

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

Артамонова Г.В., Бацина Е.А., Данильченко Я.В., Макаров С.А., Строкольская И.Л.

Проектный подход в управлении процессом оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения на амбулаторном уровне

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», 650002, Кемерово, Россия

Введение. В процесс обеспечения качества оказания медицинской помощи вовлечены многие подразделения медицинской организации. Несоответствие работы любого подразделения ожиданиям пациента может повлиять на восприятие оказанной медицинской услуги в целом. Применение проектного подхода в построении процесса оказания медицинской помощи обеспечивает её эффективность и повышает удовлетворённость пациента.

Цель: представить опыт проектного подхода для улучшения временных характеристик процесса оказания первичной медико-санитарной помощи (ПСМП) и кардиологической помощи в поликлинике.

Материал и методы. Объект: процесс ПСМП и кардиологической помощи в поликлинике; предмет: проблемы, влияющие на удовлетворённость пациента; единица наблюдения: пациент поликлиники. Методы: экспертные оценки, опрос, аналитический, картирование, статистический. Группа пациентов сформирована по критериям: ожидающий приём терапевта по плановой записи, имеет жалобы на повышение давления, периодические боли или перебои в области сердца, добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты. ПСМП на уровне поликлиники, оказанной терапевтом, «скорее не удовлетворены» 30% опрошенных, оказанной кардиологом — 20% пациентов. О затраченном времени на различных этапах пациенты сообщали группе экспертов, реализующих национальные социальные инициативы. Подробно записывались все виды «временных потерь», с которыми сталкивался пациент. Картирование процесса позволило установить следующие этапы: запись к терапевту; приём терапевта и обследование; запись к кардиологу и приём; прохождение дообследования; запись к кардиологу на приём, приём и назначение лечения; контрольная явка. Экспертами были обозначены проблемы каждого этапа и сформированы предложения для повышения доступности оказания амбулаторной помощи.

Ограничения исследования. Исследование выполнено в короткий срок; субъективность оценок пациентов; малое число наблюдений при картировании процесса.

Заключение. Проектный подход позволяет выявить проблемы и причины их возникновения, определить направления улучшений, разработать и внедрить корректирующие мероприятия.

Ключевые слова: проектный подход; удовлетворённость пациента; амбулаторная медицинская помощь; управление качеством

Соблюдение этических стандартов. В рамках Национальной социальной инициативы были изучены потребности людей в разных жизненных ситуациях, а также барьеры, которые перед ними возникают в Кемеровской области. Исследование не требует представления заключения комитета по биомедицинской этике или иных документов (протокол от 10.06.2020, № 12). Опрос пациентов проведён с учётом их добровольного информированного согласия участия в исследовании.

Для цитирования: Артамонова Г.В., Бацина Е.А., Данильченко Я.В., Макаров С.А., Строкольская И.Л. Проектный подход в управлении процессом оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения на амбулаторном уровне. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2023; 67(3): 195–202. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-3-195-202> <https://elibrary.ru/ijoaavt>

Для корреспонденции: Артамонова Галина Владимировна, зам. директора НИИ КПССЗ по научной работе, зав. отделом оптимизации медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. 650002, Кемерово. E-mail: artamonova@kemcardio.ru

Участие авторов: Артамонова Г.В. — концепция и дизайн исследования, окончательное редактирование текста; Бацина Е.А. — сбор и обработка материала, написание текста, участник реализации проекта; Данильченко Я.В. — сбор и обработка материала, участник реализации проекта, написание текста; Макаров С.А. — сбор и обработка материала, участник реализации проекта; Строкольская И.Л. — сбор и обработка материала, участник реализации проекта. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

© AUTHORS, 2023

Galina V. Artamonova, Ekaterina A. Batsina, Yana V. Danilchenko, Sergei A. Makarov, Irina L. Strokolskaya

Project approach to the control the process of the provision of the health care to cases with cardiovascular diseases at the outpatient level

Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, 650002, Russian Federation

Introduction. Many hospital departments are involved in a single technological cycle of ensuring the quality of medical care. The discrepancy between the work of any of the divisions and patient expectations affect the perception of the medical service provided as a whole. Implementing project approach in medical care delivery process ensures its effectiveness and increases patient satisfaction.

Aim: to describe the experience of using project approach to improve temporal characteristics of outpatient cardiological care services.

Material and methods. Primary medical sanitary service (PMSS) and cardiovascular care provided at the polyclinic were the object of the study. Problems affecting patient satisfaction were the subject of the study; the patients of the polyclinic were followed for the purposes of this study. Expert assessments, survey, mapping analytical and statistical methods were used in the study. The group of patients was formed according to the following criteria: undergoing scheduled appointment with a physician, having the following complaints including elevated blood pressure, periodic chest pain or heart arrhythmias, provided informed voluntary consent to participate in the study.

