

Корчуганова Е.А.¹, Алешко Е.В.²

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ
«БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА» В МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ

¹ - Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

² - Федеральный научно-практический центр подготовки и
непрерывного профессионального развития
управленческих кадров здравоохранения

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России

Бережливое производство (Lean production, Lean manufacturing) – представляет собой подход к управлению организацией, направленный на повышение качества работы за счет сокращения потерь. Этот подход распространяется на все аспекты деятельности: от проектирования и производства до сбыта продукции.

Термин «бережливое производство» вошел в широкие круги в конце 80-х годов прошлого столетия. Этот принцип изначально появился в компании **Toyota (Toyota Production System)**, когда возникла потребность в производстве, способном удовлетворять индивидуальные запросы клиентов, оперируя небольшими партиями различных продуктов, включая штучную продукцию. Целью такого производства стало создание конкурентоспособных товаров в необходимом количестве и качестве в кратчайшие сроки и с наименьшими затратами.

Схожая ситуация складывается с задачами, которые стоят перед отечественным здравоохранением в части оказания медицинских услуг. Ведь медицинская услуга должна удовлетворить запросы конкретного пациента в наименьшие сроки в условиях ограниченности финансирования. Переход в недалеком будущем на персонализированную медицину должен уже сейчас заставить медицинские организации внедрить этот принцип в систему управления. Врачу необходимо будет оказывать большую часть времени пациенту, а не занимать его на заполнение документации, работой в ЕМИАС, устранением трудностей в

организации процессов взаимодействия с вспомогательными службами, проблем, связанных с нехваткой ресурсов и т.д.

Рабочее время врача не должна отнимать «борьба» с «непрофильными» проблемами, а пациент не обязан тратить свое время на поездки, чтоб попасть к врачу, ожидания в очередях, и, особенно недопустимо, на исправление врачебных ошибок, которые в большинстве своем обусловлены неэффективным управлением медицинской организацией. При организации оказания медицинских услуг действуют те же принципы бережливого производства: сократить действия, которые не добавляют «ценности» медицинской услуги и качества на всем ее жизненном цикле, а именно:

- потери из-за избыточных медицинских вмешательств;
- потери времени из-за ожидания;
- потери при нерациональной маршрутизации;
- потери из-за процессов при оказании медицинской услуги, не добавляющих ее ценности;
- потери из-за лишних запасов;
- потери из-за дефектов оказания медицинской помощи, которая повлекла ухудшение здоровья или смерть;
- потери из-за нереализованного профессионального творческого потенциала сотрудников.

Приведем несколько конкретных практических примеров бережливого производства из управленческой практики ГБУЗ «Офтальмологическая клиническая больница» ДЗ г. Москвы в 2013-2014 году.

Потери времени из-за ожидания. До 2013 года очередь на лечение и оперативные пособия, которые можно провести амбулаторно, составляла более 2-х месяцев. В больнице функционировало 15 коек дневного стационара. В результате анализа данных об использовании коечного фонда больницы было выяснено, что пациенты проводили (в день) не более 3-х часов на койке. На основании данных, полученных в результате анализа использования коечного фонда, а также наличия кадровых ресурсов (высвободившихся при сокращении коек стационара на 30% в связи с капитальным ремонтом), принято решение организовать работу дневного стационара как полноценного отделения с графиком работы в 3 смены в соответствии с новым штатным расписанием. В итоге, пациентам оказывалась

надлежащего качества медицинская помощь, полностью исключая нагрузку на поликлинику, в том числе районную, удалось сохранить уникальные высококвалифицированные кадры, получить благодарные отзывы от пациентов, снизить **втрое** очередь нуждающихся в соответствующей медицинской помощи, а также обеспечить доходность дневного стационара от страховых компаний **вдвое**.

Потери при нерациональной маршрутизации. До 2013 года прием в поликлинике вел офтальмолог и медицинская сестра, имеющая сертификат по офтальмологии и владеющая необходимыми навыками проведения диагностических исследований. Причем далеко не все кабинеты были полностью оснащены необходимой для проведения поликлиниками 3-го уровня диагностическим оборудованием, полученным по Программе модернизации медицинских учреждений в г. Москве в 2010-2012 годы. Имелся также кадровый дефицит квалифицированных медицинских сестер, обслуживающих амбулаторный прием врача-офтальмолога. Ожидание в очереди по записи на первичный прием превышало 6 месяцев. Администрацией больницы было решено организовать «диагностическую линию». Аппаратуру, на которой работал средний медицинский персонал в кабинетах офтальмолога, выделили в отдельное помещение. Каждый первичный пациент сначала проходил скрининг-исследование, проводившееся медицинскими сестрами, а затем направлялся к врачу-офтальмологу. Таким образом, в медицинской организации были успешно применены методы концентрации и специализации при разработке технологии оказания медицинской помощи. Специализация среднего медицинского персонала на выполнении диагностических процедур позволила повысить эффективность использования трудовых ресурсов за счёт выполнения большого объёма однотипных (в данном случае – диагностических) медицинских услуг. Концентрация, предполагающая сосредоточение отдельных видов ресурсов (в частности, оборудования), позволила увеличить количество проводимых исследований в единицу времени и сократить потери от неэффективного использования материально-технической базы за счёт увеличения коэффициента параллельно (одновременно)

проводимых исследований, а также снижения времени простоя медицинской техники.

Принятые управленческие решения, основанные на принципах специализации и концентрации, позволили повысить производительность труда, сократить длительность цикла обслуживания пациента, увеличить пропускную способность поликлинических отделений, повысить качество оказываемой медицинской помощи.

Изменение технологии оказания медицинской помощи позволило без привлечения дополнительных ресурсов (кадровых, материально-технических) увеличить объём оказываемых медицинских услуг с обеспечением надлежащего качества, соответствующего требованиям стандартов и порядков оказания специализированной медицинской помощи. В итоге удалось не только повысить ответственность и компетентность имеющегося кадрового состава медицинских сестер, которые, по сути, работали в команде на результат всего отделения поликлиники, увеличить фонд оплаты труда за счет свободных ставок, а также использовать освободившиеся кабинеты для зоны отдыха персонала. Время ожидания в очереди на первичный прием пациентов сократилось в 3 раза.

Задача организации, внедряющей систему бережливого производства, заключается в сокращении действий, не приносящих ценности. А так как ценностью является здоровье человека, то бережливое производство необходимо внедрять во все процессы медицинской деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бухалков М.И., Кузьмин М.А. *Организационно-экономические основы бережливого производства*. Организатор производства. 2009.; 4: 63-68
2. Оно Т. *Производственная система Тойоты. Уходя от массового производства*. М.: 2008.