

Министерство здравоохранения Красноярского края

Обеспечение доступности первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических отделениях (учреждениях) на территории Красноярского края

Часть I

Организация работы по формированию потока пациентов в амбулаторно-поликлинических отделениях (учреждениях)

Методические рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей первичного звена, врачей-специалистов, экспертов

Красноярск
2012

Министерство здравоохранения Красноярского края

«УТВЕРЖДАЮ»

Министр здравоохранения
Красноярского края

_____ В.Н.Янин

« »

2012 г.

**Обеспечение доступности первичной медико-санитарной
помощи в амбулаторно-поликлинических отделениях
(учреждениях) на территории Красноярского края**

Часть I

**Организация работы по формированию потока
пациентов в амбулаторно-поликлинических отделениях
(учреждениях)**

Методические рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей
первичного звена, врачей-специалистов, экспертов

Часть I

Красноярск
2012

В методических рекомендациях представлены основные аспекты организационной работы по формированию потока пациентов в амбулаторно-поликлинических подразделениях (учреждениях) на территории Красноярского края в целях организации доступности медицинской помощи в учреждениях здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Методические рекомендации предназначены для работы организаторам здравоохранения, участковым врачам терапевтам (педиатрам), врачам общей практики (семейным врачам), фельдшерам.

Разработчик: Министерство здравоохранения Красноярского края, главное управление здравоохранения Красноярского края

Авторы: к.м.н. О.С. Бахметьева, С.В. Козаченко, Г.З. Низамеева, Т.Е. Черных

Рецензенты:

Заместитель министра здравоохранения Красноярского края, к.м.н.

Б.М. Немик

Заведующая кафедрой поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО профессор, д.м.н. М.М. Петрова

Ответственный за издание: О.С. Бахметьева

Организация работы в амбулаторно-поликлинических подразделениях (учреждениях) на территории Красноярского края

Методические рекомендации. – Красноярск.-2012 – 33 с.

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Введение	6
2.	Нормативно-правовые документы:	7
2.1.	Нормативно-правовые документы, регламентирующие организацию работы амбулаторно-поликлинического отделения (учреждения) здравоохранения	7
2.2.	Нормативно-правовые документы, регламентирующие ведение учетных форм в регистратуре	10
2.3.	Нормативно-правовые документы, регламентирующие режим рабочего времени	11
2.4.	Нормативно-правовые документы, регламентирующие хранение медицинских карт амбулаторных больных	12
2.5.	Нормативно-правовые документы, регламентирующие локальные нормативные документы амбулаторно-поликлинического отделения (учреждения) здравоохранения	13
3.	Организация работы в амбулаторно-поликлинических подразделениях (учреждениях) на территории Красноярского края:	14
3.1.	Мероприятия по укомплектованности кадрами	14
3.2.	Режим работы учреждения и врачей	15
3.3.	Основные требования к организации работы регистратуры	15
3.4.	Распределение потоков пациентов	18
4.	Формирование потока пациентов, способы записи пациентов при отсутствии электронной регистратуры	21
5.	Формирование потока пациентов, способы записи пациентов при использовании электронной регистратуры	23
6.	Информирование пациентов и проведение разъяснительной работы по организации работы амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения)	30
7.	Заключение	31
8.	Приложение 1	32

1. ВВЕДЕНИЕ

Амбулаторно-поликлиническая помощь является ведущим звеном системы здравоохранения, основным средством оказания первичной медико-санитарной помощи, имеет первостепенное значение в медицинском обслуживании населения как наиболее массовая и общедоступная.

Одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения на современном этапе является приоритетное развитие амбулаторно-поликлинической помощи. На уровне первичного звена здравоохранения начинают и заканчивают обследование и лечение до 80% пациентов.

Деятельность врача амбулаторно-поликлинического учреждения должна быть направлена, в том числе и на выявление заболевания при проведении профилактического медицинского осмотра или обращении за медицинской помощью, на проведение профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий с целью предупреждения развития осложнений заболевания, инвалидизации, преждевременной смерти.

Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь является самым востребованным видом медицинской помощи. Доказано, что на уровне первичного звена без обращения в стационар, можно лечить до 70% заболеваний. По данным многих исследований на консультации к узким специалистам направляется в России до 50%, в Красноярском крае -66%, за рубежом только 10 % пациентов.

В условиях сложившейся нехватки кадров, а так же возросших требований населения к качеству оказания медицинской услуги ключевым моментом в работе амбулаторно-поликлинических учреждений становится организация работы регистратуры по формированию оптимального потока пациентов на всем движении внутри амбулаторно-поликлинического учреждения.

Анализ организации работы регистратуры в 107 учреждениях здравоохранения Красноярского края показал, что работа в данном направлении осуществляется привычным рутинным методом: в 94 (87%) амбулаторно-поликлинических учреждениях запись к терапевту на прием в поликлинике и на дом осуществляется при обращении пациента в регистратуру, по одноканальному телефону при этом отмечается низкий процент использования интернет ресурса, при этом наличие электронной записи в краевые учреждения только в основном корпусе и отсутствует в филиалах в 90% амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Настоящие методические рекомендации разработаны в целях регулирования организации работы учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь направленных на повышение доступности медицинской помощи и сокращение сроков ожидания медицинской услуги.

2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

2.1. Нормативно-правовые документы, регламентирующие организацию работы амбулаторно-поликлинического отделения (учреждения) здравоохранения

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 года.
2. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Федеральный закон РФ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».
5. Федеральный закон РФ от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».
6. Федеральный закон РФ от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации».
7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.07.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности».
8. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 02.10.2009 № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи».
9. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 10.05.2007 № 323 «Об утверждении Порядка организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении доврачебной, амбулаторно-поликлинической (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), стационарной (в том числе первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощи), скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной), высокотехнологичной, санаторно-курортной медицинской помощи».
10. Приказ МЗ и СР РФ №808 «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» от 02.10.2009г.
11. Приказ МЗ РФ №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» от 10.02.2003г.
12. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».
13. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 04.08.2006 №584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу».

14. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.06.2006 № 490 «Об организации деятельности медицинской сестры участковой».

15. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18.01.2006 № 28 «Об организации деятельности врача педиатра участкового».

16. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2005 № 765 «Об организации деятельности врача терапевта участкового».

17. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29.07.2005 № 487 «Порядок организации первичной медико-санитарной помощи».

18. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.01.2005 № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».

19. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

20. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.08.2003 №402 «Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача).

21. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.02.2003 № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

22. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».

23. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.11.2002 № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 17.01.2005 N 84).

24. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении».

25. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»

26. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 23.09.1981 № 1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений».

27. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 26.09.1978. № 900 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности фельдшерско-акушерских пунктов».

28. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 11 октября 1982 № 999 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских и детских городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек» (в ред. Приказов Минздрава СССР от 10.01.1983 N 16, от 16.04.1984 N 420, от 30.05.1986 N 770, от 10.11.1986 N

1470, от 29.09.1989 N 555, Приказов Минздрава РФ от 05.05.1999 N 154, от 16.10.2001 N 371).

29. Приказ ФФОМС РФ от 8 мая 2009 г. № 98 «Об утверждении рекомендаций «Об обеспечении информированности граждан о правах при получении медицинской помощи в условиях ОМС»

30. Постановление Правительства Красноярского края от 31 мая 2011 г. N 315-п «Об утверждении Перечня должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи и Методики оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи» (в ред. Постановлений Правительства Красноярского края от 12.07.2011 N 418-п, от 22.11.2011 N 707-п).

31. Постановление Правительства Красноярского края от 29 марта 2011 г. № 152-п «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Красноярского края на 2011 - 2012 годы» (в ред. Постановлений Правительства Красноярского края от 12.07.2011 N 419-п, от 09.09.2011 N 511-п, от 10.11.2011 N 684-п).

32. Постановление Правительства Красноярского края от 27.12.2011 № 825-п «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи на 2012 год».

33. Распоряжение Правительства Красноярского края от 29 ноября 2011 г. N 1043-р «Об утверждении ведомственной целевой программы «Развитие системы здравоохранения Красноярского края на 2012 - 2014 годы».

34. Приказ Управления здравоохранения администрации Красноярского края от 9 февраля 2001 г. N 99-орг «Об утверждении временного Положения о системе управления качеством медицинской помощи в части ведомственного контроля на территории Красноярского края».

35. Методические рекомендации Минздравсоцразвития РФ от 26 мая 2006 г. № 2813-ВС «Обеспечение лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения медицинскими кадрами».

2.2. Нормативно-правовые документы, регламентирующие ведение учетных форм в регистратуре

1. Учетная форма «Галон амбулаторного пациента» - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.12.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»

2. Учетная форма № 036/у «Книга регистрации листков нетрудоспособности»- Приказ ФСС РФ, Министерства здравоохранения РФ от

29.01.2004 № 18/29 «Об утверждении инструкции о порядке обеспечения бланками листов нетрудоспособности, их учета и хранения» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ № 42, ФСС РФ № 130 от 23.07.2004).

3. Временная карта ЗСПО (Временная карта законченного случая поликлинического обслуживания) - Приказ Управления здравоохранения администрации Красноярского края от 12 июля 2005 г. № 298-орг «Об организации учёта результатов деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений на территории Красноярского края».

2.3. Нормативно-правовые документы, регламентирующие режим трудового времени

Согласно трудовому законодательству, режим рабочего времени - это распределение времени работы в течение конкретного календарного периода (число рабочих дней в неделю или другой период, продолжительность и правила чередования смен, время начала и окончания работы, время и продолжительность перерывов).

Рабочее время состоит из фактически отработанного времени в течение дня, которое может быть больше или меньше установленной для работника продолжительности работы (смены). В рабочее время включаются и некоторые другие периоды в пределах нормы рабочего времени, когда работа фактически не выполнялась, например простой не по вине работника, оплачиваемые перерывы в течение рабочего дня (смены), но работник обязан находиться в организации.

В соответствии со ст. 100 Трудового кодекса Российской Федерации (далее - ТК РФ), к режиму рабочего времени относятся и структура рабочей недели, и установление неполного рабочего времени, раздробленного рабочего дня, а также графики сменности, гибкие графики работы и вахтовый метод работы.

Конкретные режимы рабочего времени (пятидневная с двумя выходными днями, шестидневная с одним выходным днем, рабочая неделя с предоставлением выходных дней по скользящему графику, неполная рабочая неделя) для категорий работников или отдельного работника устанавливаются работодателем в локальных нормативных актах (коллективный договор, правила внутреннего трудового распорядка, графики сменности) или трудовых договорах. При этом графики сменности утверждаются работодателем по согласованию с соответствующим профсоюзным органом с учетом мнения трудового коллектива.

Условие о режиме рабочего времени и времени отдыха подлежит обязательному включению в трудовой договор, если для данного работника он отличается от общих правил, действующих у данного работодателя (ст. 57 ТК РФ).

В соответствии со ст. 190 ТК РФ, правила внутреннего трудового распорядка, как правило, прилагаются к коллективному договору и доводятся до сведения всех работников.

ТК РФ не предусмотрены ограничения по введению в организации для работников одного структурного подразделения различных режимов рабочего времени. В правилах внутреннего трудового распорядка можно установить для отдельных категорий работников одного структурного подразделения несколько режимов работы.

Время начала и окончания ежедневной работы (смены) предусматривается правилами внутреннего трудового распорядка и графиками сменности с учетом местных особенностей (режим работы транспорта, местных учреждений). Эти локальные акты согласовываются как с трудовым коллективом, так и в необходимых случаях с органами местного самоуправления.

Локальные акты о режиме рабочего времени должны соответствовать нормам рабочего времени, закрепленным в ТК РФ и других нормативных актах о труде, а также в отраслевых и локальных актах о труде.

При изменении режима рабочего времени необходимо учитывать правила, установленные ст. 72, 74 ТК РФ.

При установлении режима рабочего времени нужно соблюдать продолжительность рабочего времени, установленную ТК РФ, иными нормативными правовыми актами.

Согласно ст. 91 ТК РФ, нормальная продолжительность рабочего времени не может превышать 40 часов в неделю.

