

Слайд 1.

# МОДЕРНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА ПРИМЕРЕ г. МОСКВЫ

Проф. О.Е. Коновалов

# Слайд 2.

- 02.08.2017 г. утвержден Председателем Правительства РФ паспорт проекта Минздрава РФ – «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».
- В паспорте проекта отмечается, что это будет «пациентоориентированная медицинская организация, отличительными признаками которой являются доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения».

# Слайд 3.

- Оптимизация ПМСП взрослому населению столицы осуществлялась в несколько этапов.
- **Первый этап** реструктуризации системы первичной медико-санитарной помощи г. Москвы. В результате созданы 46 амбулаторно-поликлинических объединений (Центров) для оказания ПМСП взрослому населению из расчета одно амбулаторно-поликлиническое объединение на 200–350 тыс. населения. Амбулаторно-поликлинические объединения являются самостоятельными юридическими лицами, имеющими в своем составе обособленные структурные подразделения – филиалы (бывшие самостоятельные городские поликлиники), организационно и функционально взаимосвязанные при оказании прикрепленному населению первичной медико-санитарной помощи.

# Слайд 4.

- Результаты первого этапа оптимизации:
- позволяют значительно активизировать профилактическую работу (профилактические осмотры, всеобщая диспансеризация населения, диспансеризация декретированных групп населения) за счет оптимального распределения медицинских ресурсов и кадров на первом уровне;
- работа врачей-терапевтов участковых (врачей-педиатров участковых) организована в 3 смены, работа диагностических служб – в 2 смены;
- прием пациентов в неотложных случаях осуществляется немедленно, вне очереди; сроки ожидания приемов врачей в плановом порядке не превышают 14 дней;

# Слайд 5.

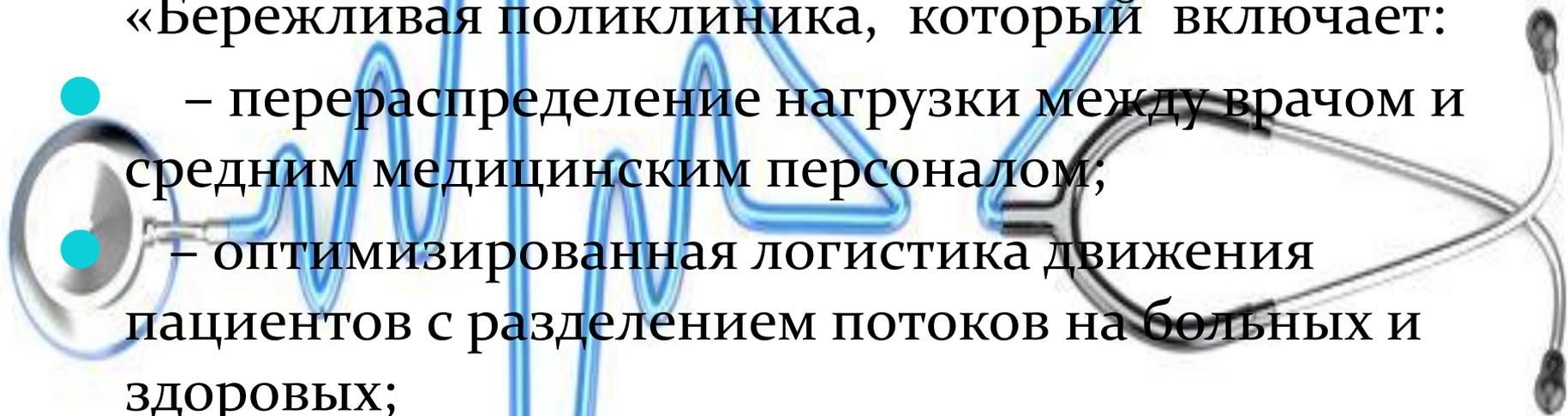
- в практике работы широко используются такие формы записи на прием к врачу, как вызов по телефону, предварительная самозапись, через инфоматы, через интернет посредством портала государственных услуг (ПГУ), запись на прием к врачам по многоканальным телефонам через созданные в каждом административном округе единые call-центры;
- практически ликвидирован прием к врачам в порядке «живой очереди»;
- с целью обеспечения преемственности между структурными подразделениями амбулаторно-поликлинического объединения и больничными учреждениями внедрена система отбора и маршрутизации больных, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи.