Results. According to the analysis of patients, opinion on the PMSS provided at the polyclinic — 20% of patients were “rather not satisfied” with services provided by a cardiologist, and 30% of patients were “rather not satisfied” with services provided by a physician. Patients reported the time spent waiting to a group of experts working on the National Social Initiatives. All types of patients, “time losses” were recorded in detail. Process mapping enabled us to establish the following stages: booking an appointment with a physician; undergoing examination; booking an appointment with a cardiologist and undergoing examination; follow-up examination; booking an appointment a cardiologist, undergoing examination, treatment prescription; follow-up examination. The experts identified the problems at each stage and formed proposals to increase the accessibility of outpatient care.

Limitations of the study. There are several limitations of this study: it was a short-term study, the patient assessments of the situation can be subjective, and there was a small number of events involved in the process mapping.

Conclusion. The project approach allows specialists to identify problems and their causes, identify areas for improvement, and develop and implement appropriate corrective measures.

Keywords: *project approach; patient satisfaction; outpatient care; quality management*

Compliance with ethical standards. The needs of people in different life situations, and the obstacles that they face while trying to satisfy them were analyzed within the framework of the National Social Initiative (NSI) in the Kemerovo region. The study does not require the submission of approval of the Institutional Review Board or other similar documents (protocol dated 10.06.2020, No. 12). The survey of patients was conducted only in case of receiving their voluntary informed consent to participate in the study.

For citation: Artamonova G.V., Batsina E.A., Danilchenko Ya.V., Makarov S.A., Strokolskaya I.L. Project approach to the control the process of the provision of the health care to cases with cardiovascular diseases at the outpatient level. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2023; 67(3): 195–202. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2023-67-3-195-202> <https://elibrary.ru/ijoavt> (in Russian)

For correspondence: Galina V. Artamonova, Deputy Director for Science, Head of the Department for Optimization of Medical Care for Cardiovascular Diseases, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, 650002, Russian Federation. E-mail: artamonova@kemcardio.ru

Information about the author:

Batsina E.A., <https://orcid.org/0000-0002-4123-006X>
Strokolskaya I.L., <https://orcid.org/0000-0002-3493-2928>

Artamonova G.V., <https://orcid.org/0000-0003-2279-3307>
Danilchenko Ya.V., <https://orcid.org/0000-0001-8308-8308>
Makarov S.A., <https://orcid.org/0000-0003-4649-2947>

Contribution of the authors: *Artamonova G.V.* — made substantial contributions to conception and design, revised the manuscript critically for important intellectual content; *Batsina E.A.* — made substantial contributions to data acquisition and processing, drafted the article, participated in the project implementation; *Danilchenko Ya.V.* — made substantial contributions to data acquisition and processing, drafted the article, participated in the project implementation; *Makarov S.A.* — contributed to data acquisition and processing, participated in the project implementation; *Strokolskaya I.L.* — contributed to data acquisition and processing, participated in the project implementation. *All authors* are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of the manuscript final version.

Acknowledgement. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: April 14, 2021
Accepted: October 14, 2021
Published: July 06, 2023

Введение

По поручению¹ Президента России разработан механизм Национальной социальной инициативы (НСИ), направленной на выявление и последовательное устранение барьеров, с которыми сталкиваются граждане в сферах здравоохранения, образования и социальной поддержки людей; повышение эффективности процессов в деятельности организаций социальной сферы; создание системы мониторинга и обмена на региональном и муниципальном уровнях лучшими практиками в социальной сфере. Основным заявленным принципом НСИ — человек в центре, ключевая цель — удовлетворить потребности человека в социальной сфере, повысить его удовлетворённость оказываемыми услугами и сервисами. Задачами НСИ являются изменение процессов в системе государственного и муниципального управления и в бюджетной сфере на региональном уровне так, чтобы они работали для человека, вокруг его нужд. В рамках НСИ были изучены потребности людей в разных жизненных ситуациях, а также барьеры, которые перед ними возникают, в 5 пилотных регионах: Республика Башкортостан и Нижегородская область (Приволжский федеральный округ), Кемеровская область (Сибирский федеральный округ), Новгородская область (Северо-Западный федеральный округ), Сахалинская область (Дальневосточный федеральный округ).

В рамках данной работы будет рассмотрен локальный проект на уровне учреждения Кемеровской области по направлению НСИ «Медицинское обслуживание: получение амбулаторной медицинской помощи» (на примере кардиологического приёма), в соответствии с этапами:

- создание рабочей группы;
- картирование процесса (реализация);
- поиск болевых точек (проблем);
- поиск путей решения.

Своевременность оказания медицинской помощи (МП) рассматривается как удовлетворение потребности пациента в МП за минимально возможный временной период с достижением требуемых результатов. По данным проекта «Получение статистической информации о качестве и доступности МП больным кардиологического профиля» 93% россиян имеют опыт получения амбулаторной помощи в государственных медицинских учреждениях по полису обязательного медицинского страхования², при этом 72% остаются недовольны.

Оказание МП зависит от множества факторов, влияющих на удовлетворённость пациента предоставленной услугой, результативность обследования и лечения. Согласно п. 21 ст. 2 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011, качество МП — это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания МП; правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании МП; степень достижения запланированного результата.

