



Министерство здравоохранения Российской Федерации

**Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Центр организации первичной медико-санитарной помощи

Критерии «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

Методические рекомендации

г. МОСКВА, 2019 год

ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ – К ЕДИНОЙ МОДЕЛИ ПОЛИКЛИНИКИ

с акцентами на доступность и качество медицинской помощи,
экономия ресурсов через критерии «Новой модели медицинской организации»



Разработана первая редакция критериев «Новой модели медицинской организации».

В основе достижения – работа с поликлиникой как целостной системой с едиными подходами в организации оказания медицинской помощи

НЕОБХОДИМЫЕ УСЛОВИЯ

9 блоков,

отражают основные направления деятельности поликлиники

22 критерия:

объективность, измеримость, возможность улучшения достигнутых результатов

1	Потоки пациентов	2	Эффективность использования оборудования	3	Доступность медицинской помощи
4	Качество пространства	5	Стандартизация процессов	6	Качество медицинской помощи
7	Вовлеченность персонала в улучшение процессов	8	Формирование системы управления	9	Управление запасами

Критерий №1 Управление потоками пациентов

1.1 Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике

Целевое значение:

Не более 3 пересечений

Примечание:

Например, флюорографическое, маммографическое исследование, прием врача-терапевта

Источники информации:

Картирование процесса (диспансеризации, профилактического медицинского осмотра) – выявление пересечений потоков пациентов у кабинетов, входящих в состав исследуемого процесса, одновременно (в одних и тех же условиях) с потоками пациентов иных процессов (пересечение потоков диспансеризации и профилактических медицинских осмотров не учитываются)

Ответственный: заведующий отделением медицинской профилактики



Критерий №1 Управление потоками пациентов

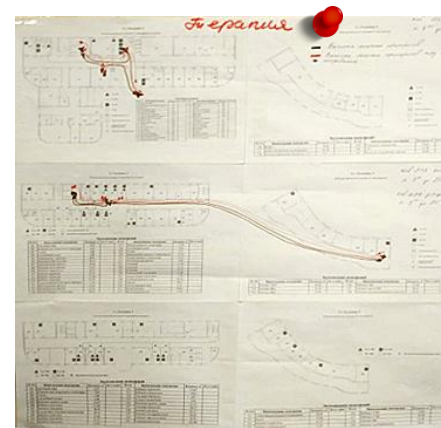
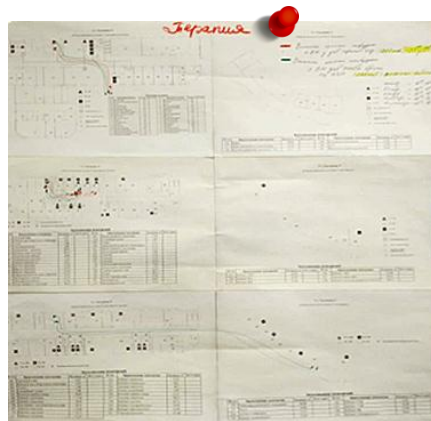
Провести мероприятия:

- Составить схемы движения пациентов
- Проанализировать маршруты пациентов
- Определить количество пересечений в потоке

Текущее состояние:

- При прохождении профилактического осмотра выявлено 3 пересечения.
- При прохождении диспансеризации выявлено от 3 до 4 пересечений.

- а) регистратура;
- б) кабинет флюорографии;
- в) кабинет маммографии;
- г) кабинет забора крови;
- д) смотровой кабинет;
- е) кабинет ЭКГ исследования;
- ж) кабинет врача-терапевта.



Критерий №1 Управление потоками пациентов

Решение:

- создано отделение профилактики с отдельным входом;
- проведена информатизация отделения профилактики;
- созданы комфортные условия пребывания пациентов в отделении профилактики, навигация и визуализация

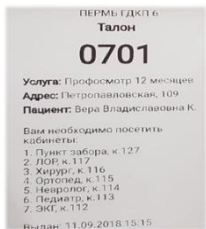
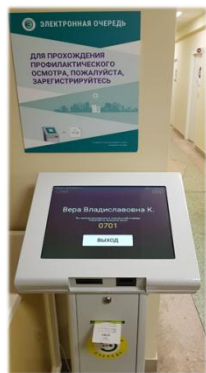
Неизбежно:

- пересечение потока пациентов в кабинете флюорографии



Критерий №1 Управление потоками пациентов

Проведение профосмотра детей 1 года, 3 лет



Критерий №1 Управление потоками пациентов

1.2. Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на соответствующий календарный год и плановый период

Целевое значение:

Не более 1 пересечения

Источники информации:

Картирование процессов, являющихся составной частью процесса оказания платных медицинских услуг – выявление пересечений потоков пациентов у кабинетов (в т.ч., в регистратуре (фронт-офисе)), входящих в состав процесса предоставления платных медицинских услуг, одновременно (в одних и тех же условиях) с потоком пациентов, получающих данную услугу в рамках территориальной программы государственных гарантий

Ответственный: заместитель руководителя по медицинской части, заведующий поликлиникой (отделением, филиалом поликлиники), заведующий отделением, филиалом поликлиники), заведующий отделением платных медицинских услуг (при наличии)



Критерий №1 Управление потоками пациентов

1.3. Последовательность действий пациента в потоке процесса оказания ему медицинской помощи

Целевое значение:

Не более 1 действия, порождающего возврат по потоку

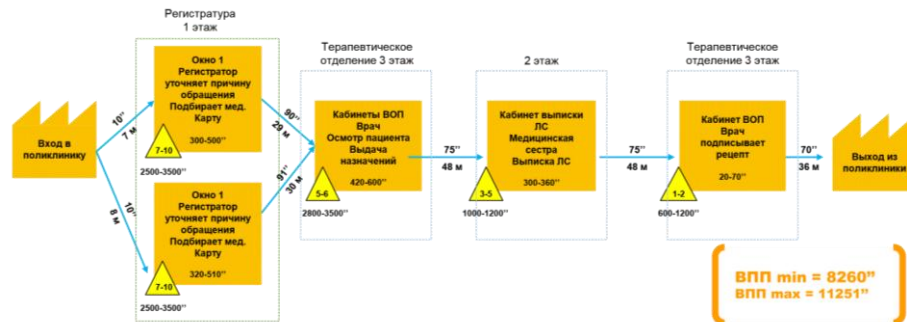
Примечание:

Например: выписка рецептов при льготном лекарственном обеспечении, листов нетрудоспособности, справок и пр.

Источники информации:

Картирование процесса выписки рецептов при льготном лекарственном обеспечении, выдачи листов нетрудоспособности, справок и пр.; схема расположения кабинетов, поэтажный план

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)



Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (целевое состояние)



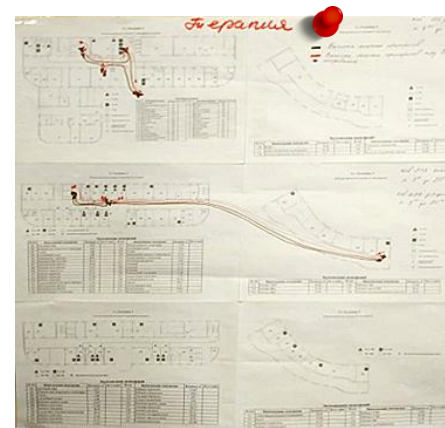
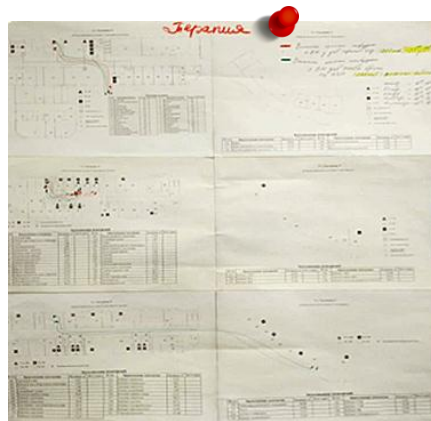
Критерий №1 Управление потоками пациентов

Провести мероприятия:

- Составить схемы движения пациентов (ЭВН, ДЛО, выписка справок)
- Проанализировать маршруты пациентов
- Определить количество возвратов по потоку

Текущее состояние:

- При оформлении листка нетрудоспособности зафиксировано 3 возврата по потоку
- При оформлении льготного лекарственного препарата 3 возврата по потоку



Критерий №1 Управление потоками пациентов

Решение:

Реализация проекта
«Проведение врачебной комиссии при продлении листа нетрудоспособности с необходимостью выписки нового бланка ЛН»



Критерий № 2 Качество пространства

2.1. Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов

Целевое значение:

Не менее 1 места в зоне (1 посадочное место для размещения 1 посетителя), на 200 посещений плановой мощности

Примечание:

Описание зоны комфортного ожидания для пациентов (приложение 1)

Источники информации:

Расчет количества мест в зоне комфортного ожидания для пациентов в соответствии с плановой мощностью; визуальный осмотр зон (зоны) комфортного ожидания для пациентов



ЗОНА КОМФОРТНОГО ОЖИДАНИЯ

Вид зоны комфортного ожидания

Зона комфортного ожидания

Детская игровая зона

Описание зоны комфортного ожидания

Формат «минимум»

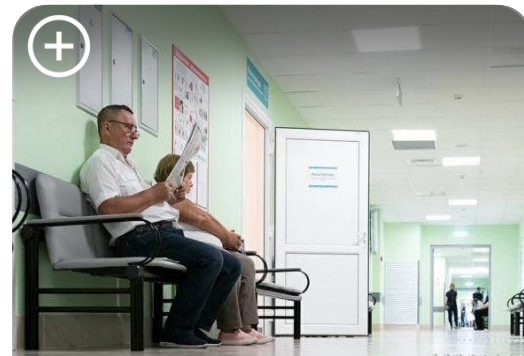
место для сидения (1 посадочное место для размещения 1 посетителя) (стул или кушетка)), кулер с водой и одноразовыми стаканами, не менее 1 места на 200 посещений плановой мощности

- детский стол, стул, карандаши, бумага,
- не менее 1 игровой зоны

Формат «максимум»

мягкое место для сидения (диван или кресло), кулер с горячей и холодной водой, одноразовыми стаканами, вендинговые аппараты, кондиционер (сплит-система), телевизор (монитор) для демонстрации видеоматериалов профилактической направленности и др.

детский стол, стул, игрушки из материалов, предусматривающих обработку моющими средствами, книжки-раскраски, цветные карандаши, предусматривается наличие телевизора (монитора) для трансляции мультфильмов





ЗОНА КОМФОРТНОГО ОЖИДАНИЯ

Целевое значение:

не менее 1 места (1 посадочное место для размещения 1 посетителя), на 200 посещений плановой мощности

Исходное состояние:

количество посещений в смену - 1250, комфортные места ожидания отсутствовали. Должно быть **6 мест в зоне** комфортного ожидания

План мероприятий:

оборудованы 2 зоны комфортного ожидания пациентов в местах ожидания приема врачей - установлены мягкие диваны и автоматы со снековой продукцией и напитками.



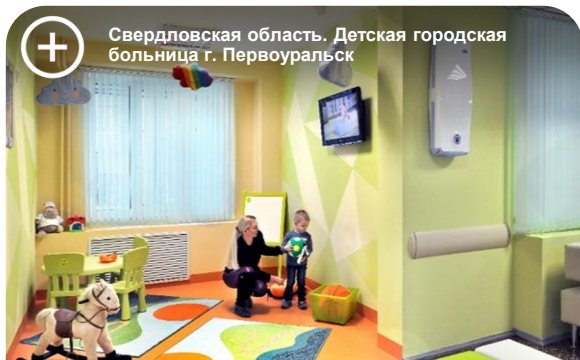
Решение:

- Поликлиника рассчитана на 360 посещений в смену
- Имеется 3 зоны комфортного ожидания пациентов
- в холле регистратуры, в отделении профилактики, в местах ожидания приема врачей





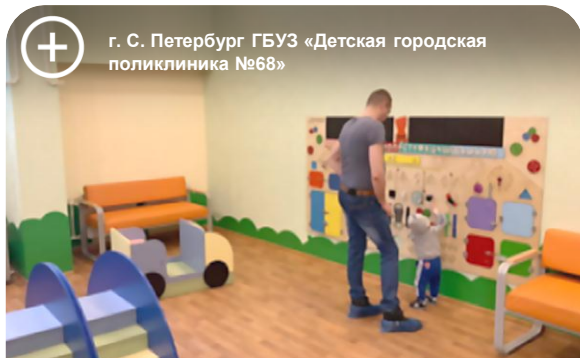
ЗОНА КОМФОРТНОГО ОЖИДАНИЯ



Свердловская область. Детская городская больница г. Первоуральск



Пензенская область. ГБУЗ «Городская детская поликлиника» поликлиника № 2



г. С. Петербург ГБУЗ «Детская городская поликлиника №68»



ГБУЗ Калининградской области «Ладушкинская ГБ»

Критерий № 2 Качество пространства

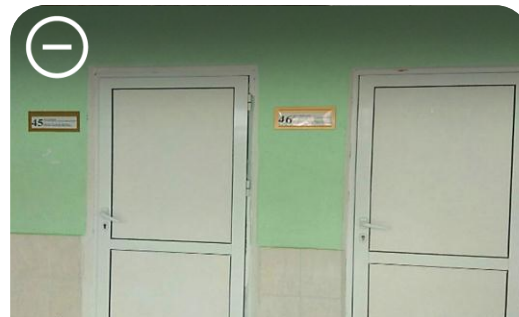
2.2 Организация системы навигации в медицинской организации

Целевое значение:

Поиск необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.), в том числе в точке ветвления маршрута, занимает не более 30 секунд

Источники информации:

Визуальный осмотр, движение по потоку процесса оказания медицинской помощи (силами сотрудника Центра организации первичной медико-санитарной помощи, сотрудника иной медицинской организации, пациента, представителя общественного совета и пр.)



