Исследования и практика в медицине 2020, т.7, №2, с. 179-193

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-2-17

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

С.А.Суслин[1]*, А.В.Вавилов[1,2], Р.И.Гиннятулина[1,2]

1. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 443099, Российская Федерация, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89
2. ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова», 443096, Российская Федерация, г. Самара, ул. Полевая, д. 80

Резюме

Цель исследования. Совершенствование работы приемного отделения крупной многопрофильной больницы с помощью новых организационных технологий.

Материалы и методы. Базой исследования является ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И.Пирогова». В работе использованы методы организационного моделирования и статистического анализа.

Результаты. До внедрения пациентоориентированных организационных технологий в приемном отделении больницы определялись следующие проблемы: смешение потоков плановых и экстренных пациентов, пациентов неврологического и кардиологического профиля, пациентов, поступающих по платным услугам; отсутствие возможности оказывать реанимационные мероприятия в приемном отделении; неэффективная маршрутизация пациентов; время начала оказания медицинской помощи варьировалось от 30 минут до 3 ч. После совершенствования организации медицинской помощи в приемном отделении изменились инфраструктура, порядок работы отделения, штатное расписание отделения и логистика пациентов. Были разделены потоки пациентов, выделены зоны для экстренных пациентов: «красная зона» предназначена для больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, с нарушением витальных функций; «желтая зона» предназначена для больных, находящихся в тяжелом состоянии или в состоянии средней степени тяжести, с нарушением самостоятельного передвижения, «зеленая зона» предназначена для пациентов, состояние здоровья которых не угрожает жизни. В результате внедренных изменений сократилось время начала оказания медицинской помощи пациентам в тяжелом состоянии до 1–2 минут, время нахождения пациентов в приемном отделении — в среднем до 40 минут, увеличилось количество принятых амбулаторно пациентов за три года на 37,7% (с 15 528 до 21 387).

Заключение. В результате совершенствования работы приемного отделения уменьшилось время пребывания пациентов в приемном отделении; увеличилась пропускная способность отделения; изменились качественные и количественные показатели работы.

Ключевые слова:
приёмное отделение, городская больница, многопрофильный стационар, экстренная медицинская помощь, пациентоориентированные организационные технологии, маршрутизация пациентов

Оформление ссылки для цитирования статьи
Суслин С.А., Вавилов А.В., Гиннятулина Р.И. Совершенствование работы приемного отделения городской многопрофильной больницы. Исследования и практика в медицине. 2020; 7(2): 179-193. https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-2-17

Для корреспонденции
Суслин Сергей Александрович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. г. Самара, Российская Федерация.
Адрес: 443013, Российская Федерация, г. Самара, ул. Тухачевского, д. 226
E-mail: sasuslin@mail.ru
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2277-216X
SPIN: 9521-6510, AuthorID: 445949

Информация о финансировании. Финансирование данной работы не проводилось.
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Получено 10.12.2019, Рецензия (1) 14.01.2020, Рецензия (2) 28.03.2020, Принята к печати 24.06.2020

Research and Practical Medicine Journal. 2020, v.7, №2, p. 179-193

HEALTH ORGANIZATION

https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-2-17

IMPROVEMENT OF THE ACCEPTANCE OF THE CITY MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

S.A.Suslin[1]*, A.V.Vavilov[1,2], R.I.Ginnyatulina[1,2]

1. Samara State Medical University,
   89 Chapaevskaya str., Samara 443099, Russian Federation
2. N.I.Pirogov Samara State Clinical Hospital No. 1,
   80 Polevaya str., Samara 443096, Russian Federation

Abstract

Purpose of the study. Improving the work of the admission department of a large multidisciplinary hospital with the help of new organizational technologies.

Materials and methods. The basis of the study is N. I. Pirogov Samara State Clinical Hospital No. 1. The paper used methods of organizational modeling and statistical analysis.

Results. Prior to the introduction of new organizational patient-oriented technologies, the following problems were identified in the hospital admission department: mixing flows of planned and emergency patients, patients with a neurological and cardiology profile, patients receiving paid services; the inability to provide resuscitation in the ward; ineffective routing and coordination of patients; the start time for medical care ranged from 30 minutes to 3 hours. After improving the organization of medical care in the admission department, the infrastructure, the order of the department, the staffing of the department and the logistics of patients changed. The flows of patients were divided, zones for emergency patients were allocated: the “red zone” is intended for patients in an extremely serious condition with impaired vital functions; The "yellow zone" is intended for patients who are in a serious condition or in a state of moderate severity, with impaired self-movement, the "green zone" is intended for patients whose health condition does not threaten life. As a result of the introduced changes, the time to begin providing medical care to patients in serious condition was reduced to 1–2 minutes, the time spent by patients in the admission department was reduced to an average of 40 minutes, the number of outpatients received over the past three years increased by 37.7% (from 15528 to 21387).

Conclusion. As a result of improving the work of the admission department, the time spent by patients in the admission department was reduced; increased throughput of the department; qualitative and quantitative indicators of work have changed.

Keywords:
admission department, city hospital, multidisciplinary hospital, emergency medical care, patient-oriented organizational technologies, patient routing

For citation
Suslin S.A., Vavilov A.V., Ginnyatulina R.I. Improvement of the acceptance of the city multidisciplinary hospital. Research and Practical Medicine Journal (Issled. prakt. med.). 2020; 7(2): 179-193. https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-2-17

For correspondence
Sergei A. Suslin – Dr. Sci. (Med.), professor, head of the department of public health and health, Samara State Medical University, Samara, Russian Federation.
Address: 226 Tukhachevskogo str., Samara, 443013, Russian Federation
E-mail: sasuslin@mail.ru
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2277-216X
SPIN: 9521-6510, AuthorID: 445949

Information about funding. No funding of this work has been held.
Conflict of interest. Authors report no conflict of interest.

Received 10.12.2019, Review (1) 14.01.2020, Review (2) 28.03.2020, Accepted 24.06.2020

ВВЕДЕНИЕ

Одним из важнейших структурных подразделений многопрофильного стационара является приемное отделение, так как на него возложена ответственность за эффективность и слаженность работы всех подразделений больницы. В приемное отделение больницы поступают пациенты, нуждающиеся в квалифицированном обследовании и круглосуточном стационарном лечении. Тенденция увеличения доли больных, нуждающихся в оказании экстренной медицинской помощи, система контроля качества медицинской помощи и обоснованности госпитализации переориентируют функции приемного отделения [1–7].

Исследования, проведенные в Соединенных Штатах, Канаде, Великобритании и Австралии, показывают, что объем экстренной медицинской помощи увеличивается ежегодно на 3–6% [8, 9]. Качество диагностики в приемном отделении определяется многими факторами: укомплектованностью дежурными врачами и их квалификацией, оснащенностью лабораторно-диагностическим оборудованием, маршрутизацией пациентов, организационными причинами [2, 5, 6].