В процесс обеспечения качества оказания МП на амбулаторном этапе вовлечены многие подразделения медицинской организации (МО): регистратура, терапевтическое отделение, лабораторно-диагностическая служба, отделение специалистов узкого профиля и др. Все они

являются участниками единого технологического цикла оказания МП пациенту. Несоответствие работы любого подразделения ожиданиям пациента может повлечь на восприятие оказанной медицинской услуги в целом.

Проектный подход позволит совершенствовать деятельность МО без нарушения работы её отдельных подразделений. Проектное управление востребовано в тех случаях, когда необходимо достичь конкретной цели за определённое время и при этом скоординировать выполнение многочисленных, взаимосвязанных действий различных специалистов. Проектное управление широко распространено в таких динамично развивающихся системах, как строительство, топливно-энергетический комплекс, электроника, образование, энергетика, программирование, сельское хозяйство, государственное и муниципальное управление [1–5].

Цель: представить опыт проектного подхода для улучшения временных характеристик процесса оказания первичной медико-санитарной помощи (ПСМП) и кардиологической помощи в поликлинике.

Материал и методы

Объект: процесс ПСМП и кардиологической помощи в поликлинике; **предмет:** проблемы, влияющие на удовлетворённость пациента; единица наблюдения: пациент, ожидающий приёма врача в поликлинике. Методы: экспертные оценки, опрос, анализ информации, картирование, статистический. Группа пациентов сформирована по следующим критериям: ожидающий приём к терапевту согласно плановой записи, имеющий жалобы: на повышение давления, периодические боли или перебои в области сердца, добровольное информированное согласие на участие в опросе. Команда экспертов, реализующих НСИ. Всего отобрано 100 пациентов (10,4% от всех посещений поликлиники в смену) методом случайной выборки.

В опросе по картированию процесса амбулаторно-поликлинической помощи участвовали 4 пациента. О затраченном времени на различных этапах (запись через колл-центр, регистратуру, ожидание приёма к терапевту, кардиологу и др.) пациенты сообщали группе экспертов. Кроме того, подробно записывались все виды «временных потерь», с которыми сталкивался пациент. Оценка «временных потерь» осуществлялась командой экспертов. В опросе по оценке удовлетворённости пациенту предложены 7 закрытых вопросов и 1 открытый, которые затрагивали процесс направления к кардиологу, длительность ожидания записи, организацию обследования, качество работы колл-центра, консультации терапевта и кардиолога. При этом пациент должен был указать проблемы, с которыми он столкнулся в ходе получения кардиологической помощи.

Частота встречаемости тех или иных вариантов ответов (P, %) рассчитывалась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Проект реализован в Кемеровской области по программе НСИ при Президенте РФ в ноябре–декабре 2020 г. при координации Агентства стратегических инициатив совместно с Федеральным центром компетенций в сфере производительности труда, Фондом президентских грантов, рабочей группы Государственного Совета РФ по направлению «Социальная политика», Министерством здравоохранения Кемеровской области, Региональным центром организации ПСМП. Базами исследования стали: ГАУЗ «Кемеровский клинический консультативно-диагно-

¹ «Перечень поручений по итогам заседания наблюдательного совета Агентства стратегических инициатив (утв. Президентом РФ 06.08.2020 № Пр-1247).

² ВЦИОМ: более 92% россиян пользуются полисом ОМС. 21.11.2018. URL: <https://tass.ru/obschestvo/5816916> (дата обращения 31.05.2023).

стический центр» (поликлиника № 2, поликлиника № 3), ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша» (КККД), ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая больница № 4».

Результаты

В настоящем исследовании использован паспорт жизненной ситуации, который включал в себя основные характеристики проекта НСИ: обоснование выбора, цели, фокус, границы процесса и периметр проекта. Обоснованием выбора явилось продолжительное время протекания процесса; низкая удовлетворённость пациентов процессом записи к кардиологу; многократное посещение врача-терапевта; многократное посещение МО с целью обследования и уточнения диагноза; случаи утери результатов исследований, медицинской документации; высокая социально-экономическая значимость процесса. Исполнение проекта на уровне учреждения началось с картирования текущего состояния процесса предоставления МП в амбулаторных условиях (рис. 1).

Каждый проект имеет начало и окончание и делится на этапы реализации. За основу авторами взята этапность, представленная в ГОСТ Р ИСО 21500-2014 «Руководство по проектному менеджменту»: инициирование проекта; планирование проекта; исполнение; контроль; завершение проекта. Проект включает уникальный набор процессов, состоящих из координируемых и контролируемых работ с датами начала и окончания, которые выполняются для достижения целей проекта.

Определены основные этапы процесса предоставления МП в амбулаторных условиях:

1. Запись к терапевту.
2. Приём терапевта и обследование.
3. Запись к кардиологу и приём.
4. Прохождение дообследования.
5. Запись к кардиологу на приём, приём и назначение лечения.
6. Контрольная явка.