СИСТЕМА НАВИГАЦИИ

Для формирования будущей навигационной системы необходимо определить **ТОЧКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ**, а также информацию, которая будет в них размещена



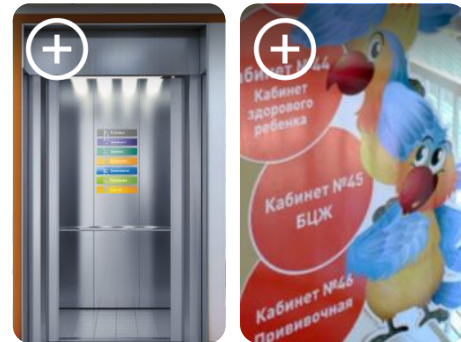
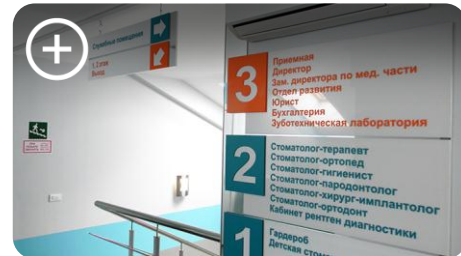
Лестницы



Пересечение коридоров



Лифт



Точки принятия решений – пункты, в которых посетитель принимает решение о дальнейшем маршруте (делает выбор) – вход, регистратура, пересечение коридоров, лифт, лестницы



СИСТЕМА НАВИГАЦИИ

Проведенные мероприятия:

Перед айтрекинг-исследованием ставились задачи:

- определение зон, привлекающих внимание посетителей учреждения;
- определение навигационных элементов, остающихся без внимания и выявление причин;
- определение зон, которые являются наиболее сложными для восприятия.





СИСТЕМА НАВИГАЦИИ

Исходное состояние:

- на поиск необходимой информации затрачивается много времени;
- навигация представлена стендами с расписанием, табличками на кабинетах, покабинетные указатели на этажах перед лифтом;
- навигация в поликлинике малоинформативна

Мероприятия:

- размещена временная навигация;
- проводится дальнейшая работа по размещению навигации, с учетом проведенного исследования;
- разрабатывается единый стиль навигации на Новосибирскую область, с учетом легкости замены при изменяющихся условиях



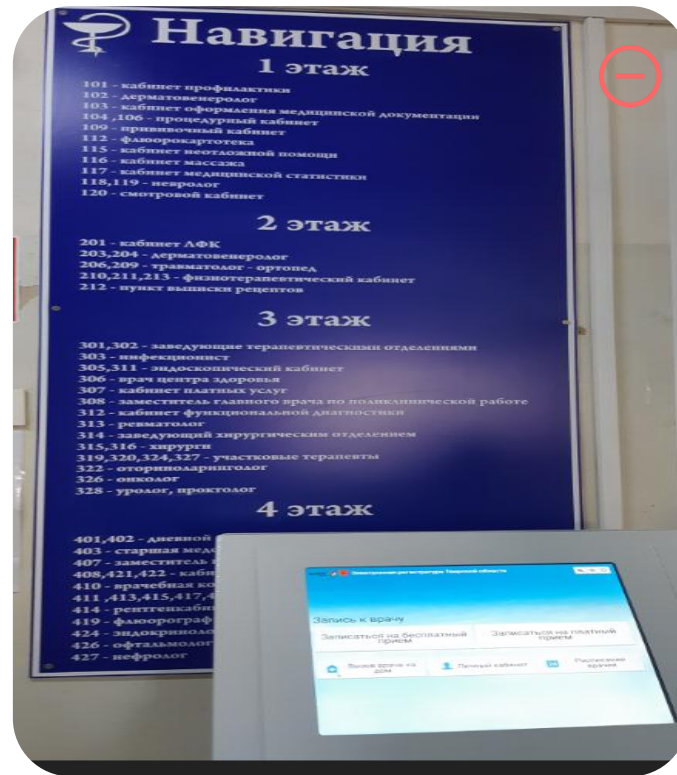
Решение:

- Размещение блок-схем в точках принятия решения

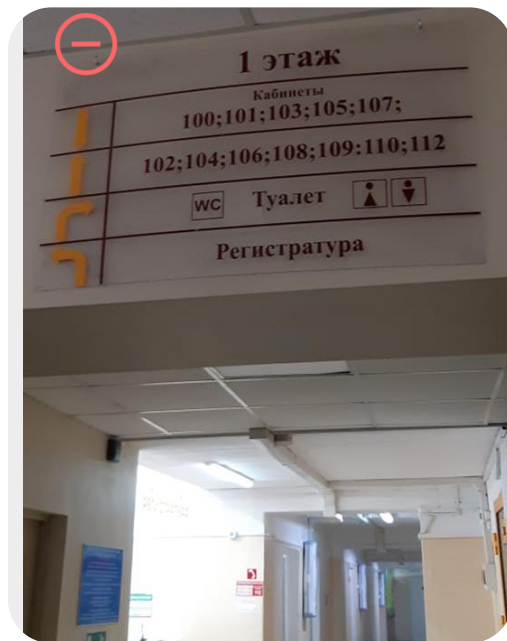




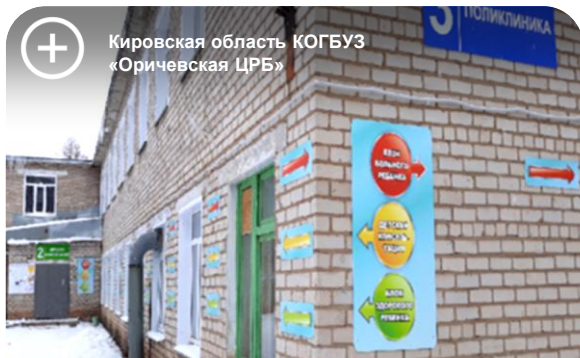
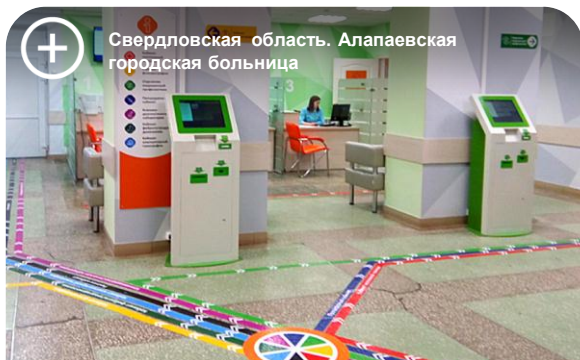
СИСТЕМА НАВИГАЦИИ



СИСТЕМА НАВИГАЦИИ



СИСТЕМА НАВИГАЦИИ





ДОСТУПНАЯ СРЕДА



Инфомат для лиц с ограниченными возможностями



Индукционная система



Наличие в МО кресел-каталок



Санузел оборудован поручнями, держателями





ДОСТУПНАЯ СРЕДА



Тактильные направляющие и кнопка вызова персонала



Тактильные наклейки



Тактильные наклейки для поручней



Санузел оборудован поручнями, держателями





ДОСТУПНАЯ СРЕДА



Критерий № 2 Качество пространства

2.3 Организация рабочих мест по системе 5С

Целевое значение:

Реализованы 3 и более шага в организации и поддержании порядка на рабочих местах по системе 5С для всех рабочих мест (таблица 1 приложение 2)

Примечание:

Оценивается не менее 10 рабочих мест методом случайного выбора в соответствии с проверочным листом (таблица 2 приложение 2)

Источники информации:

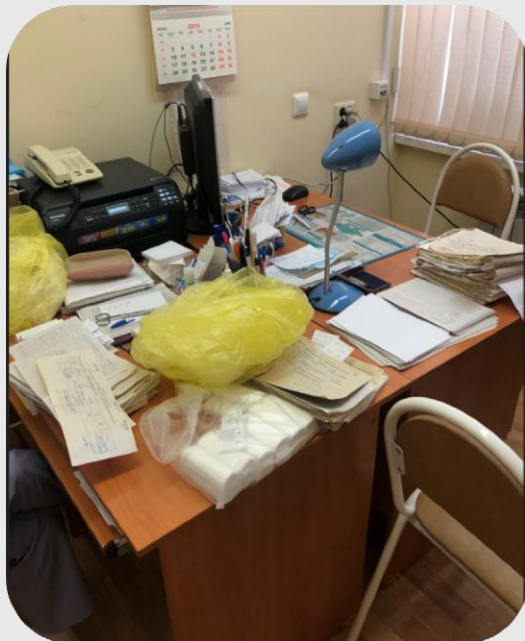
Стандарт рабочего места, кабинета; проверочный лист (таблица 2 приложение 2)

Ответственный: заведующий поликлиникой





ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧИХ МЕСТ



Пять шагов организации и поддержания порядка на рабочих местах

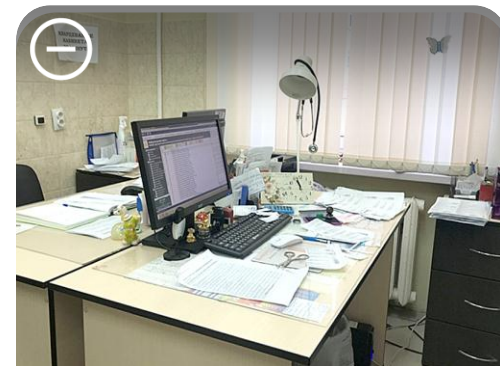
Шаг 1. Сортировка | Осуществляется разделение предметов на необходимые (нужные) и ненужные и удаление ненужных предметов

Шаг 2. Самоорганизация (соблюдение порядка) | Осуществляется размещение нужных предметов на рабочем месте (рабочем пространстве) таким образом, чтобы максимально снизить потери при их использовании и поиске персоналом организации. При хранении предметов на рабочем месте в обязательном порядке используются различные методы визуализации (оконтуривание, маркировка, разметка, цветовое кодирование и другие)

Шаг 3. Систематическая уборка (содержание в чистоте) | Осуществляется постоянное поддержание рабочих мест, предметов в чистоте и постоянной готовности к использованию

Шаг 4. Стандартизация | Устанавливаются стандарты по выполнению первых трех шагов (стандарты рабочего места, содержания рабочих мест и иные регламентирующие документы)

Шаг 5. Совершенствование | Осуществляется процесс непрерывного поддержания и развития результатов, достигнутых с помощью первых четырех шагов



Проверочный лист оценки соответствия рабочего места системе 5С для медицинской организации

Шаг 1. Сортировка		Кабинет №	
№ п/п	Критерий	Оценка (0-нет, 1-да)	Комментарий
1	Рабочее пространство (кабинет) в целом:		
1.1	• нет неиспользуемой мебели;		
1.2	• вынесена неисправная мебель;		
1.3	• вся офисная техника (принтер, сканер и т.п.) исправна;		
1.4	• вся офисная техника (принтер, сканер и т.п.) используется;		
1.5	• нет лишних проводов;		
1.6	• отсутствуют лишние личные вещи (несезонные вещи, избыточное количество посуды);		
1.7	• на стенах кабинета нет избыточного размещения (картин, фото, сертификатов, свидетельств, благодарственных писем и т.п.);		
1.8	• поврежденные предметы отсутствуют.		
2.	Рабочий стол:		
2.1	• предметы на рабочем столе исправны;		
2.2	• предметы на рабочем столе используются;		
2.3	• техника на рабочем столе исправна;		
2.4	• техника на рабочем столе используется;		
2.5	• все канцелярские принадлежности исправны;		
2.6	• все канцелярские принадлежности используются.		
3	Шкафы, тумбы:		
3.1	• справочники, которые хранятся в кабинете, актуальны;		
№ п/п	Критерий	Оценка (0-нет, 1-да)	Комментарий
3.2	материалы для работы в кабинете (маски, перчатки, термометры, шпатели и пр.) не повреждены		
4	Зона временного хранения:		
4.1	• зона временного хранения создана		
4.2	• в зону временного хранения помещены предметы, в необходимости которых есть сомнения: на них наклеен «красный» ярлык с датой и причиной помещения в зону		
5	В кабинете нет мест, которые не прошли сортировку		
Итого:		0%	При оценке 83% (15 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу

Шаг 2. Соблюдение порядка		Кабинет №	
№ п/п	Критерий	Оценка (0-нет, 1-да)	Комментарий
1	Рабочие места персонала размещены удобно и комфортно. Расположение рабочих мест исключает/ минимизирует потери		
2	Определены места для офисного оборудования		
3	Полки и ящики не хранят пустоту		
4	Отсутствуют ненужные предметы, информация и документация		
5	Определены места хранения предметов, инструментов		
6	Все материалы могут быть найдены за 30 сек.		
7	Определены места хранения документации		
8	Определены места хранения личных вещей		
Итого:		0%	При оценке 83% (7 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу

¹ Электронная версия в формате Excel доступна для скачивания на портале crtm.sp.rosminzdrav.ru в разделе «Скачать»

Переход к реализации следующего шага возможен только при оценке выполнения текущего шага на 83% и более

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧИХ МЕСТ ПО СИСТЕМЕ 5S

Шаг 3. Содержание в чистоте		Кабинет №	
№ п/п	Критерий	Оценка (0-нет, 1-да)	Комментарий
1	• Помещение содержится в чистоте:		
1.1	• стены		
1.2	• окна		
1.3	• подоконник		
1.4	• раковина		
1.5	• пол		
1.6	• дверь и дверные ручки		
2	• Мебель содержится в чистоте:		
2.1	• шкафы		
2.2	• столы		
2.3	• тумбы		
2.4	• кушетка		
3	Оргтехника содержится в чистоте:		
3.1	• на мониторе нет пыли и загрязнений		
№ п/п	Критерий	Оценка (0-нет, 1-да)	Комментарий
3.2	• на клавиатуре нет пыли и загрязнений		
3.3	• на процессоре нет пыли и загрязнений		
4	• Источники загрязнений локализованы:		
4.1	• свободный доступ к углам		
4.2	• источникам отопления		
Итого:		0%	При оценке 83% (13 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу

Шаг 4. Стандартизация		Кабинет №	
№ п/п	Критерий	Оценка (0-нет, 1-да)	Комментарий
1	Места хранения предметов, документов визуализированы (таблички, надписи и пр.)		
2	Указатели мест хранения предметов соответствуют их месторасположению:		
2.1	• содержимое тумбочек, шкафов стандартизовано (одинаково у сотрудников с одинаковыми обязанностями)		
2.2	• стандартизованы и подписаны тумбочки, шкафы сотрудников		
2.3	• промаркированы провода		
2.4	• утвержден перечень документов, находящихся в кабинете		
2.5	• использована маркировка цветом		
3	Упорядочены бланки:		
3.1	• в кабинете хранится не более недельного запаса бланков		
3.2	• разработан механизм регулярного пополнения запасов бланков		
3.3	• визуализированы потребности пополнения запасов бланков		
4	Отмечена линия минимально необходимого на прием количества бумаги в принтере		
5	Отмечены места расположения:		
5.1	• инструментов (термометры, шпатели и т.п.) для приема		
5.2	• амбулаторных карт пациентов, подготовленных на прием		
6	Разработан стандарт рабочего места		
7	Разработан чек-лист действий по подготовке к приему и по окончанию приема		
8	Все материалы в рабочей зоне легко найти (за 30сек.) и вернуть на свое место		
9	Ненужные вещи регулярно удаляются		
10	Разработан и соблюдается график уборки		
11	Все стандарты видимы и наглядны		
Итого:		0%	При оценке 83% (15 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу



ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧИХ МЕСТ ПО СИСТЕМЕ 5S

Шаг 5. Совершенствование			Кабинет №
Шаги 5С	№ п/п	Критерий	Оценка
1С	1	Рабочее пространство организовано удобно. Обеспечена возможность бесперебойной работы	0%
	2	Оргтехника, предметы, канцелярские принадлежности на рабочем столе исправны, используются	
	3	Шкафы и тумбы содержат только необходимые для рабочего процесса материалы, предметы	
	4	Организована зона временного хранения	
	5	В кабинете нет мест, которые не прошли сортировку.	
2С	1	Рабочие зоны четко распределены	0%
	2	Полки и ящики не хранят пустоту	
	3	Все предметы на своих местах	
	4	Предмет в конце рабочего дня возвращается на свое место	
3С	1	Помещение, мебель, оргтехника содержатся в чистоте	0%
	2	Источники загрязнений локализованы, свободный доступ к ним	
	3	Инвентарь для дезинфекции легкодоступен, место хранения его определено и визуализировано	
	4	Оценка эффективности уборки проводится регулярно (не реже 1 раза в неделю)	
4С	1	Места хранения предметов, документов визуализированы (таблички, надписи)	0%
	2	В кабинете хранится недельный запас бланков, разработан механизм регулярного пополнения запасов бланков, визуализированы потребности пополнения запасов бланков	
	3	Используется стандарт/чек-лист рабочего места	
	4	Ненужные вещи регулярно удаляются	
5С	1	Стандарты постоянно совершенствуются	
	2	Контрольные процедуры проводятся регулярно	
	3	Предлагаются и реализуются идеи по улучшению системы 5С	
	4	Проводится обмен опытом и тиражирование метода 5С	

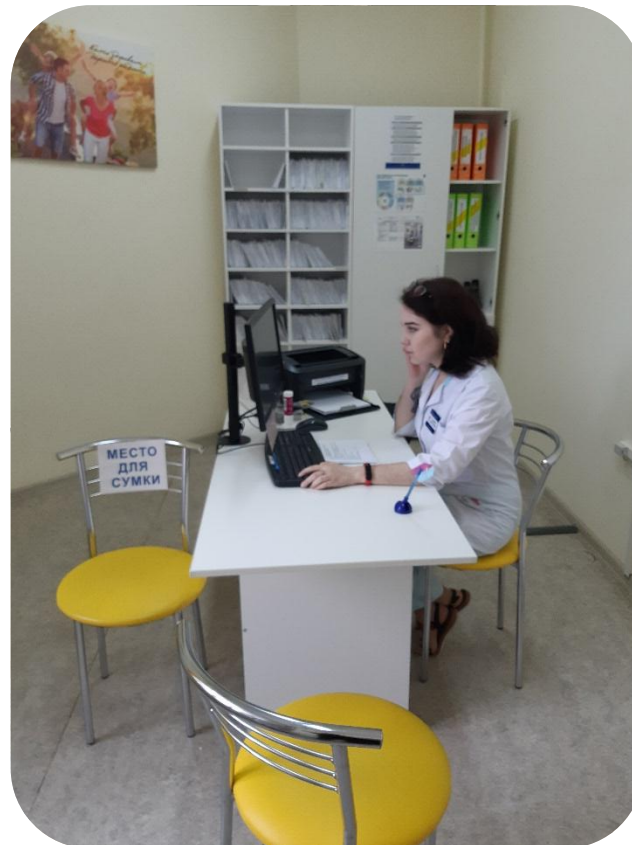
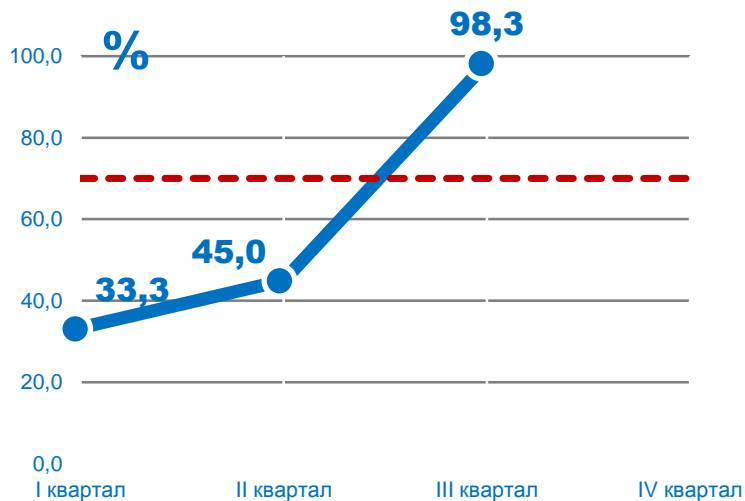


ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧИХ МЕСТ ПО СИСТЕМЕ 5S

Исходное состояние:

- В поликлинике 58 рабочих кабинетов.
Внедрена система 5С в 57 кабинетах (98,3%).

Доля рабочих мест, обустроенных по системе 5С



Анализ исходного состояния (участники – РЦ ПМСП, сотрудники МО):

- проведен срез исходного состояния внедрения системы 5С в подразделениях
- внедрена еженедельная перекрестная проверка рабочих кабинетов в соответствии с проверочным листом оценки соответствия рабочего места по системе 5с.

Исходное состояние внедрения системы 5 с на примере отделения профилактики

Подразделение	Номер кабинета	Балл (по состоянию на 26.09.2018 г.)
Отделение профилактики	115	52
	116	45
	117	50
	118	48
	119	50

Итоги анализа: В зависимости от степени внедрения имеется бальный разброс от 30 до 52.

Действия:

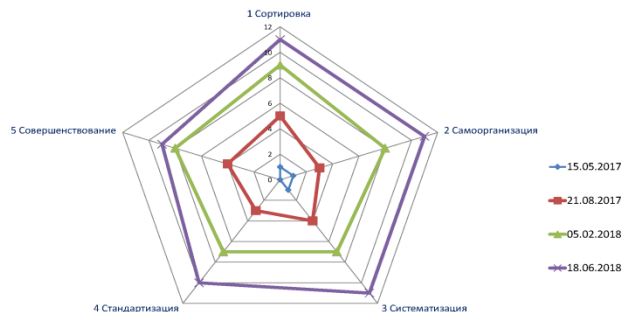
Разработан план мероприятий по улучшению и внедрению системы 5С в подразделениях поликлиники, в том числе включающий:

- график внедрения системы 5С
- мероприятия по контролю внедрения системы 5С
- обучение сотрудников системе 5С

Контроль за внедрением

Визуализация еженедельной перекрестной проверки рабочих кабинетов

Динамика 5С кабинета №213 терапевтического отделения



ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧИХ МЕСТ ПО СИСТЕМЕ 5S

БУЗ УР "Городская поликлиника №2 МЗ УР"		Стандарт рабочего места		№ 4 Утверждено Городской комиссией № 10/2019 2019г.	
Информация	Кабинет	Рабочее место медсестры	Дата	Лист	Всего
Спецификация рабочего места					
№	Наименование	Назначение	Кол-во		
1	Рабочий стол медсестры	Рабочий стол медсестры	1 шт.		
2	Мини-холодильник	Работа с фармацевтическими препаратами: Укол, Сабал, Дипентил в т.д.	1 шт.		
3	Стул для медсестры	Бюро стул	1 шт.		
4	Кресло	Бюро кресло	1 шт.		
5	Стол для хранения вещей медсестры	Бюро стол	1 шт.		
6	Стол для хранения вещей медсестры	Бюро стол	1 шт.		
7	Набор: скрепки, степлер, канцелярские принадлежности, ручки, ручки для записки, ручки для записки, ручки для записки, ручки для записки	Канцелярские принадлежности	1 шт.		
8	Диспенсер для мыла	Бюро диспенсер	1 шт.		
9	Увлажнитель	Бюро увлажнитель	1 шт.		
10	Раковина для мытья рук	Бюро раковина	1 шт.		
11	Информационный стенд	Бюро информационный стенд	1 шт.		



Критерий № 2 Качество пространства

2.4 Организация системы информирования в медицинской организации

Целевое значение:

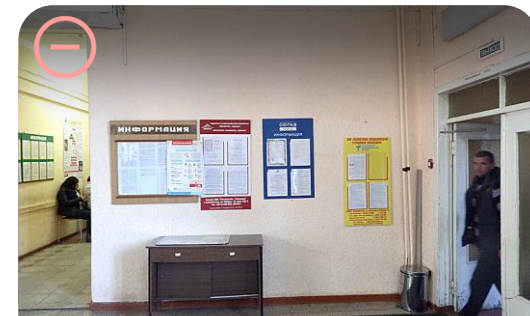
Наличие 100% элементов информации от их общего объема, указанного в Контрольном листе оценки системы информирования в медицинской организации (приложение 3)

Примечание:

Каждый составной элемент системы информирования посетителей медицинской организации расположен в месте приложения информации, обновляется по мере ее изменения, доступен для чтения, в том числе с использованием государственных языков республик, находящихся в составе Российской Федерации, других языков народов Российской Федерации, идентичных по содержанию и техническому оформлению государственному языку

Источники информации:

Перечень элементов системы информирования, способ их размещения, их количество и качество (содержательность, достаточность, доступность, актуальность, своевременность, точность, достоверность), место размещения; способ информирования населения (буклеты, информационные бюллетени, брошюры, др.), по содержанию и наполнению согласование с ключевыми участниками (Росздравнадзор, МЧС, пожарная служба, ТФОМС, др.); оценивается в соответствии с Контрольным листом оценки системы информирования в медицинской организации



ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕМЕНТОВ СИСТЕМЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ И ТРЕБОВАНИЯ К НИМ

На пути следования пациента от входа в медицинскую организацию до необходимого кабинета должно быть **организовано информационное сопровождение**, включающее в себя ряд информационных носителей

Требования:



1. Стенды для информационных материалов должны быть **размещены в доступном месте**, с возможностью **свободного доступа** к сведениям, размещенных на данных стендах, для посетителей с целью ознакомления, не должны блокироваться дверными полотнами, предметами мебели и пр.