Цель исследования: совершенствование работы приемного отделения крупной многопрофильной больницы с помощью новых организационных технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Внедрение организационных технологий совершенствования работы приемного отделения проводилось на базе ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И.Пирогова» (ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н.И.Пирогова). С 2017 г. началось совершенствование организации медицинской помощи в приемном отделении с применением пациентоориентированного подхода и принципов бережливого производства, которое заключалось в изменении инфраструктуры и порядка работы отделения, а также в реформировании подходов к работе с пациентами.

ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н.И.Пирогова — крупная городская многопрофильная больница. Учреждение рассчитано на 826 коек, в нем ежегодно проводится свыше 19 тыс. операций. Приоритетным направлением в деятельности клиники является оказание круглосуточной экстренной медицинской помощи помощь жителям г. Самары и Приволжского федерального округа.

В работе использованы методы: аналитический, организационного моделирования, статистический. С помощью метода организационного моделирования изучен опыт работы приемного отделения до совершенствования его работы, разработаны и внедрены алгоритмы оказания медицинской помощи пациентам с учетом тяжести их состояния и зонирования приемного отделения. Статистический метод применялся для расчета показателей кадровой характеристики и деятельности приемного отделения в динамике за 2016–2018 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Приемное отделение располагается на 1-м этаже хирургического корпуса больницы. До совершенствования оно состояло из следующих помещений: диспетчерская; комната для персонала; смотровой кабинет для хирурга, нейрохирурга и травматолога; смотровой кабинет для детского хирурга и педиатра; смотровой кабинет для гинеколога и уролога, дополнительно оснащенный гинекологическим креслом и инструментальным столом; смотровой кабинет терапевта, невролога и эндокринолога, дополнительно оснащенный аппаратом для измерения давления, анализатором концентрации паров этанола, укладкой для забора материала от людей для исследования на особо опасные инфекции, укладкой врачебно-сестринской бригады; процедурная; перевязочная; санитарный пропускник; кабинет заведующего отделением; кабинет старшей медицинской сестры.

Принцип работы приемного отделения до внедренных изменений заключался в следующем: прием пациентов по экстренным показаниям и в плановом порядке производился в одной регистратуре приемного отделения. При поступлении больного в плановом порядке проводились осмотр больного и проверка необходимых для госпитализации с конкретным заболеванием анализов, результатов специальных исследований, направления на госпитализацию, страхового полиса, паспорта. При поступлении больного по экстренным показаниям проводились его регистрация, осмотр в смотровом кабинете, обследование на педикулез и чесотку, сбор эпидемиологического анамнеза, назначение лабораторных и инструментальных методов исследования, постановка предварительного диагноза. При этом на все диагностические исследования пациенты в тяжелом состоянии перемещались при участии младшего медицинского персонала, пациенты в состоянии средней степени тяжести передвигались самостоятельно. Возникали очереди из-за столкновения потоков плановых и экстренных пациентов, что увеличивало время нахождения пациентов в приемном отделении и время оказания медицинской помощи до 3 ч.

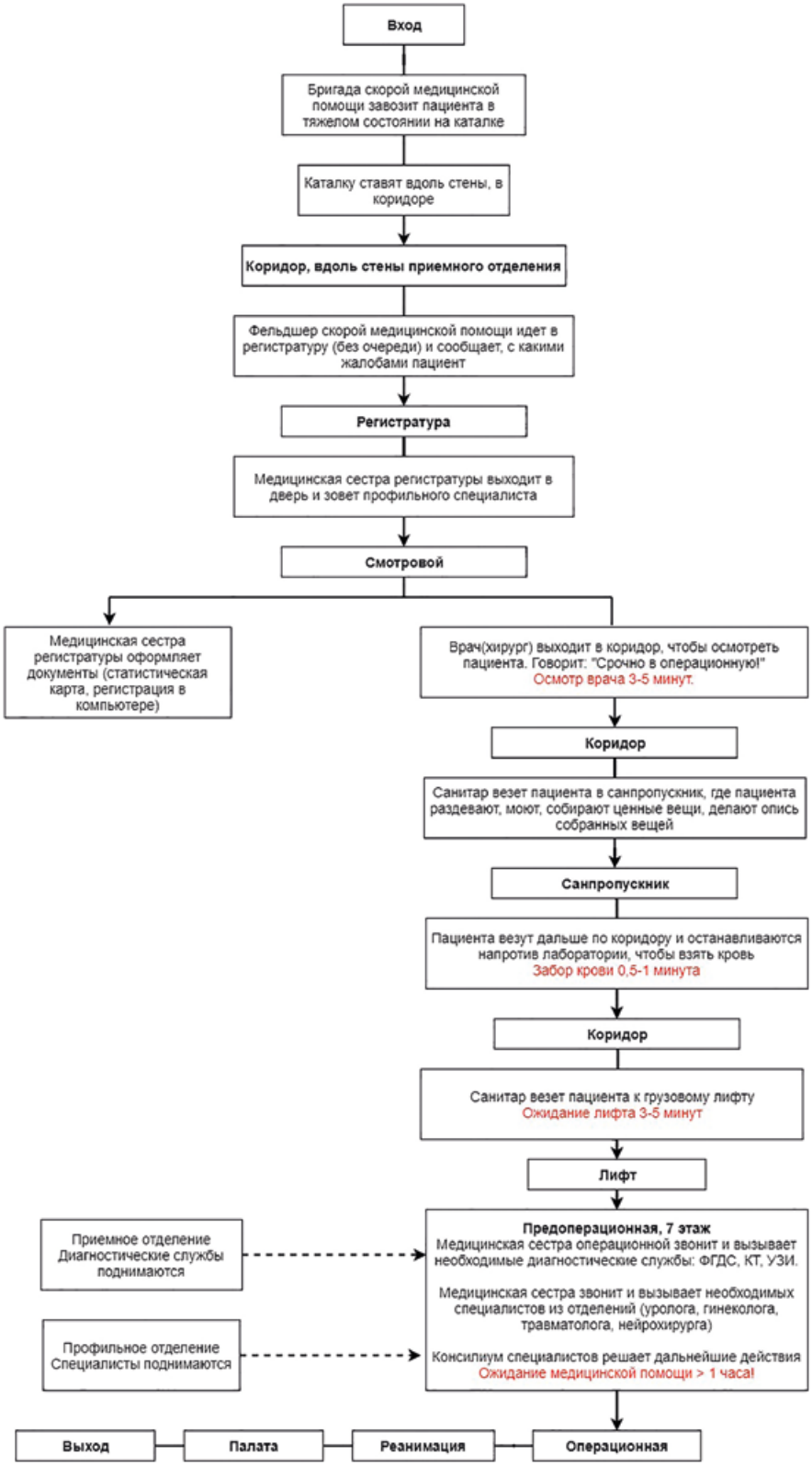

Схема 1. Алгоритм оказания медицинской помощи пациенту в крайне тяжелом состоянии до совершенствования приемного отделения

