



Межорганизационное взаимодействие в управлении потоком создания ценности

Координация процессов между различными медицинскими организациями для повышения эффективности обслуживания пациентов.

Изучение успешных моделей межорганизационного взаимодействия для оптимизации потока создания ценности.
Сквозной поток создания ценности.



Зачем это нужно?

- До 30% всех потерь в системе здравоохранения возникают именно на стыке организаций. Это выражается в дублировании обследований, потере документов («бумажный футбол») и несогласованности действий, что напрямую влияет на стоимость и качество лечения.
- Среднее время ожидания плановой консультации узкого специалиста в крупных городах России достигает 18-30 дней. Это ожидание не добавляет ценности, а лишь усугубляет состояние пациента и снижает его доверие к системе.
- 78% жалоб пациентов связаны не с квалификацией врачей, а с неразберихой в маршрутах, отсутствием информации и плохой координацией.



Ключевые термины

- Сквозной поток создания ценности (СПЦ): Это не просто маршрут, а вся совокупность действий от момента возникновения потребности в помощи до полного выздоровления. Он пронизывает несколько организаций.
- Межорганизационный поток (МП): Часть СПЦ, которая физически или информационно пересекает границы юридических лиц (поликлиника → стационар → реабилитация).
- Координатор потока (Value Stream Manager): Новая роль; специалист, ответственный за эффективность всего потока, а не отдельного учреждения.
- Переход точки ответственности (Handover): Критический момент передачи пациента и информации о нём. Именно здесь возникают основные потери.



Нормативная рамка

- ГОСТ Р 57524-2017: Предоставляет детальную методологию картирования и управления сквозным потоком создания ценности, рассматривая его от поставщика до конечного потребителя.
- ГОСТ Р 56404-2021: Устанавливает требования к системе менеджмента бережливого производства, определяя, как организация должна управлять своими процессами в рамках более широкой экосистемы.
- Федеральный закон 442-ФЗ, статья 28: Регламентирует межведомственное взаимодействие в социальной сфере, создавая правовую основу для координации между госучреждениями.
- Региональные приказы: Закрепляют принципы межорганизационного взаимодействия на практике, например, в сфере паллиативной помощи и долговременного ухода.



Три уровня взаимодействия

- **Стратегический:** Уровень региональных Минздравов и страховых компаний. Здесь формируются общие правила игры: утверждаются региональные маршруты для пациентов (например, с онкологическим заболеванием), создаются кластерные сети, где каждая больница имеет свою специализацию.
- **Тактический:** Уровень главных врачей и их заместителей. Здесь разрабатываются сквозные клинические пути, заключаются соглашения об уровне сервиса между учреждениями, формируются межорганизационные рабочие группы.
- **Операционный:** Уровень заведующих отделениями и врачей. Это ежедневная работа: обмен медицинской информацией, координация расписаний, управление общими очередями на КТ или МРТ, решение текущих проблем пациента.



Пример проблемной карты «как есть»

- 8 точек передачи ответственности у пациента с инсультом: от вызова скорой до передачи социальным службам. Каждая точка – риск потери информации и времени.
- 5 раз дублируется ввод данных: пациент вынужден рассказывать свою историю болезни снова и снова, что ведет к ошибкам и демотивации.
- 42% задержек связаны с ожиданием свободного КТ: проблема не в нехватке аппаратов в регионе, а в отсутствии координации и информации о доступности оборудования в соседних учреждениях. Это критическая потеря времени для инсультного больного.



Принцип «пациент – не посылка»

Ценность для пациента создаётся только тогда, когда:

- помощь оказывается без лишних ожиданий: каждая минута в системе здравоохранения должна приближать к выздоровлению, а не тратиться на ожидание готовых, но недоступных результатов анализов.
- данные следуют за пациентом, а не наоборот: пациент не должен быть курьером для своих же документов и снимков. Информация должна опережать его перемещения между учреждениями.
- ответственность за результат распределена, но не размыта: несмотря на участие многих организаций, у пациента должен быть «владелец» его случая, который координирует весь процесс и не допускает «провалов» на границах.



Инструменты координации

- VSM для межорганизационных потоков: Расширенная версия картирования, которая включает не только внутренние процессы, но и точки взаимодействия между разными юридическими лицами.
- Электронный «паспорт маршрута»: QR-код на смартфоне пациента, содержащий ключевую информацию о его состоянии, диагнозе, плане лечения и результатах. Доступен для сканирования в любом учреждении.
- Общий виртуальный «склад» ресурсов: Kanban-панель, отображающая в реальном времени доступность коек, аппаратов КТ/МРТ, узких специалистов по всему региону.
- Аз-отчёт о проблеме: Стандартизованный формат для описания и решения проблем, понятный специалистам из разных организаций.



Модель №1: Сетевой консорциум

Задача: Устранить различия в качестве и доступности помощи в городе с несколькими поликлиниками и одной ЦРБ.