Согласно ст. 92 ТК РФ, Трудовым кодексом РФ и иными федеральными законами может устанавливаться сокращенная продолжительность рабочего времени для других категорий работников (педагогических, медицинских и других работников).

Ст. 350 ТК РФ устанавливает, что для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Правительством Российской Федерации.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 14.02.2003 № 101 (ред. от 01.02.2005) «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности», медицинским работникам установлена продолжительность рабочего времени 36, 33, 30, 24 часа в неделю в зависимости от занимаемой должности и (или) специальности».

Например, 33-часовая рабочая неделя установлена врачам ЛПУ (поликлиник, амбулаторий, диспансеров, медицинских пунктов, станций, отделений, кабинетов) при проведении исключительно амбулаторного приема больных; врачам-стоматологам; врачам и среднему медицинскому персоналу физиотерапевтических ЛПУ, отделений, кабинетов.

В том случае, если в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка в медицинской организации установлена пятидневная рабочая неделя с двумя выходными днями в субботу и воскресенье, то оплата работы в выходной день – субботу должна производиться согласно ст. 153 ТК РФ.

В соответствии с указанной статьей, работа в выходной или нерабочий праздничный день оплачивается не менее чем в двойном размере:

сдельщикам - не менее чем по двойным сдельным расценкам;

работникам, труд которых оплачивается по дневным и часовым тарифным ставкам, - в размере не менее двойной дневной или часовой тарифной ставки;

работникам, получающим оклад (должностной оклад), - в размере не менее одинарной дневной или часовой ставки (части оклада (должностного оклада) за день или час работы) сверх оклада (должностного оклада), если работа в выходной или нерабочий праздничный день производилась в пределах месячной нормы рабочего времени, и в размере не менее двойной дневной или часовой ставки (части оклада (должностного оклада) за день или час работы) сверх оклада (должностного оклада), если работа производилась сверх месячной нормы рабочего времени.

Конкретные размеры оплаты за работу в выходной или нерабочий праздничный день могут устанавливаться коллективным договором, локальным нормативным актом, принимаемым с учетом мнения представительного органа работников, трудовым договором.

По желанию работника, работавшего в выходной или нерабочий праздничный день, ему может быть предоставлен другой день отдыха. В этом случае работа в выходной или нерабочий праздничный день оплачивается в одинарном размере, а день отдыха оплате не подлежит.

При привлечении работников к работе в выходной день, необходимо соблюдать правила ст. 113 ТК РФ (согласие работника и др.).

В том случае, если работа медицинского персонала носит сменный характер, то оплата труда в выходные дни (суббота и воскресенье) производится в одинарном размере, т.к. согласно ст. 111 ТК РФ, при сменном режиме выходные дни могут предоставляться в другие дни недели. В этом случае не требуется соблюдать порядок ст. 113 ТК РФ. В таком случае суббота и воскресенье являются для работника рабочими днями.

2.4. Нормативно-правовые документы, регламентирующие хранение медицинских карт амбулаторных больных

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ, ФСС РФ от 06.10.1998 № 291/167 «Об утверждении инструкции о порядке осуществления контроля за организацией экспертизы временной нетрудоспособности» (пункт 3.2.).

2. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 04.04.2005 № 734/МЗ-14 «О порядке хранения амбулаторной карты».

3. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 25 января 2005 г. № 26-МЗ «Об организации работы по медицинскому обеспечению отдельных категорий граждан, получателей набора социальных услуг» (с изм., внесенными письмом Минздравсоцразвития РФ от 04.03.2005 N 975-ВС).

2.5. Локальные нормативные документы амбулаторно-поликлинического отделения (учреждения) здравоохранения

1. Приказы главного врача:

1.1. О расчетных нормах нагрузки для врачей всех специальностей, ведущих амбулаторный прием.

1.2. Об утверждении плановой функции врачебной должности на год.

1.3. Приказ о назначении ответственных лиц из числа заместителей главного врача (по разделам работы).

2. График работы структурных подразделений (кабинетов, отделений, центров, лабораторий), комиссий (подкомиссий), утвержденный главным врачом.

3. График работы медицинского персонала, утвержденный главным врачом.

4. План повышения квалификации медицинского персонала.

5. График отпусков.

6. Правила внутреннего распорядка.

7. Приказ о назначении или утвержденный график дежурств ответственных администраторов (ежедневно и в выходные дни).

8. Положение о регистратуре.

9. Должностные инструкции работников регистратуры.

10. Инструкции (порядки, регламенты) по выполнению отдельных трудовых процессов, утвержденные главным врачом.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ (УЧРЕЖДЕНИЯХ) НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Руководителям амбулаторно-поликлинических подразделений (учреждений) Красноярского края с целью с целью реализации доступной первичной медико-санитарной помощи необходимо:

1. Обеспечить укомплектованность кадрами.
2. Организовать оптимальный режим работы врачей в учреждении.
3. Организовать работу регистратуры.
4. Проводить анализ и распределение потоков пациентов с целью предотвращения возникновения очередей в регистратуре и на прием к врачам.
5. Организовать информирование пациентов и проведение разъяснительной работы по организации работы учреждения.

3.1. Мероприятия по укомплектованности кадрами

Необходимым условием для обеспечения доступности амбулаторно-поликлинической помощи является укомплектованность медицинским персоналом (физическими лицами): регистраторами, врачами, средним и младшим медицинским персоналом.

Руководителям амбулаторно-поликлинических подразделений (учреждений) здравоохранения при недостаточной укомплектованности рекомендуется:

- организовать работу врачей по совместительству, с отработкой рабочего времени;
- размещать внешнюю медицинскую услугу путем заключения договорных отношений с иными медицинскими организациями

Руководителям амбулаторно-поликлинических подразделений (учреждений) здравоохранения, учитывая централизацию отдельных видов медицинской помощи в лечебных учреждениях из расчета межтерриториального обслуживания пациентов (например, урология, колопроктология, эндоскопия и прочее), необходимо организовать взаимодействие между лечебными учреждениями по ведению записи пациентов (выделение квоты для пациентов из другого ЛПУ, возможность записи по телефону – звонок медицинского работника ЛПУ, выдавшего направление и т. д.).