Было выяснено, что полная цепочка предоставления амбулаторной МП (в обозначенных границах) на базе КККД занимает в среднем 67 дней. При этом надо отметить, что время ожидания амбулаторных приёмов укладывалось в предельные сроки, установленные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам МП. Определены 17 последовательных шагов пациента с указанием затраченного времени: от записи пациента на приём к терапевту до повторного осмотра кардиолога (завершения процесса).

Экспертами были детально рассмотрены все этапы процесса. Этап *записи на приём к терапевту* включал два шага: запись на приём, уточнение деталей приёма и его ожидание. Так, среди возможных проблем *записи на приём по телефону* были отмечены невозможность дозвониться в колл-центр (постоянно занято или не берут трубку), длительное ожидание ответа (более 10 мин); при записи через сайты «Врач42» или «Госуслуги» — отсутствие талонов к нужному специалисту; при очной записи в поликлинике были указаны: большая очередь в регистратуру, сломанный инфомат, возможные затруднения у старшего поколения.

При непосредственном посещении лечебного учреждения, в назначенный день и время, пациенты могут прийти и отстоять очередь в регистратуру, чтобы уточнить номер кабинета приёма, затем осуществлять длительный

поиск кабинета и ожидать около кабинета. На самом приёме может выясниться, что нет карты пациента, анализов.

Среди общих проблем, удлиняющих весь этап, указаны не владение/незнание сотрудниками МО актуальной информации (возможные изменения в расписании врачей, расположения кабинетов приёма или их изменения и др.).

Анализ обозначенных проблем позволил выявить следующие причины:

1. Отсутствие администратора в фойе поликлиники (около регистратуры).
2. Недостаточное количество сотрудников колл-центра.
3. Отсутствие многоканальной связи.
4. Незнание работников регистратуры о поломке инфомата и отсутствие сотрудника, который следил бы за его исправностью.
5. Очередь в регистратуру из пациентов с различными вопросами (запись на приём, получение анализов, уточнение номера кабинета, оформление амбулаторной карты и др.).
6. Незнание пациентами альтернативных путей получения нужной им информации.
7. Нехватка врачей-терапевтов.
8. Непонятная для пациентов навигация в учреждении.
9. Пациенты без очереди — «просто спросить».
10. Пациенты с острыми болями проходят вне очереди.
11. Длительное ожидание приёма может быть связано с разбором врачом сложного случая, оформлением документации.
12. Неправильная организация работы картохранилища и (или) регистратуры.
13. Нехватка талонов при онлайн-записи.

С этими же проблемами может столкнуться пациент при записи на приём к кардиологу и посещении поликлиники.

Кроме того, для пациентов КККД существует ещё одна проблема, связанная с территориальным расположением, отсутствием транспортной развязки и необходимых маршрутов с заездом на территорию учреждения. Этим объясняется неравномерность распределения нагрузки на процедурный кабинет, очереди около кабинетов. Пациенты приезжают согласно графику заезда транспорта.

Следующий этап — *приём терапевта* включал семь шагов: от непосредственной консультации терапевта, обследования (лабораторные методы, ультразвуковая и функциональная диагностика и др.) до повторного приёма с результатами обследования (запись на обследование, ожидание записи, ожидание результатов, запись на консультацию, ожидание) и направлением к кардиологу.

Суммарное прохождение данного этапа затягивалось из-за следующих препятствий:

1. Ожидание своей очереди перед процедурным кабинетом (забор анализов проходит не по времени, а по «живой очереди»), кабинетом функциональной, ультразвуковой диагностики, перед кабинетом терапевта.
2. Затрачивание времени на лишнее посещение МО с целью самостоятельного получения результатов анализов и обследования.
3. Приём терапевта может осуществляться не по записи, а по «живой очереди».
4. Нерезультативное посещение пациентом МО (пациента не предупредили, что врача не будет, пациент не подготовлен для проведения исследования, произошла поломка диагностического оборудования).

Кроме того, пациенты могут столкнуться с недостаточным временем, которое уделяет врач на осмотр (сбор жалоб, анамнеза или объективное обследование) в связи с оформлением и бумажной, и электронной документации (различные направления, заключение, талон диспансерного учёта, выписка рецептов, заполнения согласий и пр.).

Среди возможных причин обозначенных проблем эксперты определили:

1. Отсутствие единой электронной системы между всеми МО Кузбасса.
2. Контрпродуктивная трата времени на оформление документации.
3. Неукомплектованность врачебных приёмов медицинскими сёстрами.
4. Запись на забор крови проводится без уточнения времени (с указанием временного промежутка для всех пациентов).
5. Ограниченное время забора крови.
6. Неотлаженность системы передачи результатов анализов/исследований без участия пациента.
7. Поломка оборудования по причине износа и морального устаревания.
8. Большой спрос на определённые специализированные исследования.
9. Приход незаписанных пациентов, которым нельзя отказать в приёме (после выписки из стационара для оформления больничного листа, оформление дополнительного льготного обеспечения, приём контингента особого внимания и др.).
10. Нет порядка информирования пациентов о необходимости переноса дата приёма/исследования, памятках о правилах подготовки к определённым исследованиям.