Решение: Объединение всех участников на базе единой облачной МИС. Введение общих KPI по времени от жалобы до постановки диагноза. Назначение врача-организатора из ЦРБ в качестве координатора потока, который видит общую картину загруженности и перераспределяет пациентов.

Результат: Снижение количества повторных обращений на 27% и увеличение выявляемости заболеваний почек на ранней стадии на 15% за счет единых стандартов и прозрачности данных.



Модель №2: Социально-медицинский альянс

Задача: Оказать комплексную поддержку семьям детей с сахарным диабетом, объединив усилия медиков, психологов и социальных служб.

Решение: Создание единого онлайн-портала «Мой семейный центр» в Москве. Портал стал цифровым мостом, который позволяет эндокринологу, психологу и соцработнику обмениваться информацией и координировать план помощи семье. Система работает по «вытягивающему» принципу: соцслужба сама реагирует на сигнал от врача.

Результат: Более 200 семей получили комплексную поддержку, 80% кейсов переданы в электронном виде. Уровень гликированного гемоглобина у детей снизился в среднем на 0,8% без увеличения числа визитов к врачу.



Модель №3: Категорийный лидер

Задача: Обеспечить быструю и стандартизированную помощь при инсульте в регионе, где не все больницы имеют необходимое оборудование.

Решение: Объединенный сосудистый центр стал «категорийным лидером», координирующим помощь для всех пациентов с инсультом. Создан единый call-центр «инсульт-0-112» для маршрутизации. В пяти районных ЦРБ внедрен стандартизованный пакет «инсульт-start» (оборудование, лекарства, протоколы).

Результат: Время «door-to-needle» (от поступления до начала тромболизиса) сократилось с 78 до 42 минут, что критически важно для спасения нейронов и восстановления пациента.



Выводы из моделей

- Ключ к успеху – прозрачная информация. Все успешные модели начинались с создания единого информационного поля, будь то общая МИС, портал или call-центр. Прозрачность устраняет догадки и позволяет принимать решения на основе данных.
- «Вытягивающая» система работает лучше «передающей». Вместо того чтобы «передавать» пациента в следующую организацию, принимающая сторона сама «вытягивает» его, когда готова оказать помощь. Это меняет парадигму с «избавиться от пациента» на «принять готового».
- Координатор потока должен иметь власть «разрывать» очереди. У него должны быть реальные полномочия для перераспределения ресурсов и изменения маршрутов, а не только право просить и уговаривать.



Цифровые шины данных

- ЕГИСЗ + региональная интеграционная платформа: Создают техническую основу для обмена данными. Но сама по себе технология не решает проблем без организационных изменений.
- Переход от пересылки неструктурированных PDF-файлов к автоматическому обмену структурированными данными (диагнозы, анализы, назначения) между разными МИС.
- Актуальный статус пациента: Внедрение системы «светофора» (зеленый, желтый, красный), видимой всем участникам потока. Это позволяет проактивно реагировать на ухудшение состояния пациента и эффективно распределять ресурсы.



Poka-Yoke для handover

- Штрих-код на перевязочном листе: Простой инструмент защиты от потери бумажных документов. Сканирование при каждом перемещении позволяет отслеживать местонахождение документа в реальном времени.
- «Чек-лист выписки» : Стандартизованный документ с 9 обязательными пунктами (диагноз, лечение, рекомендации, контакты). Нельзя выписать пациента, не заполнив все поля.
- Автоматические уведомления: При выписке пациента из стационара система автоматически отправляет уведомление участковому врачу (с полной выпиской) и SMS пациенту (с датой контрольного осмотра и планом действий).



KPI сквозного потока

Показатель	Цель	Источник данных
Lead-time «жалоба→терапевт»	≤ 24 ч	МИС, регистратура
% дублирующих анализов	$\leq 5\%$	ЛИС
Door-to-needle (инфаркт)	≤ 90 мин	Регистр ОНМК
Удовлетворённость пациента	$\geq 4,5/5$	Электронные опросники

Эти показатели должны быть взаимосвязаны. Нельзя сокращать время ожидания за счет снижения качества или увеличения числа дублирующих анализов. Удовлетворенность пациента является итоговым, интегральным показателем, который отражает реальное качество всего процесса с его точки зрения.



Барьеры

- 1) **Технический:** Разные МИС и форматы данных. Системы не могут «понять» друг друга, что делает обмен информацией сложным и затратным. Это как пытаться построить мост между берегами, где у каждого свой язык и свои чертежи.
- 2) **Организационный:** «Границы собственности» и страх потери финансирования. Организации боятся, что при эффективном сотрудничестве (например, снижении госпитализаций) они потеряют объемы и деньги.
- 3) **Управленческий:** Отсутствие единого «владельца» потока. У каждого учреждения есть свой руководитель, но нет никого, кто отвечал бы за весь путь пациента от начала до конца и мог бы решать межорганизационные конфликты.