На период отсутствия регистратора в штате амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения целесообразно обеспечить работу регистратуры посредством среднего медицинского персонала учреждения с обязательным проведением предварительного инструктажа.

3.2. Режим работы амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) и медицинского персонала

Управление потоком больных в поликлинике обеспечивается внедрением прогрессивных форм организации труда врачебного и среднего медицинского персонала, а также путем совершенствования существующих форм работы регистратуры.

С целью повышения доступности амбулаторно-поликлинической помощи работа поликлиники должна быть организована ежедневно в рабочие дни с 07.30 часов до 20.00 часов, в субботу с 9.00 до 14.00 (15.00) часов (работает регистратур, дежурный терапевт, медицинская сестра, процедурный кабинет, перевязочный кабинет).

Ежедневно, включая субботные дни, организуется работа дежурного администратора (по графику). Учитывая сложившиеся потоки пациентов наиболее актуальна работа дежурных администраторов в утренние часы (с 07.30. до 13.00 ч.) в регистратуре для контроля за организацией работы регистратуры и решения спорных вопросов, возникающих у пациентов.

График работы специалистов должен быть составлен с учетом распределения потока пациентов в течение дня с обязательными вечерними приемами и одной рабочей субботой в месяц (для обеспечения доступности амбулаторно-поликлинической помощи работающего населения).

В субботу организуется работа вспомогательных служб (процедурные кабинеты, перевязочные, лаборатория, флюорографический кабинет, кабинеты функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, физиотерапевтические кабинеты и т. д.).

Рациональная организация приема призвана сократить время ожидания больных на прием к врачам.

3.3. Основные требования к организации работы регистратуры амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения

Доступность амбулаторно-поликлинической помощи формируется с учетом организации эффективной работы с потоком пациентов в регистратуре. Регистратура является основным структурным подразделением поликлиники, призванным обеспечивать своевременное информирование населения о работе учреждения здравоохранения, регистрацию пациентов и оптимальное распределение потоков пациентов, как в учреждении здравоохранения, так и на дому.

От организации работы регистратуры зависит в значительной степени ритмичность работы всех подразделений поликлиники, обеспечение наиболее оптимального распределения потоков посетителей, уменьшение затрат времени больных на посещение поликлиники.

Организация работы регистратуры – это постоянный процесс, требующий пристального внимания и совершенствования.

Руководителю амбулаторно-поликлинического учреждения необходимо организовать работу регистратуры, в том числе начиная с введения каждому сотруднику регистратуры отличной формы рабочей одежды и бейджиков с указанием инициалов регистратора.

Руководителю амбулаторно-поликлинического учреждения с целью улучшения доступности оказания амбулаторно-поликлинической помощи необходимо обеспечить регистратуру многоканальным телефоном, при отсутствии технической возможности - не менее двух телефонов с целью обеспечения быстрого дозвона.

Принципы работы регистратуры:

- Доступность для пациента;
- Достоверность предоставляемой информации;
- Полнота предоставляемой информации;
- Своевременность корректировки «немой» информации (информационных стендов);
- Соблюдение культуры общения с посетителями;
- Эффективное распределение потоков пациентов.

Основные задачи регистратуры амбулаторно-поликлинического учреждения.

1. Своевременное, точное и полное информирование населения о работе лечебных, консультативно-диагностических служб амбулаторно-поликлинического учреждения.

2. Организация предварительной и неотложной записи больных на прием к врачу, как при непосредственном обращении в поликлинику, так и по телефону.

3. Обеспечение четкого регулирования интенсивности потока населения с целью создания равномерной нагрузки на врачей и распределение его по видам оказываемой помощи.

4. Регистрация, оформление и проведение своевременного подбора необходимой медицинской документации пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлиническом учреждении, правильное ведение и хранение картотеки.

Состав регистратуры амбулаторно-поликлинического учреждения.

1. Организация работы по обеспечению населения доступной и качественной амбулаторно-поликлинической помощью является основной задачей руководителя амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения. С целью реализации данного направления руководитель организует ежедневный мониторинг сроков ожидания

амбулаторно-поликлинической помощи с принятием управленческих решений, направленных на эффективное формирование потока пациентов.

2. Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения определяет приказом по учреждению ответственного организатора за работу регистратуры из числа заместителей.

3. Непосредственное обеспечение работы регистратуры осуществляет заведующий регистратурой (старшая медицинская сестра регистратуры), назначаемый руководителем амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения. На должность заведующего регистратурой назначается специалист со средним (высшим) медицинским образованием, имеющий опыт работы в амбулаторно-поликлиническом учреждении, обладающий навыками коммуникационного общения.

4. Заведующий регистратурой (старшая медицинская сестра) выполняет следующие функции:

- осуществляет контроль за работой медицинских регистраторов;
- разрешает сложные (конфликтные) вопросы, связанные с оказанием пациентам амбулаторно-поликлинической помощи;
- обеспечивает своевременное получение информации из лечебно-диагностических отделений учреждения здравоохранения об изменениях в их работе и доведение этой информации до ответственного организатора за работу регистратуры из числа заместителей главного врача. Ответственный организатор из числа заместителей главного врача принимает управленческие решения по обеспечению амбулаторно-поликлинической помощью население, заведующий регистратурой обеспечивает их исполнение.

5. В составе регистратуры работают: медицинские регистраторы (желательно лица со средним медицинским образованием) и курьер (санитарка) регистратуры для доставки в течение рабочего дня в кабинеты медицинской документации (карта амбулаторного больного, талон законченного случая поликлинического осмотра, др).

6. Медицинские регистраторы выполняют следующие функции:

- информирование пациента о способах получения им амбулаторно-поликлинической помощи;
- организация хранения, ответственность за сохранность и надлежащее состояние карт амбулаторных больных по участкам, подготовка медицинской документации для доставки в кабинеты в день приема;
- организация записи и направления пациентов на прием к врачу;
- идентификация пациента с учетом номера полиса обязательного медицинского страхования, регистрация пациентов при их обращении, оформление талона законченного случая поликлинического осмотра, работа с базами данных;
- прием вызовов врача на дом;
- осуществляют «обратную» телефонную связь с пациентами в случаях информирования о запланированных посещениях к врачу-специалисту.