# Слайд 6.

- Второй этап оптимизации – внедрение в поликлиниках города «Московского стандарта поликлиники». Результат его внедрения:
- создание выездных бригад терапевтов по обслуживанию вызовов на дом;
- приём пациентов средним медицинским персоналом для выписки медицинских документов и процедур, не требующих участия врача;
- ответы на звонки пациентов в поликлинику осуществляют профессиональные медицинские сёстры вместо работников регистратуры, что позволяет отсеивать около 25 % всех вызовов за ненадобностью;
- начали работу патронажные службы, на постоянной основе курирующие маломобильных граждан на дому.

# Слайд 7.

- Результаты второго этапа оптимизации первичной медицинской помощи взрослому населению столицы в целом уже соответствует основным направления оптимизации ПМСП – проекта «Бережливая поликлиника, который включает:
  - – перераспределение нагрузки между врачом и средним медицинским персоналом;
  - – оптимизированная логистика движения пациентов с разделением потоков на больных и здоровых;
  - – переход на электронный документооборот, сокращение бумажной документации;



# Слайд 8.

- – переход на электронный документооборот, сокращение бумажной документации;
- – открытая и вежливая регистратура;
- – комфортные условия для пациента в зонах ожидания;
- – организация диспансеризации и профилактических осмотров на принципах непрерывного потока пациентов с соблюдением нормативов времени приема на одного пациента;
- – внедрение мониторинга соответствия фактических сроков ожидания оказания медицинской помощи врачом с момента обращения пациента в медицинскую организацию установленным срокам ожидания в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

# Слайд 9.

- Представленные компоненты преимущественно направлены на создание комфортной среды для пациентов и увеличение времени врача для работы с пациентами.
- Проведенное нами исследование показали, что идеология третьего этапа реорганизации ПМСП должна быть направлена на предотвратимость потерь здоровья населения, разработку целевых показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений столичного здравоохранения и их мониторинг.

# Слайд 10.

- Планируя эту деятельность, следует учитывать результаты, полученные Молодцовым С.А. (2009), который отмечал, что «значимость специалистов первичного звена здравоохранения в части предотвратимости потерь здоровья, связанных с заболеваемостью населения составляет от 30 до 40 % в зависимости от патологии (обеспечение выздоровления и сохранения высокого качества жизни); в стратегии предотвращения инвалидности их значимость возрастает до 75 % а в стратегии предотвратимости смертности до 80–85 %». Следовательно, участковые врачи, врачи общей практики и поликлиника должны иметь критерии достижения результатов (заболеваемость, инвалидность и смертность), ориентированные на возрастно-половые страты населения.

# Слайд 11.

- Должна претерпеть изменение и сама структура организации работы врача первичного звена с пациентами. Это связано с Приказом Минздрава РФ от 2 июня 2015 г. N 290н, которым определено время на прием больного (участковый терапевт – 15 мин., врач общей практики – 18 мин.). Особого внимания в этом контексте требует обучение врачей работать по алгоритмам.
- Целесообразно обратить внимание на формирование у медицинского персонала набора компетенций, связанных с «твердыми», «мягкими» и «цифровыми» навыками, что дается соответствующими тренингами. Сюда входят и освоение спектра моделей поведения с пациентами, обратившимися с острым, хроническим заболеванием, или нуждающимся в рекомендациях по здоровому образу жизни (ЗОЖ). Особого внимания заслуживает разработка новых алгоритмов оказания гериатрической помощи. Здесь перспективными направлениями являются телефонотерапия и телемедицинские консультации.

# Слайд 12.

- Важным направлением деятельности ПМСП в столице становится организация гериатрической помощи лицам старше трудоспособного возраста, численность которых в столице составляет 3,2 млн. человек (26,2%). Рост продолжительности жизни требуют создания эффективной работающей гериатрической службы.
- Гериатрическая служба формируется на основании трехуровневой модели, включающей созданный в 2016 году Федеральный научный центр геронтологии и гериатрии, гериатрические отделения или блоки в стационарах, кабинеты или отделения в поликлиниках. При этом предусматривается усиление территориальных врачебных участков, если доля пожилого населения превышает более 40 %.