Scheme 1. Algorithm of medical care providing to a patient in an extremely serious condition before improving the reception

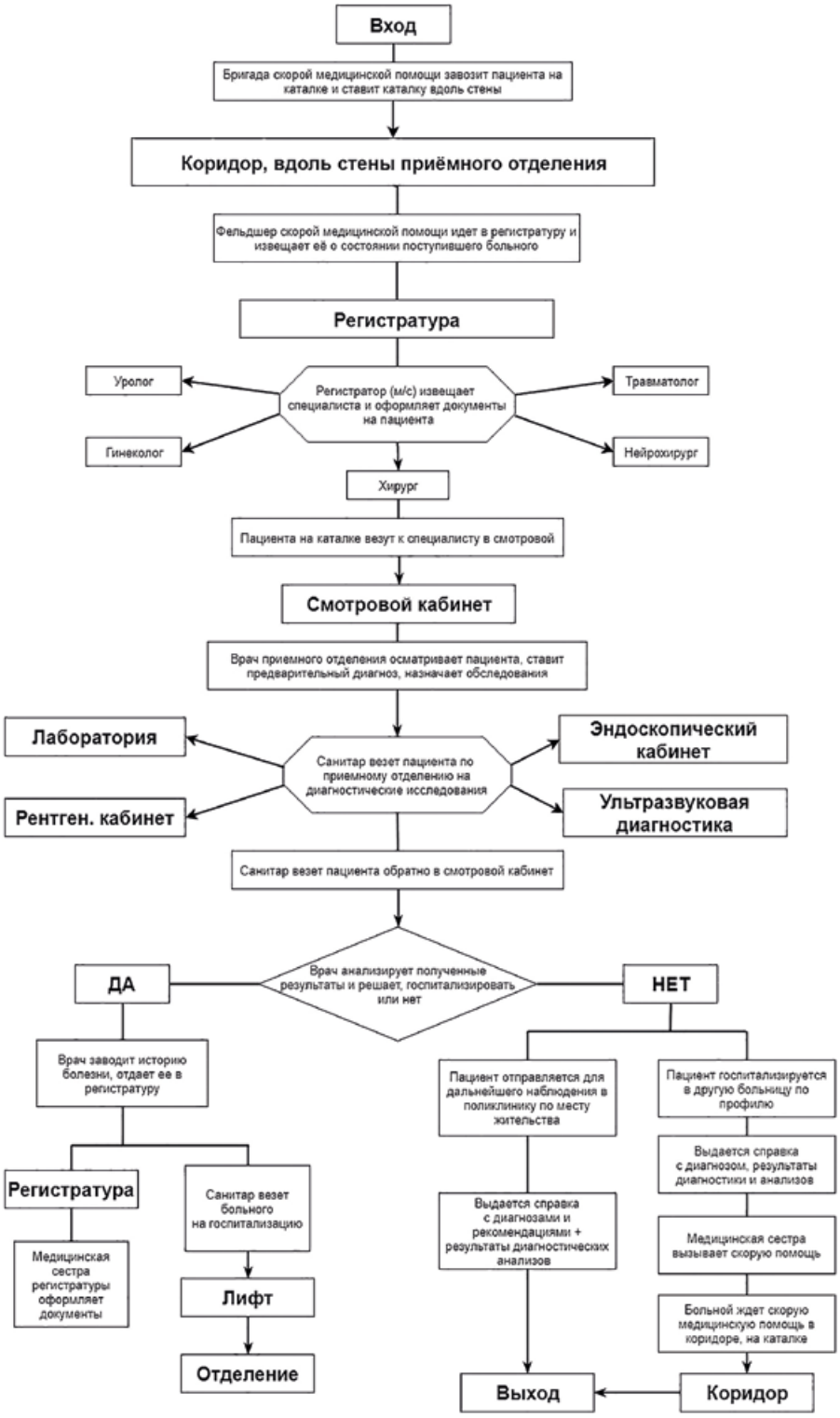

Схема 2. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с нарушением самостоятельного передвижения до совершенствования работы приемного отделения

Scheme 2. Algorithm of medical care providing to patients with impaired independent movement before improving the work of the reception

При поступлении пациента в крайне тяжелом состоянии до совершенствования работы приемного отделения каталка с поступившим пациентом завозилась бригадой скорой помощи, размещалась вдоль стены в коридоре, хирург осматривал пациента. Параллельно медсестра оформляла медицинскую документацию. После осмотра врачом производился забор крови для лабораторных исследований, пациент направлялся в операционную или в реанимацию. Ожидание грузового лифта занимало около 5 минут. В предоперационной проводились все необходимые диагностические исследования (ФГДС, мобильная рентгенография, УЗИ) и консультации специалистов (уролог, гинеколог, травматолог, нейрохирург, кардиолог, невролог и др.). После этого консилиум врачей принимал решение о дальнейшей тактике лечения и пациента отвозили в операционную. Таким образом, время начала оказания медицинской помощи больному, находящемуся в крайне тяжелом состоянии, увеличивалось до 2 ч (схема 1).

При поступлении пациента в тяжелом состоянии или в состоянии средней степени тяжести, с нарушением самостоятельного передвижения, до реконструкции приемного отделения каталку с поступившим больным пациентом завозила бригада скорой помощи. Медсестра регистратуры извещала специалиста и оформляла медицинскую документацию. Пациент направлялся в смотровой кабинет к специалисту (хирургу, урологу, гинекологу, травматологу, нейрохирургу, неврологу, кардиологу, терапевту). Далее пациент перемещался с участием младшего медицинского персонала по диагностическим службам. После проведенных исследований пациента снова завозили в смотровой кабинет с результатами исследований, и врач решал, госпитализировать пациента или нет. Если принималось решение о госпитализации, врач заводил историю болезни, и пациент отправлялся в отделение. При необходимости госпитализации в другую профильную больницу пациент ожидал скорую помощь в коридоре, так как не было специально выделенной палаты для пациентов средней степени тяжести. При улучшении состояния пациент направлялся для дальнейшего наблюдения в поликлинику по месту жительства, ему выдавалась справка с диагнозом, рекомендациями и результатами диагностических исследований (схема 2).

После совершенствования работы приемного отделения изменилась маршрутизация пациентов, были определены и разделены потоки пациентов. Новая логистика пациентов представлена

Схема 3. Новая логистика пациентов приемного отделения

Scheme 3. New logistics for patients in the reception department

на схеме 3. Выделены три терминала для входа пациентов. Через терминал № 1 осуществляется прием пациентов по экстренным показаниям. Через терминал № 2 поступают пациенты в плановом порядке и по платным услугам. Через терминал № 3, в котором находится Городской сосудистый центр, происходит прием пациентов кардиологического и неврологического профиля. Прием пациентов, поступающих по экстренным показаниям, осуществляется по принципу «зеленой, желтой и красной зон».