Слайд 17. Как сломать барьер №1

- Использование технологий-«переводчиков», которые позволяют разным МИС обмениваться данными на едином языке цифрового стандарта.
- Региональный стандарт на кодирование: Введение единых для региона кодов и справочников для анализов, диагнозов и процедур, чтобы информация была однозначно интерпретируемой.
- «Песочница» для ИТ-поставщиков: Создание безопасной тестовой среды, где можно отлаживать интеграционные решения без риска для работающих медицинских систем и данных пациентов. Лучше «провалиться» в песочнице, чем на реальных людях.



Как сломать барьер №2

- Модель «подушевого» тарифа на готовый клинический путь: Переход от оплаты за каждый визит к оплате фиксированной суммы за конечный результат (например, за год ведения пациента с диабетом). Это мотивирует не оказывать лишние услуги, а достигать цели.
- Перераспределение экономии : Если совместная работа поликлиники и стационара привела к снижению госпитализаций, сэкономленные средства распределяются между участниками пропорционально их вкладу. Это делает сотрудничество выгодным для всех.
- Пример: Проект по диабету, где расходы на стационар снизились на 12%, и 50% экономии вернули поликлинике на программы профилактики.



Как сломать барьер №3

- Назначить Value Stream Manager на уровне регионального минздрава: Введение официальной должности специалиста, ответственного за эффективность всего потока по конкретному заболеванию (онкология, кардиология), а не за работу отдельных учреждений.
- Включить KPI потока в договоры главных врачей: Мотивация руководителей к сотрудничеству через привязку их бонусов к общим показателям эффективности всего маршрута пациента.
- Обучение «лидеров потока» в формате lean-академии: Целенаправленная подготовка специалистов, обладающих навыками системного мышления, координации и управления межорганизационными проектами.



План внедрения

- 1) Диагностика потока (4-6 нед.): Глубокий анализ текущего состояния. Картирование существующих маршрутов, выявление потерь, опрос пациентов и персонала. Нельзя лечить, не поставив диагноз.
- 2) Пилотный проект на одном клиническом пути (3-4 мес.): Выбор значимого, но относительно простого процесса для отработки решений. Цель – добиться «быстрых побед» и доказать эффективность подхода.
- 3) Масштабирование (6-12 мес.): Распространение успешных решений из пилота на другие процессы. Заключение формальных соглашений об обмене данными, создание общих стандартов.
- 4) Сертификация СПЦ по ГОСТ Р 57524 (опционально): Формальное подтверждение соответствия системы национальным стандартам, повышение доверия.



Роли организатора

- Аналитик потока (VSM): Эксперт, который проводит картирование межорганизационных потоков, выявляет потери и узкие места, разрабатывает предложения по улучшению на основе данных.
- Фасилитатор handover-сессий: Специалист, который организует и модерирует встречи между представителями разных организаций для стандартизации процессов передачи ответственности.
- Наставник PDSA-циклов на месте: Практик, который помогает командам на местах внедрять улучшения по циклу Plan-Do-Study-Act, отслеживать результаты и корректировать действия. Это не «бумажная работа», а реальный шанс влиять на систему изнутри.



Будущее: экосистемный СПЦ

- Телеметрия в реальном времени → превентивные handover-сигналы: Носимые устройства будут постоянно мониторить состояние пациентов и автоматически генерировать сигналы для врачей еще до появления симптомов.
- ИИ-триаж обращений в поликлинике: Искусственный интеллект будет анализировать жалобы и историю болезни, предлагая оптимальный маршрут и снижая нагрузку на регистратуру.
- Кластерная логистика анализов: Создание единых региональных лабораторных хабов – высокотехнологичных лабораторий, которые централизованно обрабатывают анализы со всех учреждений, повышая качество и скорость.



Краткие выводы

- Без межорганизационной синергии Lean превращается в «локальный порядок». Оптимизация внутри одной больницы не даст эффекта, если на границе с поликлиникой царит хаос. Это как наводить порядок в одной комнате, игнорируя всю квартиру.
- Сквозной поток – это ценность без границ. Для пациента не существует юридических лиц, для него есть только его путь к здоровью. Наша задача – построить систему, ориентированную на этот путь.
- Координатор + цифровая шина + модель стимулирования – три кита успеха. Успешное взаимодействие держится на человеке, который им управляет, технологии, которая его обеспечивает, и деньгах, которые его мотивируют.



Благодарю за внимание!

Определите первое, самое проблемное handover-место в вашей практической базе. Проанализируйте его: поговорите с персоналом и пациентами, соберите факты.

Назначьте встречу с представителями «соседней» организации для совместного анализа. Не пытайтесь изменить всё сразу.

Начните маленький пилотный проект по улучшению одного конкретного взаимодействия.

Большой, эффективный поток создания ценности всегда начинается с одного маленького, но смелого шага!