2. Информационные материалы выполняются **доступным для чтения с расстояния не менее 1 метр шрифтом**, без исправлений, наиболее важные места выделяются с применением полужирного начертания или подчеркиваются



3. Информационные материалы должны быть **структурированы в соответствии с тематическими блоками**, с использованием заголовков, линий, пробелов, с применением полужирного начертания



4. Размещение информационных материалов осуществляется с использованием различных носителей информации: официальный Интернет сайт медицинской организации, информационные стенды, баннеры, буклеты, брошюры и пр.



ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕМЕНТОВ СИСТЕМЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ И ТРЕБОВАНИЯ К НИМ

Анализ исходного состояния (участники – ФЦ ПМСП, РЦ ПМСП, сотрудники МО, ТФОМС, Росздравнадзор)

- проведен срез исходного состояния информационных носителей в поликлинике в соответствие с контрольным листом оценки системы
- проведена оценка мест размещения информации

Вывод:

- отсутствие системности размещения материалов информационного характера в холлах поликлиники
- необходимость в разработке стандарта размещения информации (в поликлинике, официальном сайте, на интернет-ресурсах)

Действия:

- Разработка стандарта размещения информации (в поликлинике, официальном сайте, на интернет-ресурсах)

Контроль за внедрением

	Элемент информации	Статус Да/нет
1	Полная информация о медицинской организации (структура, органы управления, место нахождения обособленных подразделений, контактные телефоны, электронная почта, график прием граждан руководителем)	да
2	Копия свидетельства государственной регистрации медицинской организации	да
3	Копия лицензии с приложениями	да
4	Информация о вышестоящих и контролирующих организациях	да
5	Справочная информация о противодействии коррупции	да
6	Информация о возможности ознакомления с нормативными правовыми актами в регистратуре	да
7	Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации	да
8	Информация о видах оказываемой медицинской помощи	да
9	Информация о порядке, об объемах и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с ПГГ и ТПГГ	да
10	Информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных ТПГГ	да
11	Информация о маршрутизации пациентов в условиях конкретной поликлиники (медицинской организации)	да
12	Информация о правилах записи на первичный прием, консультации, обследования	да
13	Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством РФ (Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах», Закон РФ от 15.01.1993 № 4301-1 «О статусе Героев Советского Союза, Героев РФ и полных кавалеров ордена Славы», Закон РФ от 15.05.1991 № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»; Закон РФ «О внесении и дополнений в Закон РСФСР «О реабилитации жертв политических репрессий»)	да
14	Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации	да
15	Информация о проведении вакцинации	да
16	Информационные плакаты о здоровом образе жизни	да
17	Информация о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов)	да
18	Информация о правилах предоставления платных медицинских услуг (образец договора)	да

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕМЕНТОВ СИСТЕМЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ И ТРЕБОВАНИЯ К НИМ

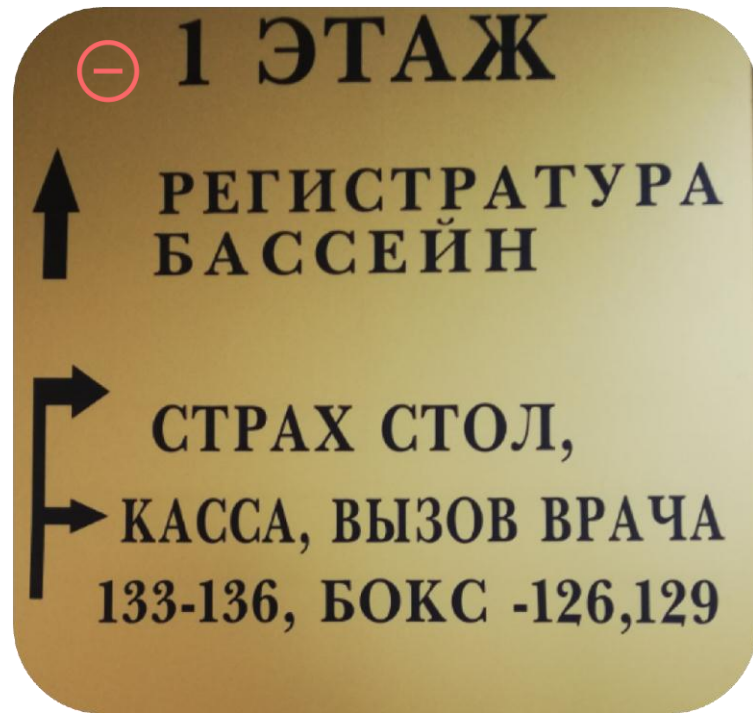
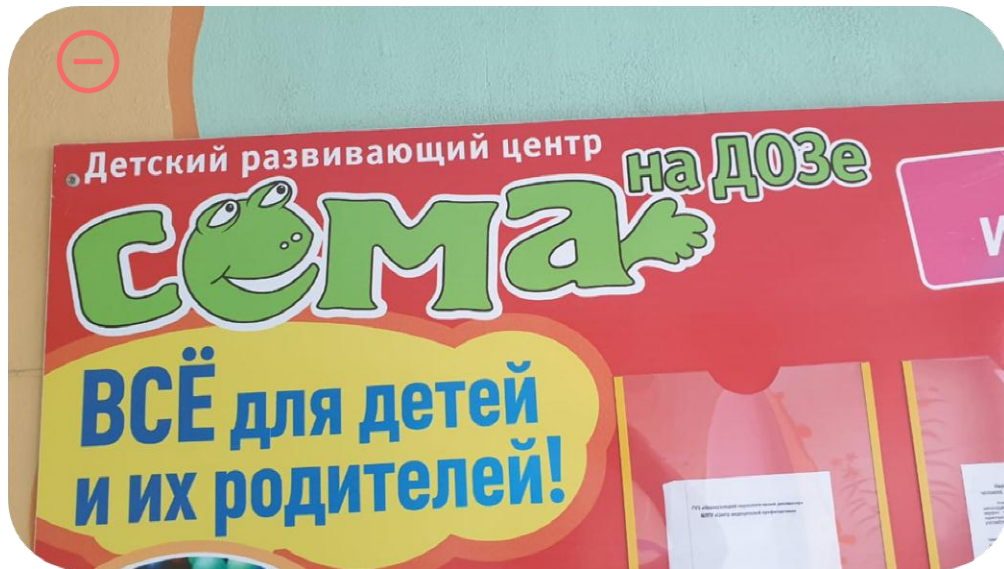


Контрольный лист оценки системы информирования в медицинской организации

Учреждение:		Уместность (да/нет)	Актуальность (да/нет)	Доступность (да/нет)
Заполнил:				
Дата:				
№ п/п	Элемент информации			
1	Полная информация о медицинской организации (структура, система управления, место нахождения обособленных подразделений, контактные телефоны, электронная почта, график приема граждан руководителем)			
2	Копия свидетельства государственной регистрации медицинской организации			
3	Копия действующей лицензии с приложениями			
4	Информация о вышестоящих и контролирующих организациях			
5	Информация о противодействии коррупции			
6	Информация о возможности ознакомления с нормативными правовыми актами в фронт-офисе			
7	Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации			
14			



ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕМЕНТОВ СИСТЕМЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ И ТРЕБОВАНИЯ К НИМ



Критерий № 3 Управление запасами

3.1 Процесс снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами от склада поставщика до медицинской организации

Целевое значение:

Уровень запасов на складе медицинской организации не превышает четверти объема годовой закупки (категории запасов приведены в приложении 4)

Источники информации:

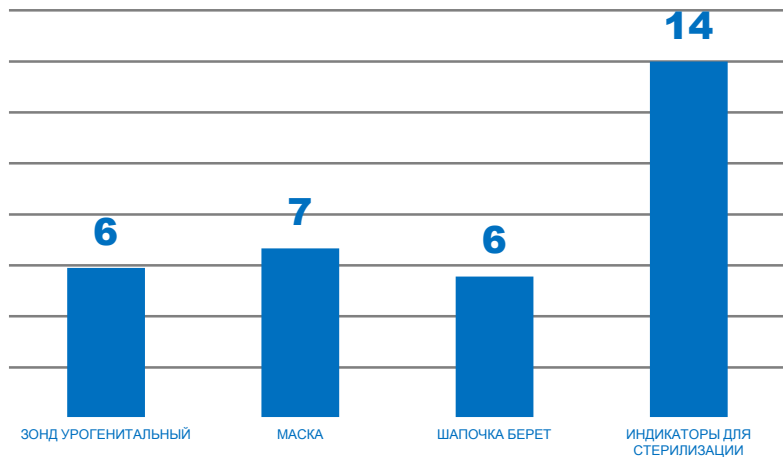
Сведения из модуля МИС (РМИС), с помощью которого осуществляется управление соответствующими запасами

Ответственный: старшая медицинская сестра, главная медицинская сестра, бухгалтер

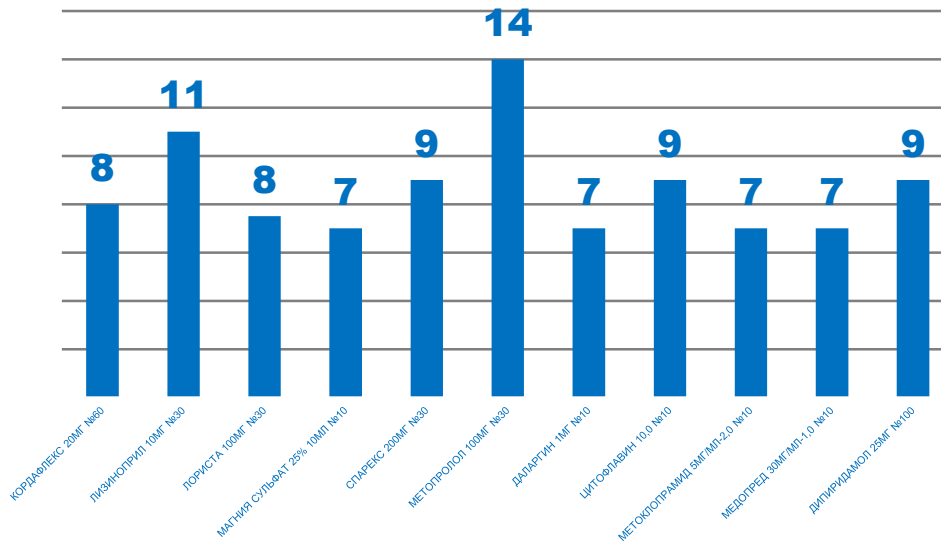


Критерий № 3 Управление запасами

Уровень запаса МИ в поликлинике (мес.)



Уровень запаса ЛС в дневном стационаре (мес.)



Критерий № 3 Управление запасами

3.2 Процесс снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами и их расходования в медицинской организации осуществляется по принципу «точно вовремя»

Целевое значение:

Уровень запасов не превышает недельную норму расходования (для кабинетов врачебного приема, процедурных, перевязочных, кабинетов забора биоматериала). За исключением определенного перечня лекарственных средств, требующих специальных условий учета и хранения. Категории запасов в соответствии с приложением 4

Источники информации:

Расчет потребности на 1 месяц (расчет недельной потребности является примерным и осуществляется путем вычисления среднего значения на 1 неделю, исходя из объема ресурсов, потребляемых в течение месяца); сведения из модуля МИС (РМИС), с помощью которого осуществляется управление соответствующими запасами

Ответственный: старшая медицинская сестра, главная медицинская сестра, бухгалтер



Критерий № 3 Управление запасами

Проблема:

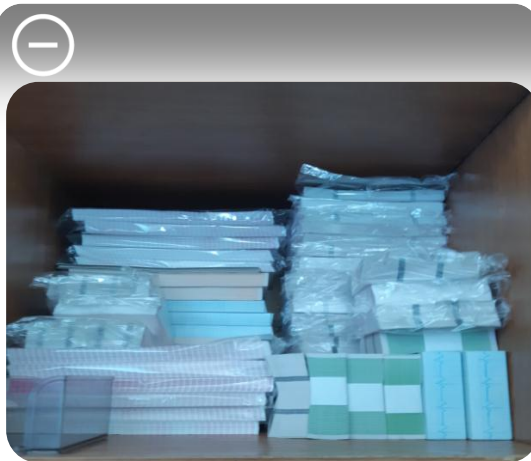
В кабинетах не нормированы запасы медицинских материалов и инструментов, имеются излишние запасы масок, игл, шпателей, стерильных салфеток, перчаток и пр.)