«Красная зона» предназначена для больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, с нарушением витальных функций. В «красной зоне» в приемном отделении были организованы противошоковые палаты, оснащенные необходимым оборудованием для проведения противошоковых и реанимационных мероприятий и для первичной диагностики. Алгоритм действий при поступлении больного в «красную зону» представлен на схеме 4. Пациента, находящегося в крайне тяжелом состоянии, доставляет бригада скорой медицинской помощи, которая заранее извещает сотрудников приемного отделения о состоянии пациента. Пациента на каталках скорой медицинской помощи сразу завозят в противошоковую палату и перекладывают на функциональную кровать или каталку. В противошоковой палате уже находятся врач-реаниматолог, медицинская сестра реанимации и врач-специалист по профилю. В противошоковой палате оказывается помощь пострадавшему, проводятся противошоковые мероприятия, направленные на сохранение или восстановление жизненных функций (искусственное дыхание, инфузионная и трансфузионная терапия, контроль сердечно-сосудистой деятельности), проводятся сохраняющие жизнь операции (интубация, дренирование плевральной полости, трахеостомия), первичная диагностика (ультразвуковая, функциональная, лабораторная диагностика и др.). Транспортировку биологического материала осуществляет медсестра перевязочной приемного отделения. Средний медицинский персонал вызывает необходимых специалистов в «красную зону» и проводят регистрацию доставленного пациента. После стабилизации состояния пациента транспортируют в реанимацию или операционную. Таким образом, время до начала оказания медицинской помощи пациентам в крайне тяжелом состоянии сократилось от 1 ч до 1–2 минут.

«Желтая зона» предназначена для больных, находящихся в тяжелом состоянии или в состоянии средней степени тяжести, с нарушением самостоятельного передвижения. «Желтая зона» в приемном отделении представлена медицинской палатой, рассчитанной на 3–4 койки, отделенные друг от друга специальными медицинскими занавесками, оснащенной также кушеткой, столом с компьютером и диагностическим оборудованием. Алгоритм действий при поступлении больного в «желтую зону» представлен на схеме 5. Пациента, находящегося в тяжелом состоянии, доставляют в «желтую зону» на каталке и перекладывают на койку. В желтой зоне находится медицинская сестра, которая вызывает из ординаторской необходимого врача-специалиста по профилю (травматолога, хирурга, нейрохирурга, терапевта, невролога, кардиолога, гинеколога или уролога). В «желтой зоне» происходит осмотр врачом пациента, назначение диагностических исследований и оказание симптоматической терапии. Врач приглашает диагностическую службу в «желтую зону». Если состояние пациента стабильно, младший медицинский персонал отвозит на каталке либо сопровождает больного на диагностические исследования, а затем после постановки врачом предварительного диагноза пациент госпитализируется в профильное отделение. Перед госпитализацией пациент должен пройти через санпропускник, где находится младший медицинский персонал, осуществляющий опись вещей и ценностей пациента и проводящий санитарную обработку. Если пациент нуждается в стационарном лечении в другом лечебном учреждении, поскольку в нашем нет нужного профильного отделения, врач должен вызвать бригаду скорой медицинской помощи для решения вопроса о переводе пациента в дежурное ЛПУ. До приезда скорой медицинской помощи данный пациент находится в «желтой зоне», где осуществляется контроль за его состоянием и продолжается начатая терапия.

«Зеленая зона» предназначена для пациентов, состояние здоровья которых не угрожает жизни. «Зеленая зона» в приемном отделении представлена четырьмя смотровыми кабинетами, оснащенными кушетками, столом с компьютером. Гинекологический смотровой кабинет также оснащен гинекологическим креслом. Урологический смотровой кабинет оснащен смотровым креслом и перевязочным столиком. Пациент, находящийся в состоянии средней степени тяжести, поступает в зеленую зону самотеком или по направлению, или с бригадой скорой медицинской помощи. Медицинская сестра, осуществляющая сортировку больных в регистратуре терминала № 1, приглашает в смотровой кабинет врача-специалиста по профилю. Врач-специалист по профилю проводит осмотр больного, назначает обследование, устанавливает диагноз и решает вопрос о необходимости дальнейшего стационарного лечения.

Если пациент нуждается в стационарном лечении, то перед госпитализацией он должен пройти через санпропускник, где находится младший медицинский персонал, осуществляющий опись вещей и ценностей пациента и проводящий его санитарную обработку (при необходимости). Если пациент нуждается в изоляции и ему не требуется постоянное медицинское наблюдение, его помещают в изолятор. Если пациент нуждается в первичной хирургической обработке раны, его направляют в манипуляционный кабинет, где находится медицинская сестра. Медицинская сестра готовит стерильный материал и помогает врачу осуществлять первичную хирургическую обработку, перевязки, инъекции и другие лечебные мероприятия.

В регистратуре терминала № 1 работает средний медицинский персонал (2 медицинские сестры). Медсестра осуществляет регистрацию поступивших пациентов, поскольку все пациенты, обратившиеся в приемное отделение за медицин-