Третий этап включал в себя два шага: запись к кардиологу и посещение МО для получения консультации (ожидание приёма). *Четвёртый этап* — непосредственный приём кардиолога, запись на дополнительное обследование и его прохождение. *Пятый этап* — посещение поликлиники и приём кардиолога с результатами обследования, постановка диагноза, назначение лечения. *Шестой этап* — повторный осмотр пациента кардиологом. Для этих этапов характерны те же проблемы при записи, что и на первом этапе.

Анализ картирования этапов оказания амбулаторно-поликлинической помощи показал, что минимальное и максимальное количество дней, затраченных пациентами на весь процесс, составляет от 11 до 163 дней.

При проведении анкетирования пациентов поликлиники выяснилось, что процесс получения амбулаторной помощи представляется им долгим и не удовлетворяет их потребности. Так, удовлетворены в целом процессом направления к кардиологу 70% опрошенных, из них («да» — 30%, «скорее да» — 40%), не удовлетворены — 30% («скорее нет» — 20%, «нет» — 10%). Процесс направления к кардиологу простой и понятный для 90% пациентов («да» — 40%, «скорее да» — 50%), скорее не понятен для 10%. Для 90% респондентов длительность ожидания записи к кардиологу неприемлема, приемлема для 10%. Организацией обследования удовлетворены 100%, из них «скорее да» — 80%, «да» — 20%. Скорее удовлетворены качеством работы колл-центра, регистратуры — 10%, не удовлетворены — 90%.

ПМСП, оказанной терапевтом, удовлетворены 70% опрошенных («да» — 10%, «скорее да» — 60%), скорее не удовлетворены — 30%. Специализированной ПМСП,

оказанной кардиологом, удовлетворены 80% пациентов («да» — 20%, «скорее да» — 60%), скорее не удовлетворены — 20%.

При ответе на вопрос «С какими проблемами Вы столкнулись в ходе процесса получения кардиологической помощи?» были получены следующие ответы: «трудно дозвониться до колл-центра с первого раза», «долго ждать записи на приём», «долго ждать приёма», «долго сидеть в очереди на приём».

Экспертами установлено, что при разработке и внедрении мероприятий по устранению причин, вызывающих проблемы на различных этапах (сокращении времени записи, ожидания), можно увеличить доступность оказания амбулаторной поликлинической помощи и повысить уровень удовлетворённости пациентов. Экспертами сформированы для повышения доступности оказания амбулаторной помощи:

1. Ввести должность администратора (вменить в обязанности информационное сопровождение пациентов, помощь при записи через инфомат, контроль за рабочим состоянием инфомата).
2. Разместить пошаговую плакат-инструкцию над инфоматом.
3. Разработать скрипты для сотрудников с ответами на различные ситуации.
4. Организовать работу колл-центра со списком ожидания.
5. Разработать алгоритм предупреждения пациента о переносе приёма либо направления к другому врачу.
6. При назначении пациенту нескольких исследований осуществлять их запись на один день, т.е. прохождение исследований за одно посещение поликлиники (по возможности).
7. Рассмотреть возможность организации приёма и обследования в один день (особенно для иногородних пациентов).
8. Организовать подключение многоканальной связи/ГР-телефонии.
9. Организовать роботизированный обзвон пациентов накануне приёма с подтверждением посещения, в случае отказа — отмена талона и его возврат в общую базу доступных талонов, появление возможности записи другого пациента.
10. Пересмотреть количество талонов, размещаемое в онлайн-порталах в зависимости от спроса.
11. Организовать справочное окно для различных вопросов («только спросить»).
12. Разместить на видном месте информацию о том, в какие кабинеты пациент может пройти, минуя регистратуру.
13. Разработать алгоритм «Цепочка взаимопомощи» для всех сотрудников (что делать в случае поломки инфомата, отсутствии администратора и пр.).
14. Разработать алгоритм «Цепочка взаимопомощи» для приёма незаписанных пациентов (приём в доврачебном кабинете, дежурным врачом и др.).
15. Разгрузить терапевтов за счёт разделения потоков пациентов: выдача справок, направлений и пр. в других кабинетах, например, отделение профилактики, сестринский пост, дежурный терапевт.
16. Рассмотреть возможность передачи от врача помощнику «немедицинского» функционала; помощник врача — администратор; создание «бригад медицинских сестёр», сестринских постов.