7. Ответственный организатор из числа заместителей главного врача информирует регистраторов об алгоритме действий в типовых ситуациях при обращении пациентов.

8. Руководителю амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения с целью эффективной организации работы регистратуры необходимо выделить следующие подразделения регистратуры:

- «Окно» для записи на прием к врачам;
- «Окно» вызова врача на дом;
- «Справочная» (консультант фойе перед регистратурой) ;

9. Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения организует работу регистраторов с учетом их функциональных обязанностей: разделение на регистраторов работающих в окнах с обратившимися пациентами и регистраторов, отвечающих на телефонные звонки.

Важнейшим элементом работы регистратуры является запись посетителей на прием к врачу, регистрация вызовов врача на дом. Равномерному распределению нагрузки врачей, возможности запланировать очередное посещение, в том числе при продлении листков нетрудоспособности и снижению времени ожидания пациентов способствует **предварительная запись.**

В амбулаторно-поликлиническом учреждении необходимо организовать плановую запись на приём к врачам всех специальностей на все дни недели сроком на 10 дней (с учетом необходимости записи больных на повторный прием с листками нетрудоспособности), с выделением ежедневных квот (не менее 5) для пациентов, нуждающихся в приеме в день обращения. Запись пациентов в указанные сроки обеспечивается ежедневно (электронное окно или листы записи добавляется ежедневно).

3.4. Распределение потоков пациентов

При организации записи больных на приём к врачам необходимо учитывать тот факт, что укомплектованность врачами, ведущими амбулаторный прием, не позволяет принять всех больных в момент их обращения в поликлинику. Во-вторых, третья часть больных нуждается в плановой амбулаторно-поликлинической помощи, предоставление которой допускается в сроки, установленные Программой государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи.

Руководителю амбулаторно-поликлинического отделения (учреждения) здравоохранения с целью рациональной организации работы, формирования потоков пациентов, улучшения качества медицинского обслуживания необходимо проводить ежедневный анализ потоков больных.

1. Руководителю амбулаторно-поликлинического отделения (учреждения, включая филиалы) здравоохранения с целью распределения потоков пациентов, решения вопроса о срочности предоставления

амбулаторно-поликлинической помощи (пациенты с экстренными и неотложными показаниями), необходимо организовать работу **кабинета доврачебного приема**, который размещается в непосредственной близости от регистратуры и позволяет снизить нагрузку, у терапевтов в среднем на 20%.

Основными задачами кабинета доврачебного приёма являются:

- приём больных для решения вопроса о срочности направления к врачу;
- направление на лабораторные и другие исследования больных, которые в день обращения не нуждаются во врачебном приёме;
- проведение антропометрии, измерение артериального и внутриглазного давления, температуры тела и др.
- осуществление выписки рецептов льготным категориям граждан по заключению врача.

Прием пациентов в доврачебном кабинете ведет фельдшер, медицинское образование которого позволяет профессионально осуществить анализ состояния пациента, решить вопрос о наличии показаний для срочности и неотложности приема пациента. Фельдшер доврачебного кабинета направляет больного к врачу, используя выделенную квоту, а также независимо от наличия в данный момент свободных талонов или записи.

Фельдшер доврачебного кабинета пациентам, не требующим врачебного приёма в день обращения, но нуждающимся в амбулаторно-поликлинической помощи, предлагает удобные для них дни и часы приёма к врачу по предварительной записи.

Пациенты, обратившиеся за выпиской льготных препаратов по решению врачебной комиссии, выписками из карты амбулаторного больного о перенесенных ранее заболеваниях, направлениями на диагностические исследования для заполнения карт на получение санаторно-курортного лечения, заполнения учетных форм при повторном освидетельствовании в бюро МСЭ и иные случаи, относящиеся к компетенции фельдшера, получают амбулаторно-поликлиническую помощь в день обращения непосредственно в кабинете доврачебного приёма.

Учитывая специфику акушерско-гинекологической службы, требующую компетенции врача при оказании помощи беременным и гинекологическим больным, а также отсутствию пациентов с хроническими заболеваниями, которые обращаются на прием за выпиской лекарственных препаратов, для осмотра пациентов в день обращения, рекомендуется выделение дежурного по смене врача-гинеколога (прием по обращаемости).

Для обслуживания пациентов с гинекологическими заболеваниями, состоящих на диспансерном учете в женской консультации, рекомендуется закрепить определенный день недели (не назначая на этот день плановый прием пациентов по беременности), что увеличит доступность медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями, а также обратившихся на прием врача с профилактической целью, вопросам контрацепции и предгравидарной подготовки.

При необходимости планового осмотра женщины в период беременности прием осуществляется дежурным по смене (врачом акушером-гинекологом).

2. Заведующий регистратурой обеспечивает взаимодействие работы регистратора и кабинета доврачебного приема.

3. Во время врачебного приема обязанность распределения потоков пациентов возлагается на медицинских сестер, которые должны с периодичностью в 20-30 минут отслеживать количество и поводы обращения ожидающих приема посетителей.

4. ФОРМИРОВАНИЕ ПОТОКА ПАЦИЕНТОВ, СПОСОБЫ ЗАПИСИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭЛЕКТРОННОЙ РЕГИСТРАТУРЫ

Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения на период отсутствия электронной регистратуры обеспечивает формирование потока пациентов, записи пациентов посредством перераспределения функциональных обязанностей среднего медицинского персонала: в должностных обязанностях медицинской сестры определить обеспечение по решению врача о наличии показаний записи пациента (на повторный визит к врачу, консультацию узкого специалиста, диагностических исследований) посредством внутреннего рабочего телефона или иных способов.

Запись пациентов для получения амбулаторно-поликлинической помощи осуществляется:

1. При обращении пациента в регистратуру лично;
2. При обращении пациента в регистратуру по телефону;

В случае отсутствия возможности записать больного при обращении (закончилась запись) регистраторам рекомендуется вести журнал учета пациентов, нуждающихся в консультации (с отметкой ФИО больного, адреса, телефона, должности врача и удобного времени). Таких пациентов при появлении возможности записывать в первую очередь, уточняя сохранение необходимости консультации и согласовывая время приема.

Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения организует работу, направленную на замену листков самозаписи на возможность записи при личном обращении пациента в регистратуру, либо при обращении по телефону.

При отмене приема (болезнь врача и т. д.) регистраторы обеспечивают информирование больного о переносе времени приема, а также, уточняют у пациента явку на прием.

Перезванивать больным регистраторы должны сами. Строго запрещено предлагать больным перезвонить завтра или подойти в другое время. Такая система позволяет снизить количество повторных звонков и повторных обращений пациентов в регистратуру.

Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения организует и обеспечивает изменение функции узких специалистов. Узкий специалист должен стать консультантом для лечащего врача, обеспечивая прием пациентов после выписки из профильного стационара, проведение отбора больных для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, исключая заполнение направлений на освидетельствование в бюро МСЭ, диспансерных больных.

Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения при наличии в учреждении нескольких структурных подразделений организует прием узкими специалистами всех

пациентов, обслуживаемых в учреждении, независимо к какому филиалу они относятся. При временном отсутствии врача-специалиста в одном подразделении поток больных должен направляться в другое (выделение квот, либо запись регистратором при обращении больного в другое подразделение по телефону).

В женских консультациях при временном отсутствии врача пациенты направляются к другим специалистам, работающим по совместительству.

5. ФОРМИРОВАНИЕ ПОТОКА ПАЦИЕНТОВ, СПОСОБЫ ЗАПИСИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭЛЕКТРОННОЙ РЕГИСТРАТУРЫ

В рамках модернизация системы здравоохранения с целью улучшения доступности оказания амбулаторно-поликлинической помощи руководителем амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения организуется работа по обеспечению учреждения здравоохранения электронной регистратурой.

Электронная регистратура основана на автоматизации процесса регистрации пациента и записи его на приём. Основная цель введения электронной регистратуры – упрощение доступа граждан к медицинским услугам, в том числе:

- сокращение очередности;
- оптимизация работы регистраторов;
- создание единой регистратуры;
- организация самостоятельной записи на прием через интернет;
- установка информационных терминалов с возможностью записи в любое лечебное учреждение (либо структурное подразделение).

Электронная регистратура позволяет осуществлять:

1. запись на прием к врачам-специалистам в регистратуре через электронное расписание;
2. запись на прием к врачам-специалистам в регистратуре через сенсорные терминалы;
3. запись на прием к врачам-специалистам в регистратуре через Call-центр;
4. Программа включает в себя организацию записи пациентов на прием к врачам, в том числе участковым терапевтам и узким специалистам, через систему электронной регистратуры. Запись можно произвести через сеть Интернета и/или по многоканальному телефону.

Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения при использовании электронной регистратуры организует:

- между структурными подразделениями (поликлиниками, филиалами, женскими консультациями) единую информационную сеть, что дает возможность записи пациента к любому специалисту, даже при осуществлении приема в другом структурном подразделении.

- установить компьютеры: в регистратурах; в кабинетах врачей терапевтов и узких специалистов; в доврачебных кабинетах.

Руководителю амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения необходимо определить ответственных (и дублеров) лиц:

за работу электронной регистратуры;

за организацию записи на прием к врачам и соблюдение сроков предоставления медицинской помощи по каждому структурному подразделению и в целом по учреждению здравоохранения включая запись и сроки ожидания медицинской услуги (консультации врачей специалистов, диагностических исследований) при размещении во внешних медицинских организациях.

В их должностные обязанности входят:

1. своевременное обеспечение в расписании периода не менее 10 рабочих дней для записи пациентов на прием к врачами;
2. при подготовке плановой записи на прием предусмотреть наличие квот для приема экстренных пациентов в день обращения от 4 до 6 мест в смену (либо организовать прием неотложных больных дежурным врачом);
3. проводить коррекцию записи ежедневно в соответствии с информацией, предоставленной старшими медицинскими сестрами;
4. при возникновении проблем при осуществлении записи незамедлительно информировать ответственных лиц.

Руководителю амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения обеспечить выполнение старшим медицинским сестрам поликлиник, женских консультаций следующих должностных обязанностей:

1. предоставлять регистраторам графики работы врачей 1 раз в месяц
2. оперативно информировать регистраторов об изменениях в графиках работы
3. осуществлять непосредственный ежедневный контроль за работой регистратуры.

Электронная запись пациентов на прием к врачам осуществляется следующими способами:

1. При обращении пациента в регистратуру лично. В случае предварительного обращения за плановой медицинской помощью медрегистратор уточняет Ф.И.О. пациента, адрес место жительства, контактный телефон. Идентифицирует пациента с учетом номера страхового полиса в базе данных СМО, выбирает пациенту наиболее удобное для него время приема, вносит данные пациента и сообщает пациенту время приема, номер кабинета и Ф.И.О. врача, ведущего прием, выдает талон приема.

2. При обращении пациента в регистратуру по телефону

2.1. по многоканальному телефону в регистратуре: пациент обращается по телефону. Регистратор просматривает расписание и записывает пациента на прием. Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения организует возможность аудиозаписи разговоров с телефонной регистратуры, что позволит при периодическом прослушивании исключить личные разговоры, иметь возможность объективно рассматривать конфликтные ситуации в случае их возникновения.

2.2. при обращении пациента посредством Call-центра:

- Пациент звонит в единый центр регистрации;
- Идентификация пациента по номеру страхового полиса ОМС;
- Оператор записывает пациента на прием, сообщает ему дату, время приема.

3. При обращении пациента на приеме:

3.1. в кабинете врача (на повторный прием к себе, или консультацию другого специалиста);

3.2. в доврачебном кабинете (при обращении в доврачебный кабинет пациенту не нужно возвращаться в регистратуру, фельдшер сам запишет его на прием к любому врачу на плановый прием или на зарезервированные в записи места для приема пациентов в день обращения);

3.3. в кабинете заведующего отделением, поликлиникой женской консультацией (при обращении)

4. Посредством удаленного доступа:

4.1. через Web-регистратуру (это электронная запись на прием к врачу)

Запись производится пациентом самостоятельно, без участия медицинских работников, через Internet).