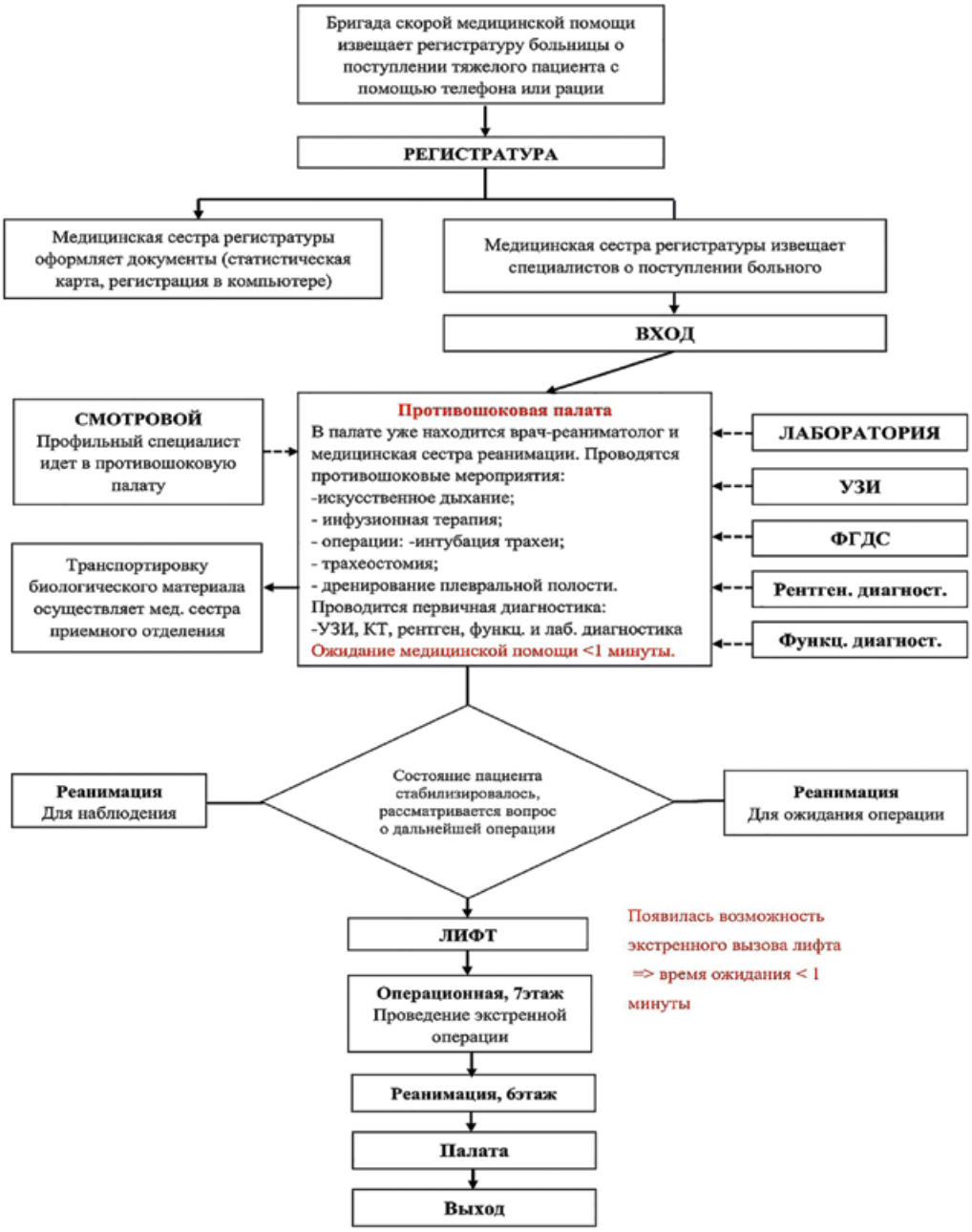

Схема 4. Алгоритм действий при поступлении больного в «красную зону»

Scheme 4. Algorithm of actions when a patient enters the “red zone”

ской помощью, должны быть зарегистрированы медицинской сестрой приемного отделения в АИС «Стационар». Врач-координатор осуществляет сортировку больных по степени тяжести их состояния и определяет их дальнейшую маршрутизацию в соответствии с навигационной картой и «Программой учета времени нахождения пациента в приемном отделении».

Прием пациентов в плановом порядке и по платным услугам осуществляется через терминал № 2. При поступлении пациентов в плановом порядке проводится идентификация личности пациента и проверяется наличие всех необходимых для госпитализации документов: направление на госпитализацию, подписанное заведующим по профилю, страховой полис, паспорт. После проверки документов заводится история болезни, и пациент направляется в санпропускник, а затем в профильное отделение. Прием пациентов проводится поточным методом, исключающим возможность встречного

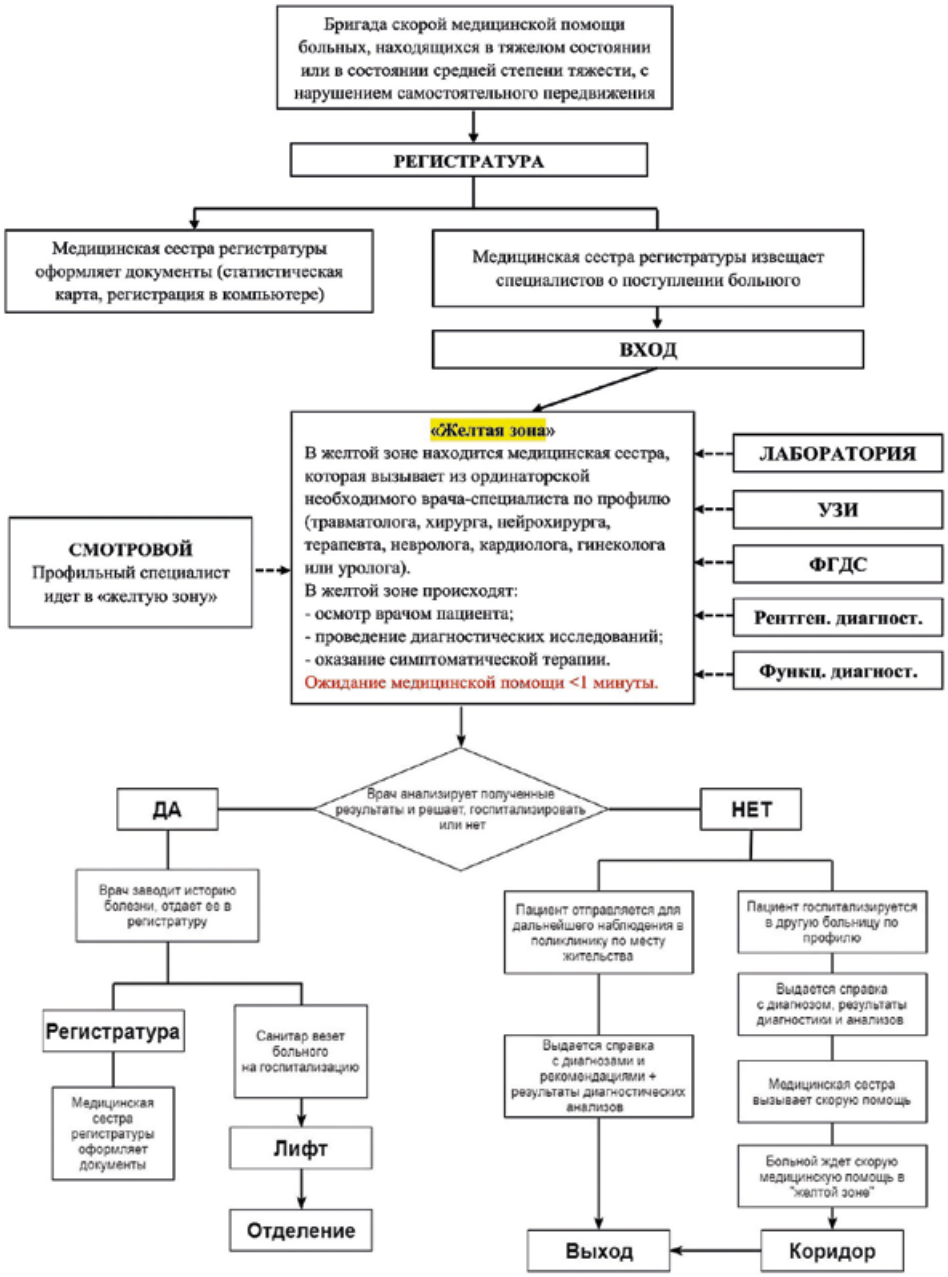

Схема 5. Алгоритм действий при поступлении больного в «желтую зону»

Scheme 5. The algorithm of actions when a patient enters the “yellow zone”

потока поступающих и находящихся в стационаре пациентов.