Критерий № 3 Управление запасами

Проблема:

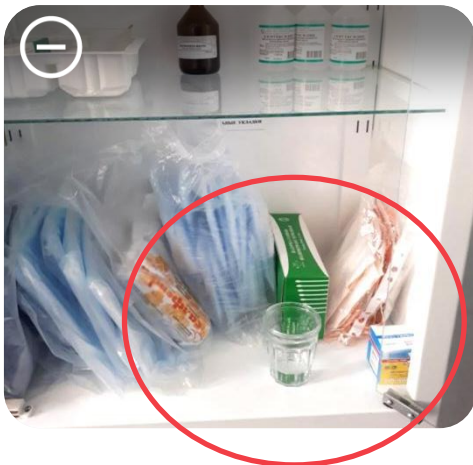
В кабинетах не нормированы запасы медицинских материалов и инструментов, имеются излишние запасы бланков, бумаги для ЭКГ, лекарственные препараты в палатах дневного стационара.



Критерий № 3 Управление запасами

Проблема:

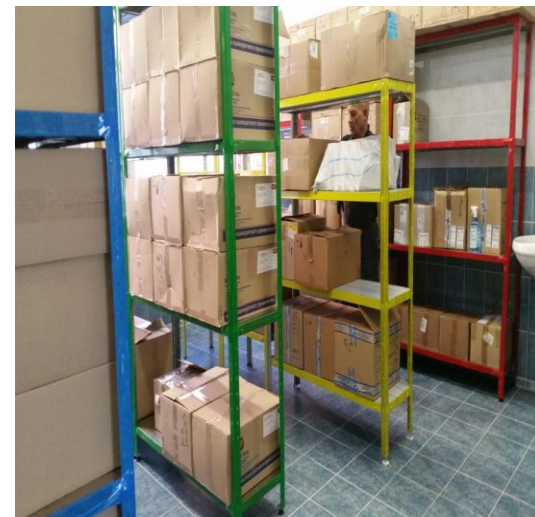
дублированный запас материалов и инструментов, используемых обоими врачами, принимающими в кабинете, излишний запас бумажных бланков



Критерий № 3 Управление запасами

Решение:

Внедрение сигнальной системы Канбан



Критерий № 3 Управление запасами

Решение:

Внедрение сигнальной системы Канбан

Процедурный кабинет

- А – препараты
- В – медицинские изделия
- С – растворы
- Д – дезинфицирующие средства



Критерий № 3 Управление запасами

Решение:

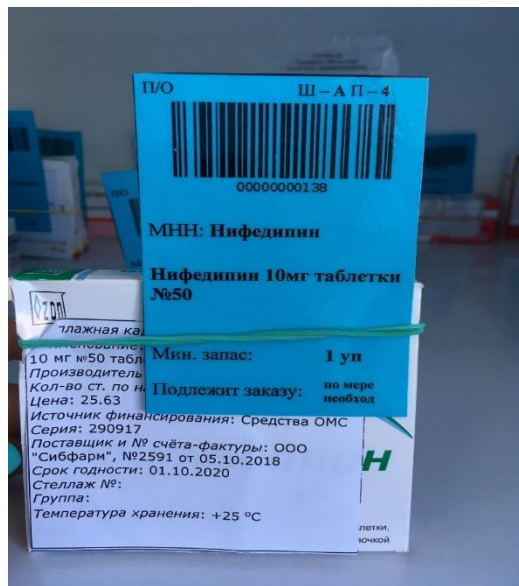
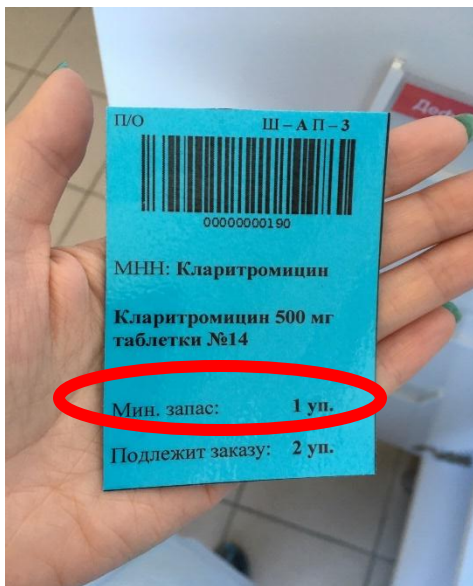
Внедрение сигнальной системы Канбан



Критерий № 3 Управление запасами

Решение:

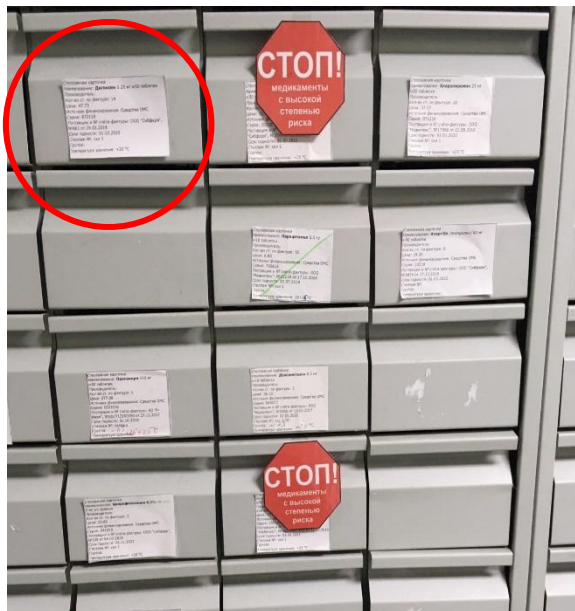
Внедрение сигнальной системы Канбан



Критерий № 3 Управление запасами

Решение:

Внедрение сигнальной системы Канбан



Критерий № 3 Управление запасами

Медицинская организация разрабатывает и внедряет процессы улучшения безопасности лекарственных препаратов высокого риска:

1. Письменный список лекарственных препаратов и процесс управления этими препаратами
2. Письменный список лекарственных препаратов сходных по названию, звучанию и внешнему виду и процесс управления подобными препаратами
3. Процесс управления лекарственными препаратами с высокой степенью риска, сходными названиями и внешним видом стандартизирован по всей медицинской организации

Критерий № 3 Управление запасами

Лекарственные препараты созвучные по названиям:

- Метформин, метронидазол;
- Целебрекс, церебро, целекса;
- Хумалог, хумулин;
- Зантак (ранитидин), зиртек;
- Вальдоксан, валсартан;
- Циклофосфан, цитофлавин, ципрофлоксацин, циклодинон;
- Гидроксизин, гидралазин;
- Эфедрин, эпинефрин;
- Оксиконтин, оксикодон;
- Винбластин, винкристин;
- Клонидин, клонопин;
- Зипрекса, зиртек.

Критерий № 3 Управление запасами

Решение:

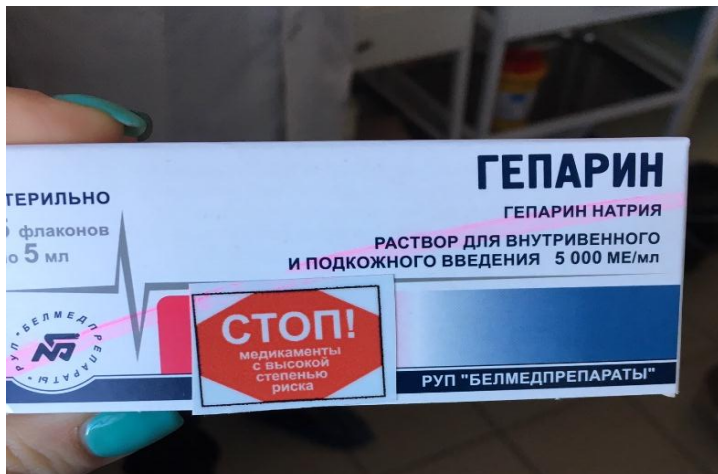
Внедрение сигнальной системы Канбан



Критерий № 3 Управление запасами

Решение:

Внедрение сигнальной системы Канбан



Критерий № 4 Стандартизация процессов

4.1. Соответствие текущей деятельности медицинской организации стандартизированной работе улучшенных процессов

Целевое значение:

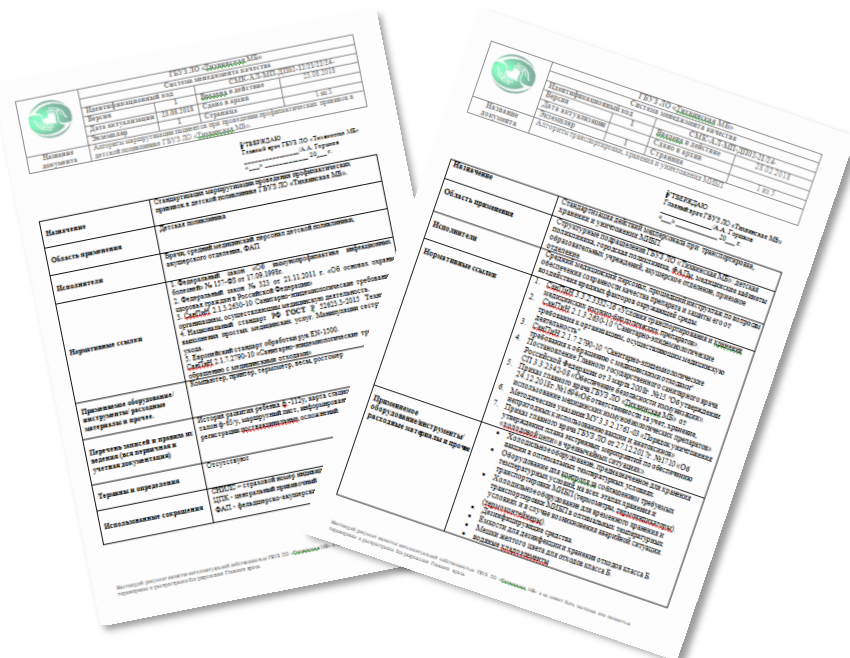
100% (доля соответствия текущей деятельности разработанным стандартам улучшенных процессов)

Примечание:

Результатом проведенной стандартизированной работы является наличие бланка стандартной операционной карты (СОК)

Источники информации:

Стандарты улучшенных процессов

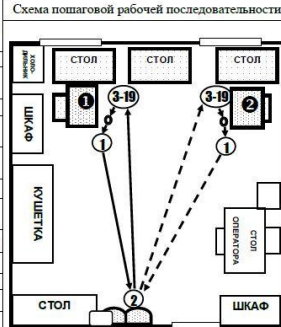




СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ

Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой

Наименование МО				Стандартная операционная карта (СОК)		СОК №1.1					
Подразделение	Отделение	Каб. №	Время такта, сек.	Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой		Действует с	Лист/листов				
Поликлиника				Наименование операции							
				Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой		10.12.2018	1/3				
№ шага	Рабочая пошаговая последовательность и используемый инструментарий			Показатели		Ключевые указания					
				Время, сек.	Ходбы, м						
	1 Предложить пациенту присесть, положить пробирки на стол для забора крови.			3							
	2 Произвести гигиеническую обработку рук.			130	5						
	3 Надеть перчатки.			5		▽					
	4 Осмотреть место венопункции, выбрать точку венопункции, пропальпировать вену.			5		☆ См.ВП					
	5 Зафиксировать жгут на 10 см выше места венопункции, попросить пациента сжать ладонь в кулак.			10							
	6 Место венопункции продезинфицировать двумя марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиками и подождать до полного высыхания антисептика.			60		▽ + ◇ ●					
	7 Взять иглу, снять с нее защитный колпачок, вставить в иглодержатель до упора.			10		◇					
	8 Снять защитный колпачок с другой стороны иглы. Зафиксировать вену, обхватив предплечье. Большой палец расположить на 3-5 сантиметров ниже места укола. Натянуть кожу.			6							
	9 Под углом 15-30° ввести иглу с держателем в вену.			15		▽ + ◇ ☆ См.ВП					
	10 Взять со стола пробирку, вставить пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее.			6		●					
	11 Попросить пациента разжать кулак. Снять или ослабить жгут.			5		◇					
	12 Набрать кровь в пробирку до метки, извлечь пробирку.			10		▽ ◇ См.ВП					
	13 Перемешать биоматериал с консервантом.			8		Не встряхивать!					
	14 Установить пробирки в штатив.			5		▽ ◇ См.ВП					
	15 Приложить сухую стерильную салфетку к месту венопункции, извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку 5 минут.			10		+ ◇					
	16 Поместить иглу в емкость для отходов класса Б.			10		+					
	17 Наложить на место инъекции давящую повязку.			20		+ ◇					
	18 Обработать руки в перчатках дезсредством, снять перчатки и поместить в емкость для отходов класса Б.			60		+					
19 Обработать руки антисептиком Диасепт-30, Диасепт-30-ДВС.			120		+						
ИТОГ:			498	5							
СИЗ							Условные обозначения				
	Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Головной убор					
Визуальное приложение							Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
ВП							●	+	◇	▽	☆
Подпись											
Исполнитель	Зав. поликлиники	Помощник эпидемиолога/врач-эпидемиолог		Составитель	Ф.И.О.	Подпись	Дата				
1.											
2.	Старшая м/с поликлиники	Инженер по охране труда		Утверждено							
3.				Главный врач							