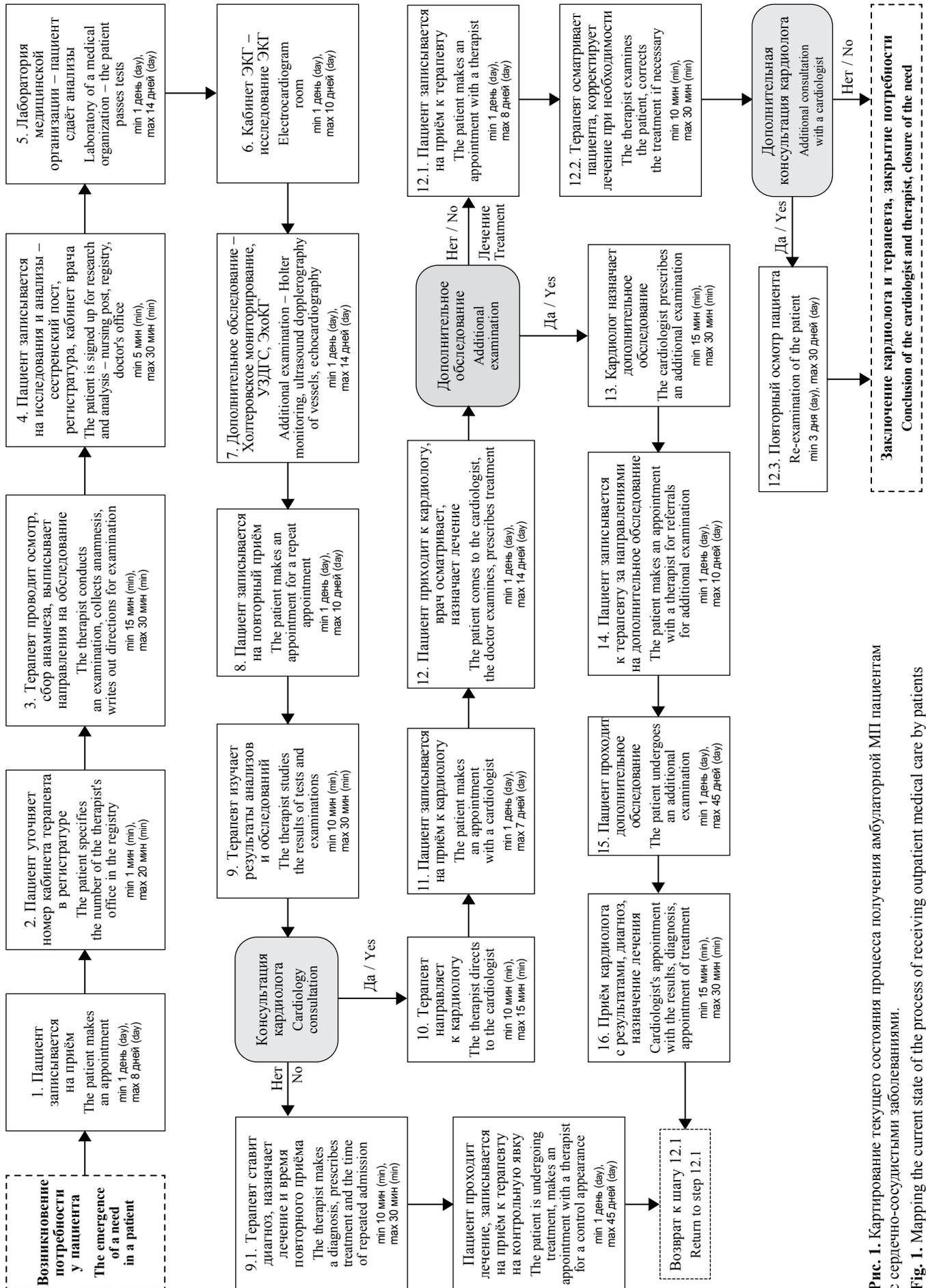


Рис. 1. Картирование текущего состояния процесса получения амбулаторной МП пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
Fig. 1. Mapping the current state of the process of receiving outpatient medical care by patients with cardiovascular diseases.