В терминал № 3 (Городской сосудистый центр) поступают экстренные пациенты кардиологического и неврологического профиля. В регистратуре терминала № 3 происходит регистрация больного в АИС «Стационар» и дальнейшая его маршрутизация.

Пациента с острой патологией кардиологического характера, находящегося в крайне тяжелом состоянии, доставляет бригада скорой медицинской помощи, которая заранее должна известить об этом сотрудников приемного отделения ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н.И.Пирогова. Такого пациента на каталках скорой медицинской помощи сразу завозят в противошоковую палату сосудистого центра и перекладывают на функциональную кровать или каталку больницы. В противошоковой палате уже должны находиться врач-реаниматолог, медицинская сестра реанимации и врач-кардиолог. В противошоковой палате оказывается медицинская помощь пострадавшему, проводятся противошоковые мероприятия, направленные на сохранение или восстановление жизненных функций (искусственное дыхание, инфузионная и трансфузионная терапия, контроль сердечно-сосудистой деятельности), проводятся сохраняющие жизнь операции (интубация, дренирование плевральной полости, трахеостомия), а также первичная диагностика. После стабилизации состояния пациента и проведенных диагностических исследований врач-кар-

Таблица 1. Кадровая характеристика приемного отделения в 2016 и в 2018 гг.
Table 1. Personnel characteristics of the reception department in 2016 and 2018

Наименование должностей / Job position title	2016 год / 2016 year		2018 год / 2018 year	
	Количество ставок по штату /The number of bids by state.	Количество работающих / The number of staff members	Количество ставок по штату / The number of bids by state	Количество работающих / The number of staff member
Заведующий отделением - врач-хирург / Head of the Department - surgeon	1,00	1	1,00	1
Врач-терапевт / Therapist	6,00	6	7,25	6
Врач-хирург / Surgeon	0,50	2	0,50	2
Врач-оториноларинголог / Otolaryngologists	0,50	0	0,50	0
Врач-офтальмолог / Ophthalmologist	0,25	0	0,25	0
Врач-торакальный хирург / Thoracic surgeon	0,50	1	0,50	1
Врач-эндокринолог / Endocrinologists	1,00	1	1,00	1
Старшая медицинская сестра / Head nurse	1,00	1	1,00	1
Медицинская сестра процедурной / Nurse of the procedure room	19,50	14	23,25	19
Медицинская сестра перевязочной / Medical nurse of the dressing station	4,00	3	4,50	4
Медицинский регистратор / Medical Registrar	2,25	2	2,25	2
Сестра-хозяйка / Sister-mistress	1,00	1		0
Кастелянша / Matron		0	1,00	1
Санитарка / Sanitarian	23,00	13	20,75	12
Младшая медицинская сестра по уходу за больными / A junior nurse on care for patients	1,50	1		0
Уборщик служебных помещений / Office cleaner		0	4,50	2
Итого по отделению / Total by department	62,00	46	68,25	52

диолог решает вопрос о госпитализации пациента. Если пациент не нуждается в противошоковых мероприятиях, то его сразу на сидячей или лежачей каталке скорой медицинской помощи доставляют в смотровой кабинет врача-кардиолога и перекладывают на кушетку больницы. Далее врач-кардиолог после проведенного осмотра, обследования, измерения артериального давления, ЭКГ и других методов диагностики решает вопрос о госпитализации пациента. Если пациент нуждается в госпитализации, он направляется в санпропускник, где находится младший медицинский персонал, осуществляющий опись вещей и ценностей пациента и проводящий санитарную обработку (при необходимости). Если пациент нуждается в стационарном лечении в другом лечебном учреждении, врач должен вызвать бригаду скорой медицинской помощи для решения вопроса о переводе пациента в дежурное ЛПУ. До приезда скорой медицинской помощи данный пациент находится в «желтой зоне», где осуществляется контроль за его состоянием и продолжается начатая терапия.

Пациента с инсультом или другой острой патологией неврологического характера, находящегося в крайне тяжелом состоянии, доставляет бригада скорой медицинской помощи, которая заранее должна известить об этом сотрудников приемного отделения ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н.И.Пирогова. Такого пациента на каталках скорой медицинской помощи сразу завозят в противошоко-

Таблица 2. Показатели работы приемного отделения за 2016–2018 гг.
Table 2. The performance of the receiving Department for the years 2016-2018

№ п/п / p/p	Показатель / Indicator	2016	2017	2018	2018 год в % к 2016 году / the 2018 in % to 2016
1	Амбулаторно принято / Outpatient accepted	15528	13792	21387	137,7
2	Из принятых амбулаторно старше 60 лет / Of those admitted on an outpatient basis over 60 years of age	2962	3875	5453	184,1
3	Из принятых амбулаторно 0-17 лет / Out of those admitted on an outpatient basis 0-17 years old	387	321	598	154,5
4	Госпитализировано / Hospitalized	40585	38047	33201	81,8
5	Доставлено бригадой СМП / Delivered by an ambulance team	17051	15722	19500	114,4
6	Направлено из поликлиник и других ЛПУ / Sent from clinics and other health centers	19268	17833	11643	60,4
7	Обратилось самотеком / Came on their own	19794	18284	23445	118,4
Платные услуги / Payable services:					
8	Амбулаторно принято по ДМС / On an outpatient basis it is accepted for VHI	2217	2449	2216	99,95
9	Амбулаторно принято по ПМУ / Outpatient accepted for PMU	28516	30402	28004	98,2
10	Госпитализировано по ДМС / Hospitalized for VMI	637	733	454	71,3
11	Госпитализировано по ПМУ / Hospitalized for PMU	2585	1955	1809	70,0
Отказы (из формы №001/у, гр. 14) / Rejections (from form no. 001 / u, gr. 14):					
12	Отказ пациента от госпитализации / Refusal of the patient from hospitalization	2484	2206	3208	129,1
13	Не было показаний к госпитализации / There was no indication for hospitalization	8542	7587	11764	137,7
14	Помощь оказана амбулаторно / Assistance was provided on an outpatient basis	2950	2620	4277	145,0
15	Направлены в другие стационары / Sent to other hospitals	1552	1379	2138	137,8