- Обозначения:
- - медицинская сестра в начале процесса
 - ↙ ↘ - движения медсестер №1 и №2
 - ①, ② - столы для забора крови №1 и №2
 - ② - № шага

Наименование МО		Визуальное приложение стандартной операционной карты	СОК №1.1	Дата	Лист/листов
Наименование операции		Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой		10.12.2018	2/3
№ шага	Основные шаги	Инструменты/оборудование	Время, сек.	Пояснения	Ключевые указания
4	Осмотреть место венопункции, выбрать точку венопункции, пропальпировать вену.		5	Отсутствие ожогов поражения	☆
9	Под углом 15-30° ввести иглу с держателем в вену.	вакуумная система	15		▽ ◇ ☆
12	Набрать кровь в пробирку до метки	пробирки	10		▽ ◇

Шаг №4

Шаг №9

Шаг №12

ФОТОЭСКИЗВИЗУАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

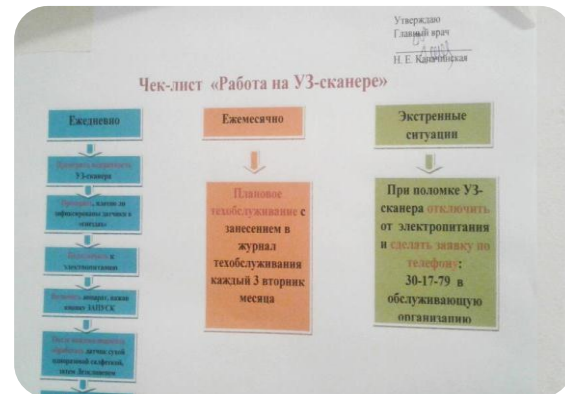
Наименование МО	Визуальное приложение стандартной операционной карты	СОК №1.1	Дата	Лист/листов	
Поликлиника	Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой	№1.1	10.12.2018	3/3	
№ шага	Основные шаги	Инструменты/оборудование	Время, сек.	Пояснения	Ключевые указания
11	Попросить пациента разжать кулак.	пробирки	5	Перемешать пробирку	◇ ☆

ФОТОЭСКИЗВИЗУАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

Средство/оборудование	Классификация отходов	Объем/количество	Объем/количество отходов	Место/способ утилизации
Салфетки	III класс	8 шт.	8 шт.	В контейнер для отходов класса Б
Медицинский спирт	III класс	50 мл	50 мл	В контейнер для отходов класса Б
Медицинский спирт	III класс	50 мл	50 мл	В контейнер для отходов класса Б
Медицинский спирт	III класс	50 мл	50 мл	В контейнер для отходов класса Б
Медицинский спирт	III класс	50 мл	50 мл	В контейнер для отходов класса Б
Медицинский спирт	III класс	50 мл	50 мл	В контейнер для отходов класса Б
Медицинский спирт	III класс	50 мл	50 мл	В контейнер для отходов класса Б
Медицинский спирт	III класс	50 мл	50 мл	В контейнер для отходов класса Б
Медицинский спирт	III класс	50 мл	50 мл	В контейнер для отходов класса Б
Медицинский спирт	III класс	50 мл	50 мл	В контейнер для отходов класса Б

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ

ФГБУ «НМИЦ Кардиологии» Минздрава России			Стандартная операционная карта (СОК) процедурной медсестры по постановке кубитального катетера		СОК № 1		
стационар	Отделение	Процедурный кабинет	Техника постановки кубитального катетера		Схема рабочей последовательности		
№ шага	Рабочая пошаговая последовательность		Затрачиваемое время и расстояние	Примечания и ключевые указания	 		
			Общ (сек)			Ходьба (М)	
	1	Идентифицировать пациента		10		0	
	2	Надеть одноразовые шапочку и маску		10		2	
	3	Обработать руки кожным антисептиком		15		0	
	4	Надеть стерильные одноразовые перчатки		10		0	
	5	Наложить жгут выше предполагаемой венопункции на 10-15 см		5		2	не использовать руку на стороне оперативного вмешательства ●
	6	Дважды обработать место инъекции антисептиком в одном направлении		3		0	☒ ▼
	7	Взять катетер наиболее удобным захватом выбранного диаметра и снять защитный чехол.		5		0	
	8	Ввести катетер на игле под углом 15° к коже, наблюдая за появлением крови в индикаторной камере.		6		0	★ ▼
	9	При появлении крови в индикаторной камере уменьшить угол наклона иглы стилета и на несколько миллиметров введите иглу в вену.		2		0	★ ☒
	10	Зафиксируйте иглу-стиллет, а канюлю медленно до конца сдвигать с иглы в вену (игла-стиллет полностью из катетера пока не удаляется).		3		0	★ ▼
	11	Снять жгут. Не допускать введения иглы-стиллета в катетер после смещения его в вену!		1		0	☒ ▼
	12	Пережать вену для снижения кровотечения и окончательно удалите иглу из катетера, утилизируйте иглу с учетом правил безопасности.		1		0	★
	13	Снять заглушку с защитного чехла и закройте катетер		1		0	☒
	14	Зафиксировать катетер с помощью фиксирующей стерильной повязки		10		0	●
	15	Проверить работоспособность катетера (появление крови в шприце при создании вакуума)		5		0	☒ ▼
	16	Поместить иглу из катетера в емкость для дезинфекции		5		2	☒
17	Снять перчатки и поместить их в емкость с надписью "Отходы класса Б"		3	2	☒		
ИТОГ:			100	8			



Критерий № 4 Стандартизация процессов

4.2 Пересмотр стандартов улучшенных процессов

Целевое значение:

Пересмотр стандартов улучшенных процессов не реже 1 раза в год, актуализация по мере необходимости

Источники информации:

Стандарты улучшенных процессов;
сведения о сроке действия стандарта



Категория	Область применения	Исполнитель	Периодичность оценки	Сроки действия стандарта	Дополнительные сведения	Технические требования	Исполнительные стандарты
...

Критерий № 4 Стандартизация процессов

4.3. Время добавления ценности на приеме пациентов врачом

Целевое значение:

Не менее 50% от общего времени приема

Примечание:

$x = T * 100\% / i$,
где: Т – время, добавляющее ценность (сбор анамнеза + осмотр + манипуляции + рекомендации, в том числе профилактической направленности); i – интервал записи

Источники информации:

Картирование процесса приема пациентов врачом

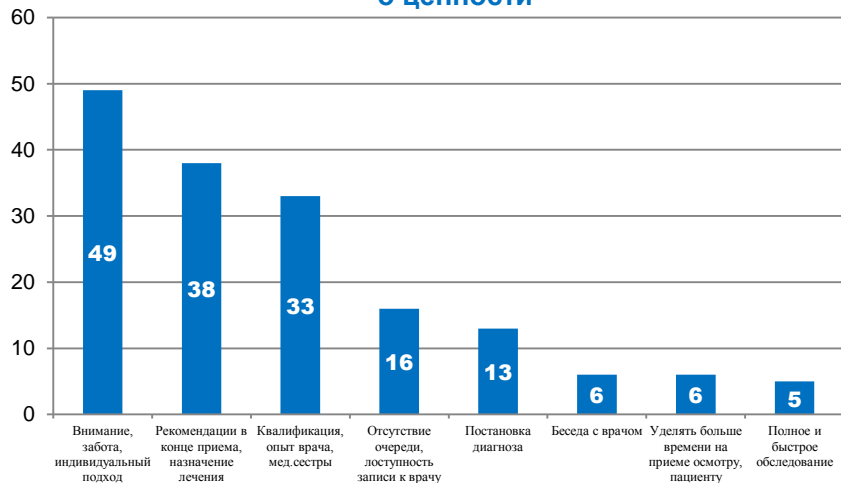


ВРЕМЯ ДОБАВЛЕНИЯ ЦЕННОСТИ НА ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТОВ ВРАЧОМ

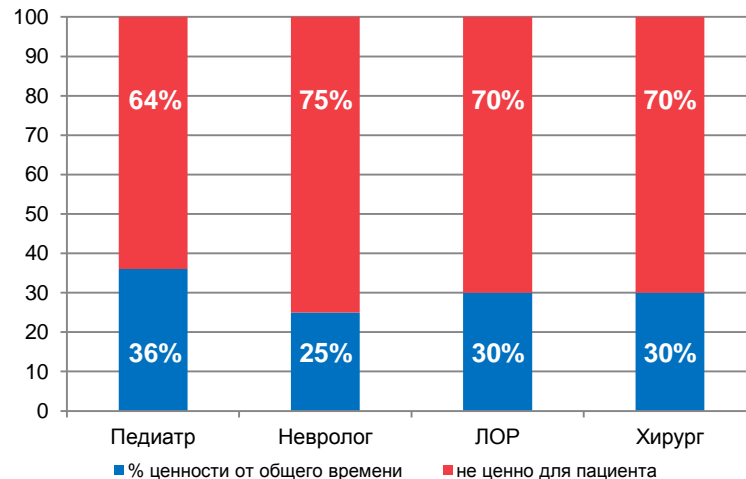
Проведенные мероприятия:

- Проведено анкетирование пациентов, по определению ценности на приеме у врача
- Наблюдение за приемом педиатра и врачей - специалистов с привлечением волонтеров (студентов НГМУ и НМК)
- Проведен анализ времени, затраченного на работу с пациентом, в текущем состоянии при проведении профосмотра

Результаты анкетирования пациентов о ценности



Результаты картирования



Критерий № 4 Стандартизация процессов

4.4. Выравнивание нагрузки между сотрудниками в процессе трудовой деятельности в одном рабочем помещении

Целевое значение:

Колебания нагрузки между сотрудниками (врач и медицинская сестра, медицинская сестра и медицинская сестра, регистратор и регистратор и т.д.), осуществляющими прием в одном рабочем помещении составляет не более 30%

Источники информации:

Картирование процесса приема пациентов отдельными сотрудниками в одном рабочем помещении; диаграмма рабочей загрузки (диаграмма Ямазumi)



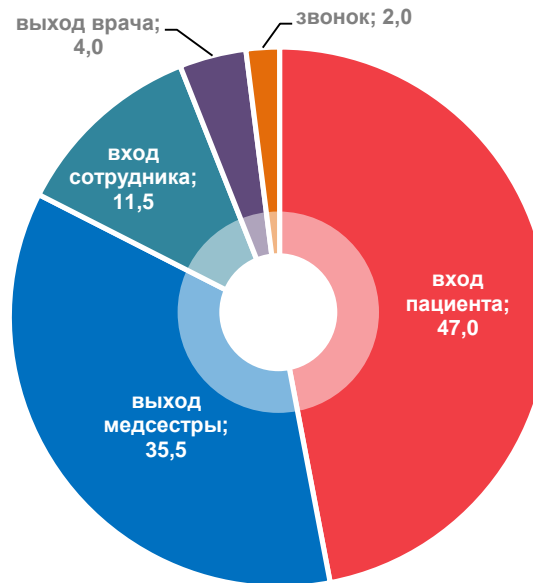
ВЫРАВНИВАНИЕ НАГРУЗКИ МЕЖДУ СОТРУДНИКАМИ В ПРОЦЕССЕ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОДНОМ РАБОЧЕМ ПОМЕЩЕНИИ

Проведенные мероприятия:

- проводится активный анализ нагрузки участкового врача и медицинской сестры участковой на приеме
- проанализирован входящий поток пациентов в кабинет участкового педиатра;
- проведено пробное картирование процесса приема участкового врача

Исходное состояние:

- выявлено неодинаковое количество пациентов, обслуженное врачом и медицинской сестрой
- разница составила 2,5 раза
- зафиксированы частые и длительные периоды покидания медсестры кабинета во время приема



Критерий № 5 Качество медицинской помощи

5.1. Количество штрафов/удержаний/ снятий, взысканных страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля, экспертизы качества медицинской помощи

5.2. Сумма штрафов/удержаний/ снятий, взысканных страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля, экспертизы качества медицинской помощи

Целевое значение:

Планомерное снижение показателей не менее чем на 5% ежегодно по сравнению с предыдущим годом

Каждый показатель исчисляется количеством/суммой штрафов (удержаний, снятий) на 100 запрошенных СМО медицинских карт ежемесячно (приложение 5)

Примечание:

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в соответствии с приложением 8 к приказу ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (приложение 6)

Источники информации:

Сводные данные на основании актов экспертизы качества медицинской помощи, медико-экономической экспертизы, утвержденных приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» за истекший календарный период

Каждый показатель исчисляется количеством/суммой штрафов (удержаний, снятий) на 100 запрошенных СМО случаев оказания медицинской помощи ежемесячно.