# Слайд 13.

- С целью изучения мнения врачебного сообщества о дальнейшей оптимизации ПМСП базируется на результатах проведения социологического опроса 212 медицинских работников, занимавших должности главных врачей городских больниц (31 человек) и главных врачей городских поликлиник (филиалов амбулаторных центров) для взрослого населения (181 человек). Выборка производилась сплошным методом. Опрос проводился с помощью специально разработанной анкеты, содержащей 5 блоков вопросов (цели, задачи, организация работы и перспективы развития учреждений).
- Полученные результаты мы проиллюстрируем на примере типового учреждения – амбулаторного медицинского центра (АМЦ) Северо-Западного административного округа.

# Слайд 14.

- Данный АМЦ создан на базе Городской поликлиники № 180. Территориально он расположен в двух районах Северо-Западного административного округа города Москвы – Митино и Строгино. Общая мощность учреждения – 4280 посещений в смену. Численность прикрепленного населения составляет 284,6 тысячи человек.
- Службы, объединенные в процессе реорганизации:
- 10 территориальных терапевтических отделений, 150 терапевтических участков;
- Два травматологических пункта (в Митино и Строгино);

# Слайд 15.

- Две женские консультации (в Митино и Строгино);
- Центр здоровья;
- Консультативно-диагностический центр;
- 5 окружных консультативных отделений (эндокринологическое, урологическое, неврологическое, кардиологическое, пульмонологическое);
- Отделение восстановительного лечения;
- Централизованная клинико-диагностическая лаборатория.

# Слайд 16.



- в течение 2012–2014 гг. во вновь созданных амбулаторных медицинских объединениях созданы и успешно функционируют ряд новых подразделений:
- Центр амбулаторной хирургии;
- Центр амбулаторной урологии;
- Дневные стационары и стационары на дому;
- Централизованная лабораторная служба;
- Центр рентгенодиагностики (маммография, компьютерная томография, включая методики с контрастным усилением);
- Единое эндоскопическое отделение;
- Централизованная эпидемиологическая служба;

# Слайд 17.

- Единая психотерапевтическая служба на базе консультативного приёма врачей-психотерапевтов поликлиник и кризисного суициологического центра;
- Единое организационно-методическое руководство (организационно-методический отдел);
- Организована работа единой статистической службы (информационно-аналитический отдел), отдела кадров, планово-экономического отдела;
- Создана и функционирует система единого окна в регистратуре, осуществляется централизованная выписка рецептов;
- Организована единая бухгалтерская служба объединения;
- Проведена централизация стерилизационных отделений;
- Организована единая диспетчерская для учета работы автотранспорта;
- Разработана единая документация АМЦ;
- Во всех лечебно-диагностических подразделениях АМЦ установлена и широко используется медицинским персоналом в повседневной работе ЕМИАС.

# Слайд 18.

- Получил дальнейшее развитие такой перспективный метод, как организация выездной работы специалистов 2-го уровня на приеме и на дому в поликлиниках 1-го уровня. Пересмотрены функции специализированных отделений в новых условиях работы: на 2-м уровне осуществляется диспансерное наблюдение за больными с наиболее труднокурабельными заболеваниями, с выпиской им рецептов для льготного лекарственного обеспечения (инсулинзависимый сахарный диабет, рассеянный склероз, тяжелые формы эпилепсии, паркинсонизма, реабилитация больных после кардиологических операций, инфарктов и инсультов).

# Слайд 19.

- В настоящее время система оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с наиболее распространенными заболеваниями соответствует основным направлениям Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012–2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».
- В структуре заболеваний терапевтического профиля на протяжении последних пяти лет отмечается следующая динамика: повышение распространенности болезней системы кровообращения за счет ишемической болезни сердца и гипертонической болезни. Распространенность острого и повторного инфаркта миокарда и цереброваскулярных болезней имеет тенденцию к снижению. Выявленное повышение заболеваемости гипертонической болезнью и ИБС в значительной степени обусловлено проведением широкой диспансеризации населения.