вую палату сосудистого центра и перекладывают на функциональную кровать или каталку больницы. В противошоковой палате уже должны находиться врач-реаниматолог, медицинская сестра реанимации и врач-невролог. В противошоковой палате оказывается медицинская помощь пострадавшему, проводятся противошоковые мероприятия, направленные на сохранение или восстановление жизненных функций (искусственное дыхание, инфузионная и трансфузионная терапия, контроль сердечно-сосудистой деятельности), проводятся сохраняющие жизнь операции (интубация, дренирование плевральной полости, трахеостомия), а также первичная диагностика. После стабилизации состояния пациента транспортируют в кабинет компьютерной томографии для диагностики. После проведенного диагностического исследования врач-невролог решает вопрос о госпитализации пациента. Если пациент не нуждается в противошоковых мероприятиях, то его сразу на каталке скорой медицинской помощи от регистратуры отвозят в кабинет компьютерной томографии. После проведенного диагностического исследования он доставляется в смотровой кабинет врача-невролога, где врач после проведенного осмотра и обследования решает вопрос о госпитализации пациента. Если пациент нуждается в госпитализации, он направляется в санпропускник, где находится младший медицинский персонал, осуществляющий опись вещей и ценностей пациента и проводящий санитарную обработку (при необходимости). Если пациент нуждается в стационарном лечении в другом лечебном учреждении, врач должен вызвать бригаду скорой медицинской помощи для решения вопроса о переводе пациента в дежурное ЛПУ. До приезда скорой медицинской помощи данный пациент находится в желтой зоне, где осуществляется контроль за его состоянием и продолжается начатая терапия.

Основным принципом работы приемного отделения все же осталась полная ответственность за состояние здоровья пациентов, независимо от канала их поступления в приемное отделение. С первого момента поступления пациента сведения на пациента должны быть зарегистрированы в системе АИС «Стационар», приняты меры для срочного установления диагноза и решения вопроса о тактике лечения. За соблюдением стандартов диагностики, норм этики и деонтологии врачей, дежурящих в приемном отделении, следит заведующий отделением по профилю. Заведующий приемным отделением отвечает за оснащение рабочего места дежурных врачей, соблюдение норм этики и деонтологии медицинского персонала согласно штатному расписанию, за обеспечение печатью бланочной продукции, используемой в приемном отделении, знакомит сотрудников с новыми приказами, регламентирующими работу приемного отделения. Работой приемного отделения руководит заведующий отделением, в дежурное время непосредственное руководство осуществляет ответственный дежурный врач-терапевт. Непосредственный контроль за организацией работы приемного отделения осуществляет заместитель главного врача по медицинской части. Дежурные врачи приемного отделения (хирурги, уролог, нейрохирург, акушер-гинеколог, терапевт) должны постоянно на-

Таблица 3. Количество принятых амбулаторно пациентов специалистами разного профиля за 2016-2018 годы
Table 3. Number of out-patient admissions by specialists of different profiles in 2016-2018

№ п/п / p/p	Специалист приёмного отделения / Specialist of the reception department	Годы / years			2018 год в % к 2016 году / the 2018 in % to 2016
		2016 год / 2016 year	2017 год / 2017 year	2018 год / 2018 year	
1	Хирург / Surgeon	3147	2111	3445	109,5
2	Детский хирург / Paediatric surgeon	177	0	0	0
3	Травматолог / Traumatologist	64	158	409	639,1
4	Нейрохирург / Neurosurgeon	5399	4869	6489	120,2
5	Гинеколог / Gynecologist	1638	1170	2372	144,8
6	Уролог / Urologist	1688	1334	2932	173,7
7	Невролог / Neurologist	1923	2534	3409	177,3
8	Терапевт / Therapist	777	1012	1477	190,1
9	Кардиолог / Cardiologist	715	604	854	119,4

ходиться в приемном отделении. При необходимости по распоряжению ответственного хирурга они могут быть привлечены к оказанию медицинской помощи в отделениях. Дежурные врачи других специальностей находятся в отделениях. В случае вызова они обязаны за 5–10 минут прибыть в приемное отделение. При отсутствии профильного дежурного врача в приемном отделении прием поступающих пациентов осуществляет дежурный хирург приемного отделения. При показаниях к госпитализации дежурный хирург оформляет медицинскую карту стационарного больного. Ответственность за пациента в приемном отделении несет врач, к которому последний доставлен.

Изменился также обязательный документооборот приемного отделения. Он состоит из следующих документов: медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у), где еще отмечается степень транспортабельности больного, статистический талон, журнал учетной формы № 001/у ведется для стационарных больных и с обязательной регистрацией в АИС «Стационар», при отказе больного от стационарного лечения оформляется информированный отказ от госпитализации, который фиксируется в амбулаторном журнале профильного отделения, на пациентов, доставленных с острой хирургической патологией и отказавшихся от госпитализации, передается активный вызов в поликлинику по месту жительства с отметкой в амбулаторном журнале, журнал регистрации информации, переданной в органы внутренних дел, о поступлении (обращении) в ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова граждан с телесными повреждениями насильственного характера, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий, журнал регистрации амбулаторных больных» по форме 074/у, журнал учета и расходования наркотических лекарственных средств, журнал регистрации педикулеза, журнал регистрации материальных ценностей, принятых на хранение от госпитализированных пациентов, журнал обращений граждан.

Изменилось и штатное расписание приемного отделения больницы (табл. 1.). В 2018 г. по сравнению с 2016 г. общее количество штатных ставок увеличилось на 6,25 ставки, физических лиц стало на 6 человек больше. В основном за счет увеличения численности среднего медицинского персонала. Количество медицинских сестер стало больше на 4,25 штатных ставки и на 6 физических лиц. Введены должности кастелянши (1 ставка) и уборщиков служебных помещений (4,5 ставки). Увеличилось количество штатных ставок врачей-терапевтов: в 2017 г. на 1,75 ставки больше, чем в 2016 г.

В 2018 г. увеличилось количество амбулаторно принятых пациентов на 55% по сравнению с 2017 г. и на 37,7% по сравнению с 2016 г. (табл. 2.). Из амбулаторно принятых возросло количество пациентов старше 60 лет на 84% и младше 18 лет на 54,5% в 2018 г. по сравнению с 2016 г. Число госпитализированных в стационар за три года уменьшилось на 18,2%. За счет открытия противошоковой палаты и противошокового зала увеличился поток экстренных пациентов: количество доставленных бригадой скорой медицинской помощи возросло на 14,4%. Обратились самотеком на 18,4% больше пациентов, направлено из поликлиник и других лечебных учреждений меньше на 39,6%. Через противошоковую палату в 2018 г. прошли 832 пациента, через противошоковый зал — 107 пациентов. Через «желтую зону» в 2018 г. прошли 10 950 больных.

Количество пациентов, принятых амбулаторно по добровольному медицинскому страхованию, в 2018 г. осталось на уровне 2016 г. (2217 человек в 2016 г. и 2216 в 2018 г.), госпитализированных по ДМС — на 28,7% меньше (637 в 2016 г., 454 в 2018 г.). Количество пациентов, принятых амбулаторно по платным услугам, на 1,8% меньше (28 516 в 2016 г., 28 004 в 2018 г.), госпитализированных по платным услугам — на 30% меньше (2585 в 2016 г., 1809 в 2018 г.). Количество отказов в госпитализации увеличилось, среди них: отсутствие показаний к госпитализации на 37,7% больше, помощь была оказана амбулаторно на 45% больше, на 29,1% больше отказов пациентам в госпитализации, на 37,8% больше направленных в другие стационары.