Пример:

По итогам проверки запрошенных СМО 120 случаев оказания медицинской помощи было наложено 5 штрафов, а по 10 случаям - снижение оплаты. Общая сумма финансовых потерь медицинской организации составила 12,5 тысяч рублей

Для расчета показателей используется формула:

$x = \frac{K \cdot 100}{P}$, где:

K – количество штрафов (удержаний, снятий), либо сумма штрафов;

P – общее количество случаев оказания медицинской помощи, запрошенных СМО.

Таким образом, количественный показатель будет равен:

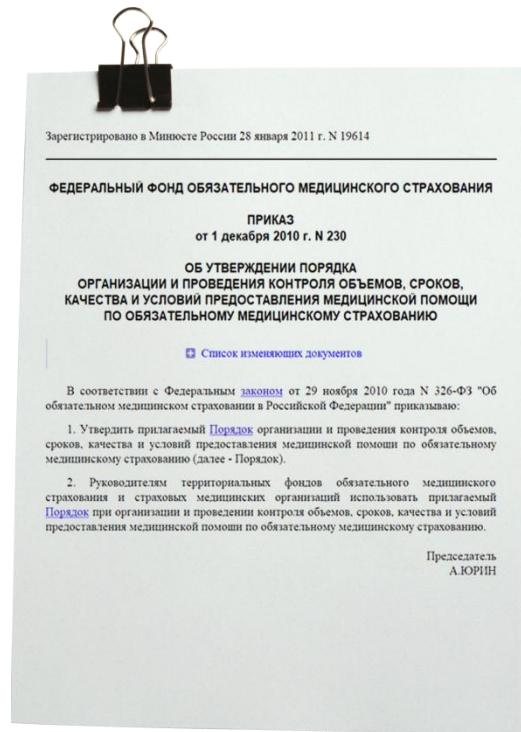
$$x = \frac{5 \cdot 100}{120} = 4,16 \text{ (штрафов на 100 случаев оказания медицинской помощи);}$$

финансовый показатель будет равен:

$$x = \frac{12\,500 \cdot 100}{120} = 10\,416 \text{ (рублей на 100 случаев оказания медицинской помощи)}$$

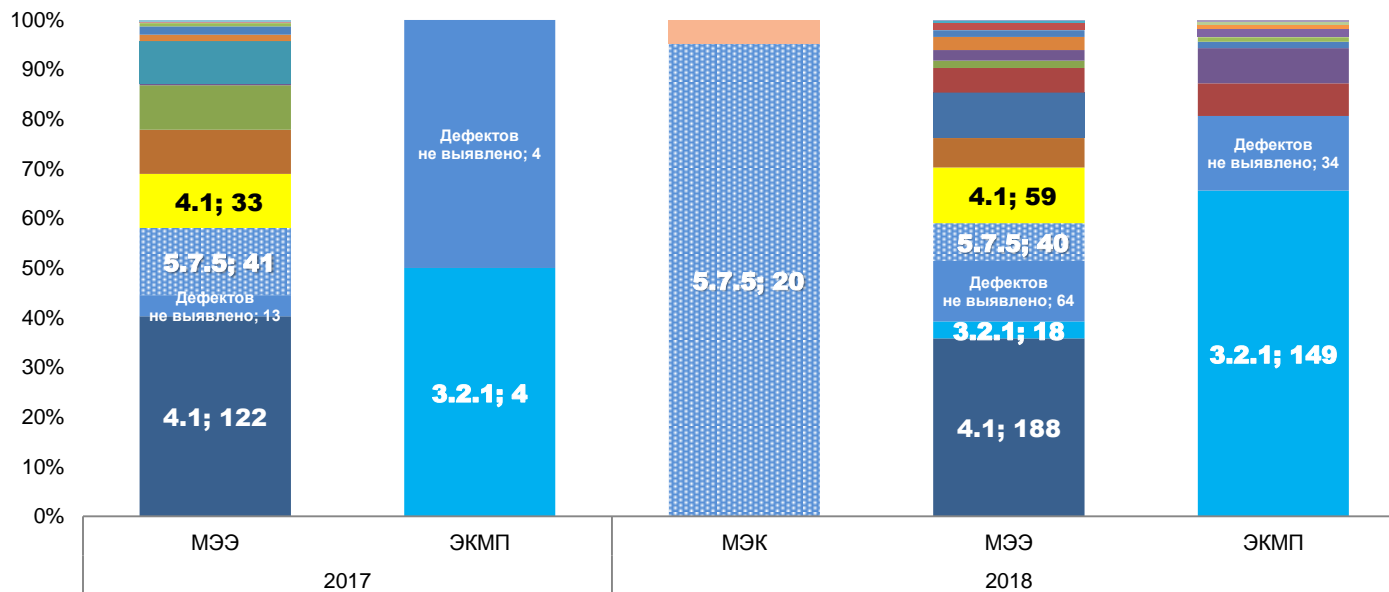
Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)

Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»



Критерий № 5 Качество медицинской помощи

Структура по дефектам по количеству



Критерий № 6 Доступность медицинской помощи

6.1 Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи

Целевое значение:

Не менее 90% - доля посещений по установленному времени;
Не менее 90 % - доля посещений по предварительной записи

Примечание:

Прием каждого отдельного специалиста медицинской организации соответствует установленным показателям

Источники информации:

Сведения о произведенных записях из МИС, ресурса «Электронная регистратура»; наблюдение за процессом проведения амбулаторного приема и опрос пациентов, находящихся в очереди у кабинета приема



ОБЕСПЕЧЕНИЕ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА ПЛАНОВЫХ ПАЦИЕНТОВ ВРАЧАМИ СТРОГО ПО ВРЕМЕНИ И ПО ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ЗАПИСИ

Проведенные мероприятия:

- проанализирован прием участковых врачей педиатров методом наблюдений в разрезе типа записи на прием
- Проанализированы причины обращений пациентов без предварительной записи
- открыты кабинеты неотложной помощи и здорового ребенка;
- педиатры записывают на повторный прием пациентов самостоятельно через МИС.

№	Ф.И.О. врача	По предварительной записи	Без предварительной записи	Принято всего	% по предварительной
Участковые педиатры					
1	Мальцева А.В.	43	15	58	74,1
2	Авдонина Ю.В.	32	16	48	50,0
3	Малышева Г.А.	27	13	40	67,5
4	Костюшкина И.В.	29	7	36	80,6
5	Иванова Е.С.	43	12	55	78,2
6	Зайцева А.И.	18	12	30	60,0
7	Шараева О.В.	20	13	33	60,6
8	Бакыбаева Э.Н.	35	10	45	77,8
9	Бурнышева Е.Н.	11	8	19	57,9
10	Маркова Г.Н. (кабинет здорового ребенка)	0	45	45	0
	Итого	258	151	409	63,1

Критерий № 6 Доступность медицинской помощи

6.2. Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации

Целевое значение:

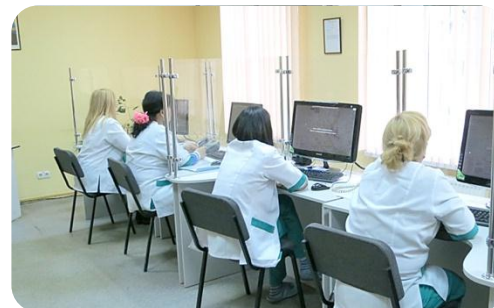
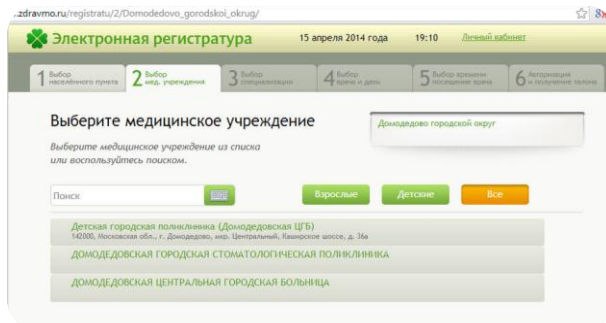
Доля записей, произведенных без посещения поликлиники, составляет не менее 50%

Примечание:

Удаленная запись на прием подразумевает запись: через Интернет (включая мобильные приложения); через инфомат; через колл-центр; из кабинета врача

Источники информации:

Сведения о произведенных записях в МИС; сведения о количестве доступного времени (талон) для записи через Интернет, колл-центр, ресурс «Электронная регистратура»



Критерий № 6 Доступность медицинской помощи

6.3. Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений

Целевое значение:

Не более 3 (трех)
посещений

Источники информации:

Сведения из МИС;
учетно-отчетные формы, утвержденные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан



Критерий № 7 Вовлеченность персонала в улучшения процессов

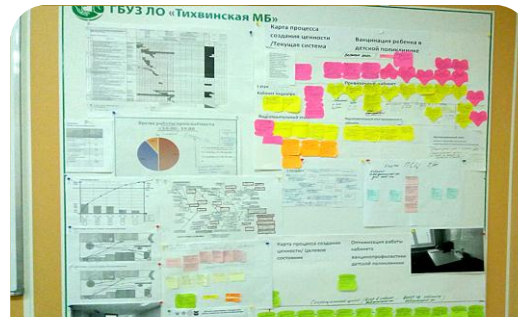
7.1 Вовлеченность руководителей медицинских организаций и их заместителей во внедрение бережливых технологий

Целевое значение:

Не менее 1 проекта по улучшению в год у руководителя медицинской организации и его заместителей

Источники информации:

Визуальное управление процессами (наличие проектной комнаты, инфоцентра, визуализация проекта)



Проведенные мероприятия:

- обучение главного врача на базе Центра бережливых технологий в здравоохранении СибГМУ г. Томск цикл «Бережливый менеджмент для руководителей»
- обучение заместителей главного врача на базе Учебно-методического центра ПАО «НЗХК» теоретический минимум и «Фабрика процессов»



Критерий № 7 Вовлеченность персонала в улучшения процессов

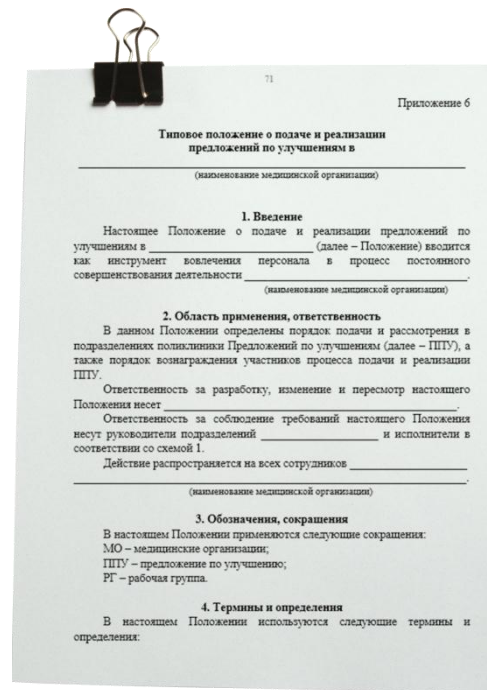
7.2 Работа системы подачи и реализации предложений по улучшению

Целевое значение:

Доля реализованных улучшений от принятых предложений составляет не менее 30%, с увеличением на 5% ежегодно

Источники информации:

Наличие Положения о подаче и реализации предложений по улучшениям, листов проблем/предложений, перечня выявленных потерь и проведенных мероприятий, бланков заявления на подачу предложения по улучшению (приложение 7)



Критерий № 8 Формирование системы управления

8.1 Визуальное управление процессами

Целевое значение:

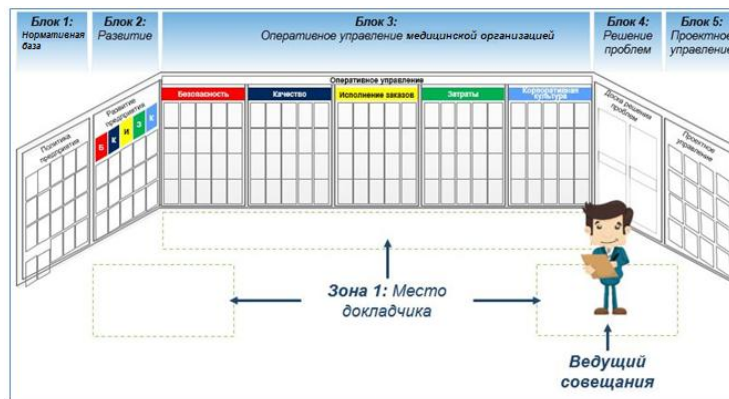
Не менее 5 процессов (в соответствии с блоками системы SQDCM) управляются через инфоцентр

Примечание:

Отображаются показатели текущей деятельности медицинской организации, необходимые для принятия руководителем медицинской организации (заместителями руководителя) управленческих решений в отношении безопасности, качества, достижения плановых показателей, финансовых затрат, корпоративной культуры (SQDCM)

Источники информации:

Перечень показателей, представленный графиками, диаграммами и пр. элементами визуализации, отражающих динамику того или иного показателя, данные МИС; руководитель медицинской организации и его заместители



Работа над созданием механизма управления процессами – **Инфоцентра**

Это **инструмент агрегации и визуализации информации** для оперативного управления и мониторинга производственных и управленческих процессов. Позволяет **выявлять** на различных уровнях управления **проблемы** и обеспечивать эффективную **коммуникацию между участниками процессов** по их оперативному урегулированию



ВИЗУАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПРОЦЕССАМИ



Критерий № 9 Эффективность использования оборудования

9.1 Производственная нагрузка оборудования (далее – ПН)

Целевое значение:

Коэффициент: не менее 80% в отношении оборудования, используемого в диагностических целях, кроме оборудования КДЛ

Примечание:

Приложение 7

Источники информации:

Список оборудования (медицинское, немедицинское) с примечанием рабочее/нерабочее (срок) состояние, % износа; сальдовая ведомость; журнал использования оборудования; аналитические отчеты из BIOS оборудования за период 1-3 мес. (при наличии возможности); бухгалтер, заведующий поликлиникой



Производственная нагрузка (ПН) – производственная эффективность работы оборудования.