1. Пациент самостоятельно заходит на медицинский информационный портал;
2. Идентификация пациента по номеру страхового полиса ОМС;
3. Выбор учреждения здравоохранения;
4. Выбор специалиста;
5. Выбор даты;
6. Запись на прием.

Пациент в удобное для себя время через web-сайт записывается на прием к врачу. При наличии принтера распечатывает талон.

Факт записи пациента на прием отображается на рабочих местах регистраторов и других сотрудников медицинского учреждения. Регистратор, до прихода пациента, распечатывает талон ЗСПО, находит и передает врачу амбулаторную карту.

В назначенное время пациент приходит в кабинет врача, минуя регистратуру.

Имеется возможность обеспечить запись к терапевтам и возможно части узких специалистов.

Протокол обмена данными в системе организован таким образом, что медицинское учреждение не передает в открытую сеть персонифицированных или иных охраняемых законом данных. Пациент самостоятельно вводит свои идентификационные данные. Со стороны же информационной системы медицинского учреждения передаются только результаты обработки пользовательских запросов, и сведения о режиме работы учреждения.

4.2 При обращении пациента через систему «платежка»

4.3. При обращении пациента через сенсорные терминалы, установленные в холле учреждения здравоохранения: пациент самостоятельно осуществляет

запись через терминал непосредственно лечебном учреждении либо через сеть терминалов «платежка».

Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения приказом утверждает Порядок записи посредством имеющихся способов. К врачам узким специалистам организовать запись по направлению терапевтов. Возможно, определить перечень специалистов, согласно которому осуществлять запись к узкому специалисту без первичного осмотра терапевтом.

Например:

1. Запись регистратором при личном обращении пациента:

- *К врачам терапевтам*
- *К врачу акушеру-гинекологу женской консультации*
- *Врачам узким специалистам независимо от направления врача терапевта*
 - *отоларинголог*
 - *офтальмолог*
 - *хирург*
 - *уролог*
 - *дерматолог*
 - *инфекционист*
- *Врачам узким специалистам при наличии направления от врача (кроме случаев обращения пациентов после выписки из стационара, с листком нетрудоспособности и других, указанных ниже):*
 - *невролог*
 - *кардиолог*
 - *эндокринолог*
 - *гастроэнтеролог*

Показания для записи регистратором при личном обращении пациента на плановый осмотр без направления от терапевта к врачу:

КАРДИОЛОГУ

- *после стационарного лечения из кардиологического отделения стационара;*
- *по направлению от кардиолога на повторный или диспансерный осмотр;*
- *с листком нетрудоспособности у кардиолога.*

НЕВРОЛОГУ

- *с подозрением на ЧМТ или выпиской из стационара по поводу ЧМТ;*
- *пациенты, страдающие рассеянным склерозом;*
- *по направлению от невролога на повторный или диспансерный осмотр;*
- *с листком нетрудоспособности у невролога;*
- *по направлению фельдшера кабинета доврачебного приема.*

ЭНДОКРИНОЛОГУ

- *после стационарного лечения из эндокринного отделения стационара;*

- по направлению от эндокринолога на повторный или диспансерный осмотр;

- с листком нетрудоспособности у эндокринолога.

- по направлению фельдшера кабинета доврачебного приема.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГУ

- после стационарного лечения из гастроэнтерологического отделения;

- по направлению от гастроэнтеролога на повторный или диспансерный осмотр;

- с листком нетрудоспособности от гастроэнтеролога;

- по направлению фельдшера кабинета доврачебного приема.

2. Запись регистратором при обращении пациента по телефону:

- К врачам терапевтам

- К врачу акушеру-гинекологу женской консультации

- Врачам узким специалистам независимо от направления врача терапевта

- отоларинголог

- офтальмолог

- хирург

- уролог

- дерматолог

- инфекционист

3. Запись пациентом посредством интернета:

- К врачам терапевтам или части узких специалистов

- К врачу акушеру-гинекологу женской консультации

Виды записи, позволяющие пациентам не обращаться в регистратуру:

1. запись на повторный прием к терапевту или на консультацию другого специалиста непосредственно в кабинете у врача (например: терапевт к узкому специалисту или наоборот, узкий специалист к терапевту, на специализированный прием в женской консультации);

2. запись к врачам фельдшером в кабинете доврачебного приема;

3. самостоятельная запись пациентом через интернет.

Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения осуществляет контроль за сроками ожидания получения медицинской услуги, с оперативным принятием управленческих решений. Контроль за работой регистратуры должен осуществляться организаторами здравоохранения на всех уровнях: старшие медицинские сестры, заведующие структурными подразделениями, ответственный заместитель главного врача, главный врач.

Заведующие структурными подразделениями (поликлиниками женскими консультациями):

1. ежедневно вести мониторинг сроков ожидания медицинской услуги (на прием к врачу, диагностические исследования).

2. на планерных совещаниях (не реже 1 раза в неделю) докладывать о сроках ожидания медицинской услуги (наличии очередей).

3. оперативное принятие управленческих решений, направленных на повышение доступности амбулаторно-поликлинической помощи (например: организация выписки сахароснижающих препаратов больным компенсированным сахарным диабетом терапевтами, контроля за обоснованностью назначения диагностических мероприятий, проведение анализа обоснованности направленных на консультацию к узким специалистам больных по результатам осмотров с последующим разбором случаев необоснованного направления и т. д);

установлен порядок записи к врачам неврологам по направлению терапевта, кроме оговоренных случаев. В случае отсутствия записи (свободно время записи в течение приема на ближайшие дни к неврологу. Принимается решение о записи пациентов в регистратуре сразу к неврологу, без осмотра терапевта).

4. в женской консультации направлять пациентов к дежурному администратору врачу акушеру-гинекологу, осуществляющему прием по обращаемости.

Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения организует дополнительные мероприятия, направленные на эффективную работу регистратуры:

- отработки схем общения с пациентами при обращении по телефону и при непосредственном контакте
- систематичный инструктаж регистраторов;
- тренинги по эффективной коммуникации и деловому общению;
- семинары-занятия по совершенствованию культуры общения
- совещания по разбору каждого случая неправильных действий или жалобы больных;
- осуществлять выборочный контроль поведения регистраторов при общении с посетителями;
- периодически организовать сдачу зачетов.

Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения формирует алгоритмы работы регистратора с пациентом, проводит планерные совещания с регистраторами запретить отвечать «не могу решить ваш вопрос», организовать работу доврачебных кабинетов, в женских консультациях – работу дежурного администратора врача акушера-гинеколога, осуществляющего прием по обращаемости.

Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения определяет и формирует этапы решения возникающих вопросов со стороны пациентов: фельдшер доврачебного кабинета (дежурный администратор врач акушер-гинеколог), заведующие отделениями, заведующие структурными подразделениями, заместители главного врача, главный врач.

Большое значение в эффективной организации работы регистратуры имеют рациональное устройство рабочего места участкового регистратора. На рабочем месте каждого регистратора должны иметься необходимая оперативная информация для работы с пациентами.

Сокращение времени при работе регистратора с каждым пациентом зависит от рационального размещения в регистратуре амбулаторных карт. Более всего отвечает этим требованиям система расстановки амбулаторных карт в стеллажах по участкам, а внутри них — по улицам, домам и квартирам. Во многом облегчает работу медицинского регистратора система маркировки амбулаторных карт определенным цветом каждого терапевтического участка.

За каждым регистратором закрепляется определенное количество врачебных участков. Это позволяет регистратору лучше знать соответствующий раздел картотеки, что повышает не только эффективность его труда, но также и ответственность за свой участок работы (обязанность по поиску карт амбулаторных больных определена у отдельных регистраторов, не работающих у окон).

Медицинские регистраторы ежедневно (например во второй половине рабочего дня, в вечерние часы) должны формировать и распечатывать итоговые листы записи к каждому врачу на следующий рабочий день.

Медицинские карты пациентов, записанных на прием должны откладываться регистраторами заранее, распечатываться талоны амбулаторного больного. Перед началом приема подготовленные документы должна забрать медицинская сестра в кабинет врача, что позволит исключить повторное обращение пациентов в регистратуру.

При необходимости приема больного в момент обращения (при экстренных, неотложных состояниях, др) организовать доставку медицинских карт амбулаторных больных экстренных пациентов в кабинет врача или фельдшера доврачебного кабинета курьером (санитаркой регистратуры), что позволит регистратору не покидать свое рабочее место, снизит время ожидания других пациентов.

С целью организации доступной амбулаторно-поликлинической помощи обеспечить работу части диагностических подразделений (например, клинко-диагностической лаборатории, электрокардиографического обследования) без записи, что позволит снизить нагрузку на регистратуру.

Руководитель амбулаторно-поликлинического подразделения (учреждения) здравоохранения с целью уменьшения сроков ожидания медицинской услуги (снижения потоков больных к узким специалистам, ряду диагностических исследований) определяет из числа заместителей заведующих отделениями, заведующих структурными подразделениями ответственного организатора за контролем обоснованности направления на консультацию к узким специалистам и обследования.

6. ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ПРОВЕДЕНИЕ РАЗЪЯСНИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ (УЧРЕЖДЕНИЯ)

Для пациентов информация о получении амбулаторно-поликлинической помощи, которую предоставляет в первую очередь регистратор при обращении, дублируется в блоке справочной визуальной информации:

- на стенде (электронном табло), расположенном возле регистратуры в холле ЛПУ;
- в справочном терминале (электронное устройство индивидуального информирования пациента), расположенном в холле 1 -го этажа.

Блок визуальной информации содержит:

- поэтажный указатель кабинетов и структурных подразделений (на звания и номера);
- порядок обращения за медицинской помощью;
- порядок приема граждан в данном учреждении, права на льготы при получении медицинской помощи;
- правила вызова врача на дом, порядок предварительной записи на прием к врачам;
- расписание приема врачей и работы лечебно-диагностических подразделений (указывается фамилия, имя, отчество врача полностью, специальность, номер кабинета, часы и дни приема; оборудуются указатели маршрута движения к кабинетам и отделениям);
- порядок обращения к дежурному администратору - фамилия, имя, отчество, должность, номер кабинета и номер телефона;
- сведения об администрации учреждения — фамилия, имя, отчество, должность главного врача и его заместителей, номера кабинетов и номера телефонов;
- адреса, телефоны страховых медицинских организаций, работающих с данным учреждением в системе обязательного медицинского страхования;
- сведения о вышестоящей инстанции - фамилия, имя, отчество руководителей, номера телефонов, адреса расположения;

Указанная информация также должна быть размещена на сайте лечебного учреждения.

7. Заключение

Организация работы направленной на обеспечение доступной медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом подразделении (учреждении) начинается с эффективной работы регистратуры в части формирования потока пациентов.

В методических рекомендациях были рассмотрены некоторые эффективные управленческие решения, направленные на оптимальное использование кадрового медицинского потенциала для обеспечения потребности населения в первичной медико-санитарной помощи как в условиях информационного обеспечения (электронной регистратурой), так и без нее.

Руководителям амбулаторно-поликлинических подразделений (учреждений) здравоохранения при формировании потока пациентов следует пересмотреть и изменить функцию узких специалистов, ведущих амбулаторный прием (кардиолога, невролога).

Узкие специалисты не должны осуществлять диспансеризацию кардиологических и неврологических больных. Основная их задача – стать врачами консультантами, преимущественно для врача первичного звена. Основной их задачей должно стать консультирование врачей первичного звена на предмет тактики ведения кардиологического и неврологического больного.

Следующей важной функцией врачей кардиолога и невролога консультативно-диагностического кабинета будет являться отбор больных для проведения высокотехнологичной медицинской помощи.

Повышение качества и доступности медицинской помощи в настоящее время не может быть достигнуто без повышения значимости среднего медперсонала в оказании медицинской и медико-социальной помощи, направленного на профилактику и реабилитацию, комплексный уход за пациентами, высвобождение врача от исполнения несвойственных ему функций.

Следует помнить, что эффективность работы амбулаторно-поликлинического отделения (учреждения) обеспечивается регулярным контролем организаторов здравоохранения за сроками ожидания медицинской услуги и требует принятия управленческих решений в оперативном режиме.

Схема из предыдущей таблицы