Анализируя динамику количества принятых амбулаторно пациентов специалистами разного профиля (табл. 2), можно сделать вывод, что поток пациентов увеличился у всех специалистов, кроме детского хирурга, так как детские отделения в больнице были закрыты, и ставка детского хирурга в приемном отделении сокращена. Самое большое число обращений — к нейрохирургу: 6489 в 2018 г., что на 20,2% больше, чем в 2016 г. Значительно возросло количество обращений к травматологу — в 6,4 раза (64 до 409 обращений). Число обращений к хирургу увеличилось на 9,5% (с 3147 до 3445), к гинекологу — на 44,8% (с 1638 до 2372), к урологу — на 73,7% (с 1688 до 2932), к неврологу — на 77,3% (с 1923 до 3409), к кардиологу — на 19,4% (с 715 до 854), к терапевту — на 90,1% (с 777 до 1477).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в результате совершенствования маршрутизации пациентов и разделения потоков плановых, платных, экстренных пациентов, пациентов сосудистого профиля сократилось время начала оказания медицинской помощи пациентам, находящимся в крайне тяжелом, тяжелом состояниях, состоянии средней степени тяжести, до нескольких минут; увеличилась пропускная способность приемного отделения для пациентов «зеленой зоны», т. е. пациентов, состояние здоровья которых не угрожает жизни; изменились качественные и количественные показатели работы приемного отделения.

Участие авторов:

Суслин С.А. – разработка концепции и дизайна исследования.

Вавилов А.В. – научное редактирование.

Гиннятулина Р.И. – сбор, анализ и интерпретация данных, подготовка рукописи.

Authors contribution:

Suslin S.A. – development of the research concept and design.

Vavilov A.V. – scientific editing.

Ginnyatulina R.I. – the collection, analysis and interpretation of data, drafting of the manuscript.

Список литературы

1. Мирошниченко А. Г., Миннуллин И. П., Алимов Р. Р. Медицинская сортировка в стационарном отделении скорой медицинской помощи многопрофильного стационара. Вестник экстренной медицины. 2013; (3): 17–18.

2. Суслин С. А., Федосеева Л. С., Назаркина И. М., Гиннятулина Р. И. Организационное моделирование работы регистратуры как элемент системы управления качеством медицинской помощи. Главврач. 2017; (9): 47–54.

3. Фролова Ю. В. Проблемы штатного обеспечения приемного отделения. Заместитель главного врача. 2011; 11(66): 26–31.

4. Шестаков Г. С. Современное состояние организации и оценки деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи. Менеджер здравоохранения. 2007; (2): 30–34.

5. Шестаков Г. С., Арсанукаева А. С. Некоторые проблемы организации экстренной медицинской помощи в Российской Федерации. Экономика здравоохранения. 2008; (7): 11–15.

6. Australian Institute of Health and Welfare. Australian hospital statistics 2009–10: emergency department care and elective surgery waiting times. AIHW. 2010. Доступно по: https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/ahs-2009–10-emergency-department-elective-surgery/contents/table-of-contents

7. Drummond AJ. No room at the inn: overcrowding in Ontario's emergency departments. CJEM. 2002 Mar; 4(2): 91–97. https://doi.org/10.1017/s1481803500006187

8. Lowthian JA, Curtis AJ, Jolley DJ, Stoelwinder JU, McNeil JJ, Cameron PA. Demand at the emergency department front door: 10-year trends in presentations. Med J Aust. 2012 Feb 6; 196: 128–132. https://doi.org/10.5694/mja11.10955

9. Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. Natl Health Stat Report. 2008 Aug 6; (7): 1–38.

References

1. Miroshnichenko AG, Minnullin IP, Alimov RR. Medical sorting in the in-patient emergency department of a multidisciplinary hospital. Bulletin of Emergency Medicine. 2013; (3): 17–18. (In Russian).

2. Suslin SA, Fedoseeva LS, Nazarkina IM, Ginnyatulina RI. Organizational modeling of the work of the registry as an element of the quality management system of medical care. Head Physician 2017; (9): 47–54. (In Russian).

3. Frolova YuV. Problems of staffing of the front desk. Deputy Chief Physician. 2011; 11(66): 26–31. (In Russian).

4. Shestakov GS. The current state of organization and evaluation of the activities of stations and emergency departments. Manager of Health Care. 2007; (2): 30–34. (In Russian).

5. Shestakov GS, Arsanukaeva AS. Some problems in organizing urgent medical assistance in the Russian Federation. Health Economics. 2008; (7): 11–15. (In Russian).

6. Australian Institute of Health and Welfare. Australian hospital statistics 2009–10: emergency department care and elective surgery waiting times. AIHW. 2010. Available at: https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/ahs-2009–10-emergency-department-elective-surgery/contents/table-of-contents

7. Drummond AJ. No room at the inn: overcrowding in Ontario's emergency departments. CJEM. 2002 Mar; 4(2): 91–97. https://doi.org/10.1017/s1481803500006187

8. Lowthian JA, Curtis AJ, Jolley DJ, Stoelwinder JU, McNeil JJ, Cameron PA. Demand at the emergency department front door: 10-year trends in presentations. Med J Aust. 2012 Feb 6; 196: 128–132. https://doi.org/10.5694/mja11.10955

9. Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. Natl Health Stat Report. 2008 Aug 6; (7): 1–38.

Информация об авторах:

Суслин Сергей Александрович* – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Российская Федерация. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2277-216X, SPIN: 9521-6510, AuthorID: 445949

Вавилов Александр Владимирович – к.м.н., главный врач ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова», доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Российская Федерация. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4607-8076, SPIN: 8240-2184, AuthorID: 1056956

Гиннятулина Руфия Ильдаровна – заведующая отделом экспертизы качества медицинской помощи ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова», аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Российская Федерация. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6844-5004, SPIN: 8970-2330, AuthorID: 909291

Information about authors:

Sergey A. Suslin* – Dr. Sci. (Med.), professor, head of the department of public health and health, Samara State Medical University, Samara, Russian Federation. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2277-216X, SPIN: 9521-6510, AuthorID: 445949

Aleksandr V. Vavilov – Cand. Sci. (Med.), head physician N.I.Pirogov Samara State Clinical Hospital No. 1, associate Professor of public health Samara State Medical University, Samara, Russian Federation. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4607-8076, SPIN: 8240-2184, AuthorID: 1056956

Rufiya I. Ginnyatulina – head of the medical care quality examination department N.I.Pirogov Samara State Clinical Hospital No. 1, postgraduate student of the public health department Samara State Medical University, Samara, Russian Federation. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6844-5004, SPIN: 8970-2330, AuthorID: 909291