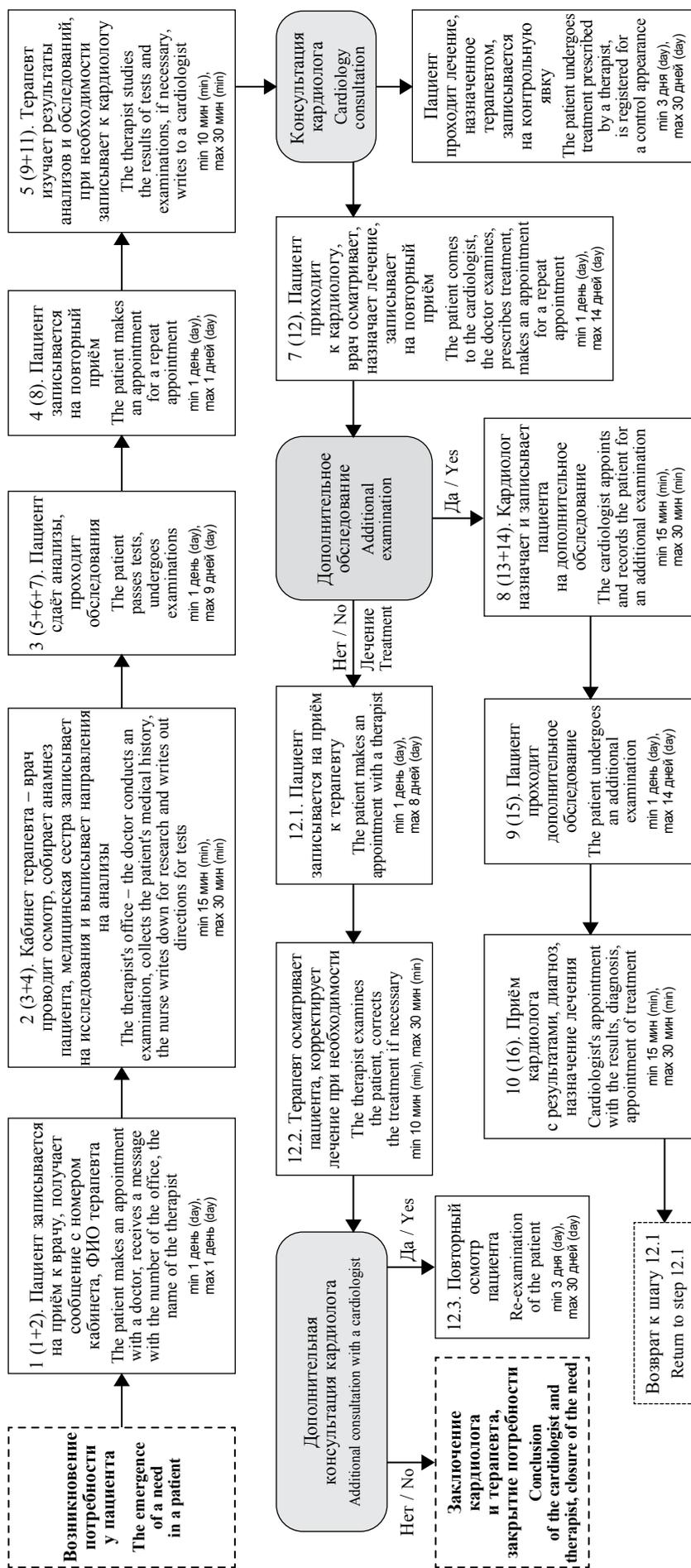


Рис. 2. Картирование целевого состояния процесса получения амбулаторной МП пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
 Fig. 2. Mapping of the target state of the process of receiving outpatient medical care for patients with cardiovascular diseases.

17. Разработать единую систему обмена информацией между всеми МО для выписки электронных направлений.

18. Оснастить врачебные приёмы программами для голосового заполнения медицинской документации (например, Voice2med).

19. Ввести интервальную запись в процедурный кабинет, кабинеты ультразвуковой и функциональной диагностики.

20. В направлении на анализы/исследование указывать конкретное время посещения кабинета, а не интервал (период) времени работы кабинета.

21. Рассмотреть возможность/целесообразность организации централизованного забора анализов у прикрепленного населения отдаленных территорий с дальнейшей доставкой в лабораторию и передачей результатов местным врачам по VPN-каналам.

22. Разработать алгоритм передачи результатов исследования, в том числе из других МО.

23. Создание информационной системы, позволяющей видеть результаты онлайн участникам процесса.

24. Развивать телемедицину в аспектах дистанционной передачи ЭКГ, консультационной помощи, в том числе терапевтов.

25. Разработать алгоритм приёма незаписанных пациентов (после выписки из стационара для оформления больничного листа, контингент особого внимания, оформление дополнительного льготного обеспечения, ветераны, инвалиды и др.), например, выделить отдельное окно для такой категории граждан.

26. Решить вопрос с технической возможностью записи пациентов на обследования, процедурный кабинет, к узким специалистам, себе на повторный приём терапевтом, кардиологом (медсестрой, администратором) в день посещения.

27. Провести ревизию оборудования, рассчитать процент износа и загруженность.

Все предложения экспертов разделены на региональные и внутриучрежденческие. Для удобства представления планируемого конечного результата была сформирована карта целевого состояния процесса (по ранее описанной методике), включающая шаги с удовлетворяющей пациентов продолжительностью (рис. 2).

Обсуждение

А.Е. Еремеев и соавт. в своей статье обозначают следующие актуальные задачи, требующие решения: проработка направлений и научный поиск альтернативных моделей системы здравоохранения, разработка оптимальных вариантов структурных преобразований для достижения максимальной социальной эффективности системы здравоохранения конкретного региона, МО, структурным подразделением, их изучение и выработка научных методов (организационных технологий) управления такими системами [6].

Л.В. Журавлева и соавт. в исследовании повышения доступности МП столкнулись с интересным опытом британских больниц, в списках ожидания на лечение которых по данным «The Independent» в 2013 г. числилось 2,88 млн человек. С 2012 г. количество больных, которые не получили в срок МП, увеличилось на 300 тыс. человек. Хотя за время реформирования 18 мес ожидания только лишь одного этапа лечения пациента превратились в 18 мес прохождения полного курса лечения и диагностики [7]. В Эстонии также отмечается увеличение числа лиц, ожидающих в очереди как на амбулаторное и дневное лечение, так и на больничное. Среднее время ожидания амбулаторных услуг составляет 25 дней, среднее время ожидания дневного лечения — 43 дня, среднее время ожидания больничного лечения — 50 дней [7].