# Слайд 20.

- Дальнейшее увеличение распространенности болезней костно-мышечной системы на 1,2 % произошло за счет улучшения диагностики остеопороза вследствие поступления денситометров в амбулаторно-поликлинические учреждения.
- Возросло за анализируемый период число койко-мест в дневных стационарах при поликлиниках. Так, число койко-мест в дневных стационарах при амбулаторных учреждениях города Москвы в 2014 году составило 6583, пролечено больных – 151642 чел. (в 2012 – 6023 койко-мест, пролечено больных – 133471 чел.).

# Слайд 21.

- В 2013 году начата работа по созданию кабинетов первичной профилактики инсультов в рамках реализации сосудистой программы и программы «Столичное здравоохранение», такие кабинеты к 2014 году открыты во всех окружных неврологических отделениях, а с 2015 года специализированный прием организован в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении.
- Бригадами скорой медицинской помощи 65 % больных с острым инфарктом миокарда» доставляются в учреждения, имеющие ангиографическую службу. В 2014 году завершился переход учреждений, оказывающих рентгенэндоваскулярную помощь, на круглосуточный режим работы.

# Слайд 22.

- В 2014 году выполнено свыше 3900 рентгенэндоваскулярных вмешательств при остром инфаркте миокарда. Количество тромболизисов, выполненных на госпитальном этапе – 3570, на догоспитальном этапе – 1063 случаев.
- Проведенный комплекс мероприятий позволил сделать существенный качественный шаг в направлении совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи населению города Москвы, повышении ее доступности. Дальнейшая целенаправленная работа позволила к окончанию 2016 года достичь основных целевых показателей и индикаторов деятельности системы, указанных в программе «Столичное здравоохранение».

# Слайд 23.

- Следовательно, «Амбулаторный медицинский центр», созданный путем объединения нескольких самостоятельных поликлиник, дает возможность успешного решения вопросов применения оборудования и имущественного комплекса, а также повышения эффективности использования ресурсов, включая оптимизацию численности медицинских работников, производственную и административно-хозяйственную деятельность.
- Анализируя проведенную работу по реорганизации и совершенствованию деятельности созданных в процессе реформирования столичного здравоохранения амбулаторных объединений по трехуровневой системе организации медицинской помощи взрослому городскому населению можно подвести определенные итоги.



# Слайд 24.

- Успешно завершены первые два этапа оптимизации ПМСП населению Москвы. Они включают реструктуризацию системы первичной медико-санитарной помощи и внедрение проекта «Московский стандарт поликлиники». Создана база для третьего этапа, основными компонентами которого становятся организация работы врачей, ориентированная на предотвратимость потерь здоровья москвичей, ориентированная на возрастнополовые страты населения, овладение медицинского персонала компетенциями, направленными на удовлетворение нужд и потребностей взрослого населения в отношении здоровья и мониторинг конечных результатов работы амбулаторно-поликлинических учреждений.

# Слайд 25.

- Органам управления здравоохранением мегаполиса для дальнейшего совершенствования взаимодействия амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений с целью снижения уровня госпитализации и сокращения сроков ее ожидания целесообразно:
- – осуществить внедрение системы планирования госпитализации – создание call-центра плановой госпитализации во всех административных округах города Москвы;
- – организовать столы госпитализации в амбулаторно-поликлинических объединениях и стационарах;
- – организовать постоянную передачу информации о выписке пациентов из стационара с направлением выписного эпикриза по электронным каналам связи в амбулаторные объединения.

# Слайд 26.

- Руководителям поликлиник первого и второго уровней:
- – развивать организацию выездной работы для приближения специализированной помощи к пациентам;
- - пересмотреть функции и организацию деятельности специализированных отделений в новых условиях работы для чего: на 2-м уровне осуществлять диспансерное наблюдение за больными с труднокурабельными заболеваниями (инсулинзависимый сахарный диабет, рассеянный склероз, паркинсонизма, реабилитация больных после инфарктов и инсультов);
- - ориентировать результаты деятельности врачей ПМСП на предотвратимость потерь здоровья взрослого населения.

**Спасибо за внимание!**