В.И. Орел и соавт. описывают опыт разработки проекта создания и функционирования Службы регистрации и информационного сопровождения пациентов с подозрением и установленным диагнозом «злокачественное новообразование» в Санкт-Петербурге. Авторы убеждены, что реализация проекта позволит повысить доступность, а соответственно и качество (в плане своевременности) оказания специализированной МП населению Санкт-Петербурга по профилю «онкология», что в свою очередь приведёт к снижению смертности и росту удовлетворённости населения МП [8].

Ограничения исследования. Программа исследования выполнена в короткий срок, субъективность оценок удовлетворённости пациентов, малое число наблюдений при картировании процесса.

Заключение

Применение проектного подхода для улучшения оказания амбулаторной помощи пациентам с болезнями системы кровообращения позволило выявить проблемы и причины их возникновения, определить точки улучшений. Разработка и внедрение мероприятий направлены на повышение доступности получения амбулаторной помощи (облегчение доступа и сокращение срока ожидания приёма), что способствует повышению удовлетворённости пациентов качеством оказания МП. Все предложения экспертов разделены на региональные и внутриучрежденческие. Последние взяты за основу локальных проектов базовых учреждений, успешная реализация которых осуществлена в 2022 г.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 3–5 см. References)

1. Латуха О.А. Совершенствование системы внутреннего контроля качества работы медицинской организации на основе проектного управления. *Вестник Новосибирского государственного педагогического университета*. 2017; 7(5): 225–40. <https://doi.org/10.15293/2226-3365.1705.15> <https://elibrary.ru/zqxrww>
2. Злодеева Е.Б. Проектный менеджмент в здравоохранении: предпосылки реализации и перспективы развития. *Система менеджмента качества: опыт и перспективы*. 2020; (9): 54–9. <https://elibrary.ru/ebsjkm>
6. Еремеев А.Е., Ратманов М.А. Опыт создания новой интегрированной модели оказания первичной медико-санитарной помощи на примере Самарской области. *Вестник Росздравнадзора*. 2020; (1): 10–8. <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-10-18> <https://elibrary.ru/whrjzm>
7. Журавлева Л.В., Кorableva О.В., Буранкова М.А. Повышение доступности и качества услуг здравоохранения в зарубежных странах. *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2015; 11(5): 33–44. <https://elibrary.ru/tgrtyj>
8. Орел В.И., Носырева О.М., Воробцова И.Н., Гуламова О.Л., Копытов Г.А., Латышев Г.В., и др. Проектный подход как образовательная технология: создание службы регистрации и информационного сопровождения пациентов с подозрениями установленным диагнозом «злокачественное новообразование». *Медицина и организация здравоохранения*. 2018; (3): 4–11. <https://elibrary.ru/gyyxho>

REFERENCES

1. Latukha O.A. Improving internal quality control system within a healthcare setting on the basis of project management. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta*. 2017; 7(5): 225–40. <https://doi.org/10.15293/2226-3365.1705.15> <https://elibrary.ru/zqxrww> (in Russian)
2. Zlodeeva E.B. Project management in healthcare: prerequisites for implementation and prospects for development. *Sistema menedzhmenta kachestva: opyt i perspektivy*. 2020; (9): 54–9. <https://elibrary.ru/ebsjkm> (in Russian)
3. Javed S.A., Liu S. Evaluation of outpatient satisfaction and service quality of Pakistani healthcare projects: Application of a novel synthetic. *Grey Syst. Theory Appl*. 2018; 8(4): 462–80. <https://doi.org/10.1108/GS-04-2018-0018>
4. Javed S.A., Syed A.M., Javed S. Perceived organizational performance and trust in project manager and top management in project-based organizations: Comparative analysis using statistical and grey systems methods. *Grey Syst. Theory Appl*. 2018; 8(3): 230–45. <https://doi.org/10.1108/GS-01-2018-0009>
5. Edwards C., Staniszewska S. Accessing the user's perspective. *Health Soc. Care Community*. 2000; 8(6): 417–24. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2000.00267.x>
6. Eremeev A.E., Ratmanov M.A. Experience of engineering of the new integrated model of provision of the primary health care through the example of the Samara region. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2020; (1): 10–8. <https://doi.org/10.35576/2070-7940-2020-1-10-18> <https://elibrary.ru/whrjzm> (in Russian)
7. Zhuravleva L.V., Korableva O.V., Burankova M.A. Increasing the availability and quality of healthcare services in foreign countries. *Natsional'nye interesy: priority i bezopasnost'*. 2015; 11(5): 33–44. <https://elibrary.ru/tgrtyj> (in Russian)
8. Orel V.I., Nosyreva O.M., Vorobitsova I.N., Gulamova O.L., Kopytov G.A., Latyshev G.V., et al. Project approach as an educational technology: creation of a service for registration and information support of patients with a suspected diagnosis of «malignant neoplasm». *Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya*. 2018; (3): 4–11. <https://elibrary.ru/gyyxho> (in Russian)