Расчет коэффициента производственной нагрузки:

$$ПН = \frac{\sum \text{Время, затраченное на проведение исследования/процедуры}}{\text{Общее время работы} - \text{время плановых простоев}} * 100\%, \text{ где}$$

Σ – **сумма времени**, затраченного на проведение исследования каждого из пациентов, включая время раздевания/одевания, время подготовки к исследованию/проведению процедуры (укладка пациента, прикрепление датчиков, электродов и пр.)

Общее время работы:

- время работы оборудования в сутки, указанное в техническом паспорте
- время работы поликлиники - при отсутствии ограничения в соответствии с техническим паспортом

Время плановых простоев – обеденные перерывы, технологические перерывы, плановое техническое обслуживание

Основные причины простоя оборудования:

1. поломка
2. затраты времени на первоначальный пуск оборудования до момента стабилизации режима его работы
3. переналадки и регулировки – потери времени, связанные с переходом на другой вид исследования. В процесс переналадки также входят повторный запуск и проверка функционирования
4. кратковременная остановка оборудования без отказа оборудования (кратковременная остановка в работе оборудования часто происходит на автоматических линиях, например, в клиничко-диагностических лабораториях)

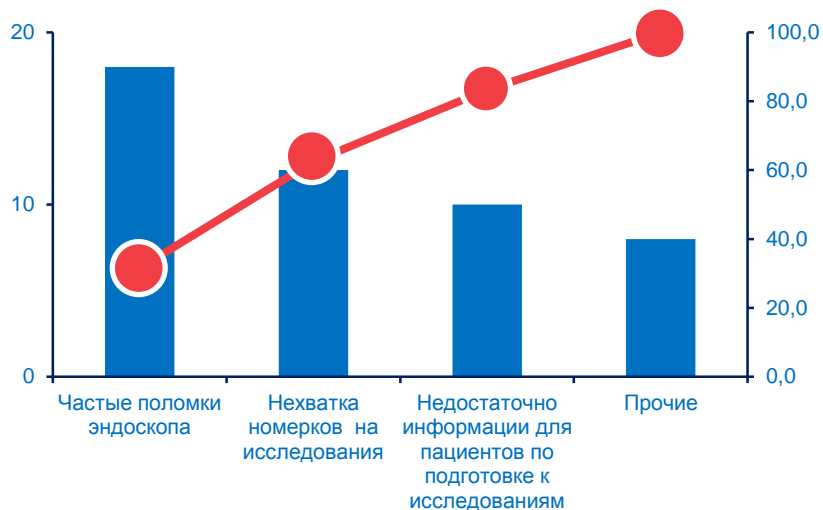
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ НАГРУЗКА ОБОРУДОВАНИЯ (ДАЛЕЕ – ПН)

Наименование оборудования	OEE на начало проекта	Целевое OEE	OEE на 31.10.2018 г.
Оборудование УЗИ:			
Аппарат ультразвуковой диагностический DC-№6	74%	80%	83%
Оборудование отделения функциональной диагностики:			
ЭКГ SHILLER Cardiovit AT-1	66%	80%	81%
Оборудование клинко – диагностической лаборатории:			
Анализатор мочи Clinitec Status	70%	80%	71%
Анализатор биохимический Hymalizer 2000	69%	80%	85%
Анализатор автоматический биохимический ACCENT 200	75%	80%	143%
Анализатор свертывания крови двухканальный автоматизированный АСКа 2-01 «Астра»	26%	32%	37%
Анализатор гематологический BC -3200	79%	80%	102%
Оборудование рентгеновского кабинета:			
Флюорограф цифровой малодозный с автоматическим режимом съемки в прямой и боковой проекциях «ФЦМБарс»- Ренекс		80%	193%
Аппарат рентгеновский цифровой для пульмонологии АРЦП «Медипром»		80%	92%
Эндоскопическое оборудование:			
Гастрофиброскоп FG29W	55 %	80 %	88%

Мероприятия, проведённые для повышения эффективности оборудования

- Разработаны алгоритмы работы на оборудовании
- Разработаны и внедрены элементы визуализации в отделении
- Составлен график ремонтно – предупредительных работ на год
- Разработаны регламенты технического обслуживания оборудования
- Автоматизация выдачи направлений на исследования и результатов исследований – не теряются результаты исследований, не приходят пациенты и сотрудники за дубликатами, не назначаются повторные исследования
- Расширение спектра выполняемых исследований
- Автоматизация выдачи направлений на исследования и результатов исследований
- Оптимизация работы процедурного кабинета (забор крови одновременно на полный анализ крови и биохимические исследования) – освобождение 1 лаборанта от работы в гематологическом разделе
- Перераспределение нагрузки между сотрудниками КДЛ – в биохимическом разделе работают 2 человека

«Обслуживание и эффективность использования медицинского оборудования». Выявление проблем



Проблема:

- низкий коэффициент использования эндоскопического оборудования 53%
- низкий коэффициент использования ультразвукового оборудования 44%
- частые поломки оборудования и длительный ремонт

Решение:

- разработка Чек-листов по самообслуживанию оборудования, графиков ремонтно-предупредительных работ
- разработка памяток для пациентов по подготовке к исследованиям
- разработка и внедрение Порядка взаимодействия с организацией, обслуживающей медицинское оборудование
- разработка и внедрение шаблонов описаний обследований

«Обслуживание и эффективность использования медицинского оборудования».

Пример внедрения автономного обслуживания УЗДГ-сканера LOGIQ F6

ПЛАН ВВЕДЕНИЯ СИСТЕМЫ ТРМ

Состав рабочей группы: Иванов И.И. (руководитель группы), Сидоров С.П. (врач УЗДГ), Петров Е.Р. (врач УЗДГ)

Мероприятие	Дата	Исполнители	Статус
Краткосрочное обучение производственного персонала (врачей УЗДГ) о назначении и основных принципах системы ТРМ	Май 2018 г.	Иванов И.И.	
Тщательная уборка оборудования	Май 2018 г.	Иванов И.И., Сидоров С.П., Петров Е.Р.	
Выполнение всех необходимых регламентных работ по обслуживанию оборудования	Июнь 2018 г.	Иванов И.И., Сидоров С.П., Петров Е.Р.	
Разработка и оформление карт технического обслуживания оборудования и размещение их на рабочих местах	Июнь 2018 г.	Иванов И.И., Сидоров С.П., Петров Е.Р.	
Выполнение всех необходимых работ в строгом соответствии с картами технического обслуживания (в течение полугода)	Июнь 2018 г., далее постоянно	Иванов И.И., Сидоров С.П., Петров Е.Р.	
Мониторинг работы оборудования с фиксацией всех случаев остановки (простоя) аппарата, с обязательным указанием достоверной причины остановки	постоянно	Иванов И.И., Сидоров С.П., Петров Е.Р.	
Мониторинг работы оборудования с фиксацией всех случаев остановки (простоя) аппарата, с обязательным указанием достоверной причины остановки	постоянно	Иванов И.И., Сидоров С.П., Петров Е.Р.	

Статус решения проблемы отмечается по мере исполнения.

работа не начата	работа запланирована	работа выполняется	работа выполнена качественно	работа стандартизирована
------------------	----------------------	--------------------	------------------------------	--------------------------


«Обслуживание и эффективность использования медицинского оборудования».

Рабочий стандарт автономного обслуживания аппарата УЗИ сканера Logiq F6

Периодичность	Место проведения	Специальность	Выполняемые работы и требования	Инструменты, расходные материалы
Перед каждым использованием	Консоль аппарата	Врач УЗДГ	Осмотр аппарата на наличие механических повреждений и загрязнений.	Визуальный осмотр
	Датчики	Врач УЗДГ	Осмотреть линзу, кабель, корпус и разъем датчика на наличие трещин, порезов, разрывов и других признаков физического повреждения. 2. Проверьте функционирование датчика.	Визуальный осмотр
После каждого использования	Консоль аппарата	Врач УЗДГ	Осмотр аппарата на наличие механических повреждений и загрязнений.	Визуальный осмотр
	Датчики	Врач УЗДГ	Осмотрите линзу, кабель, корпус и разъем датчика на наличие трещин, порезов, разрывов и других признаков физического повреждения.» Осмотрите датчик на предмет наличия повреждений, из-за которых в него может проникать жидкость. Очистка датчиков ТКОД	Визуальный осмотр + очистка ТКОД
Еженедельно	Шкаф системного оборудования	Врач УЗДГ	1. Смочите мягкую, неабразивную, сложенную в несколько слоев тканевую салфетку в водном растворе мягкого туалетного мыла. 2. Протрите верхнюю, переднюю, заднюю и боковые панели корпуса системы. ВНИМАНИЕ: Не допускайте попадания жидкости непосредственно внутрь оборудования	Мягкая тканевая салфетка , мыльный раствор
	ЖК-монитор	Врач УЗДГ	Использовать мягкую ткань, сложенную в несколько слоев. Аккуратно протереть лицевую поверхность монитора.	Мягкая тканевая салфетка
	Панель управления	Врач УЗДГ	1. Смочите мягкую, неабразивную, сложенную в несколько слоев тканевую салфетку в водном растворе мягкого туалетного мыла. 2. Протрите панель управления. 3. Используйте ватный тампон и протрите участки вокруг клавиш и элементов управления. При помощи зубочистки удалите отложения твердых веществ между клавишами и элементами управления. **При очистке предотвратить попадание жидкости на элементы управления, внутрь корпуса системы и в гнездо для присоединения датчика.	Мягкая тканевая салфетка , мыльный раствор
	Сенсорная панель	Врач УЗДГ	Для очистки сенсорной панели использовать не содержащие аммиак очистители для линз. (только с <u>изопропиловом</u> и водой)	Водный очиститель линз
	Педальный переключатель	Врач УЗДГ	Смочите мягкую, неабразивную, сложенную в несколько слоев тканевую салфетку в водном растворе мягкого туалетного мыла. Протереть внешние поверхности устройства, после чего насухо вытрите их мягкой тканью.	Мягкая тканевая салфетка , мыльный раствор

«Обслуживание и эффективность использования медицинского оборудования».

Рабочий стандарт автономного обслуживания аппарата УЗИ сканера Logiq F6

Периодичность	Место проведения	Специальность	Выполняемые работы и требования	Инструменты, расходные материалы
Ежемесячно	Воздушный фильтр	Врач УЗИД	 <ol style="list-style-type: none"> 1. Извлеките воздушный фильтр, расположенный с передней стороны системы. 2. Удалите пыль с фильтра пылесосом и (или) помойте его мягким мыльным раствором. Вымытый фильтр ополосните и просушите, прежде чем устанавливать обратно. 3. Вставьте воздушный фильтр на место 	Пылесос Мыльный раствор
	Трекбол	Врач УЗИД	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выключите питание системы. 2. Поворачивайте фиксатор против часовой стрелки до тех пор, пока его можно будет снять с клавиатуры. 3. Отделите трекбол и фиксатор. С помощью чистящего средства или ватного тампона удалите весь жир и пыль с трекбола, фиксатора и корпуса трекбола. 4. Соберите трекбол и фиксатор, затем вставьте их в корпус и поворачивайте по часовой стрелке, пока пазы не встанут на место. 	Ватный тампон
	Электрические и силовые кабели и разъемы	Врач УЗИД	Наличие порезов, <u>истираний</u> по всей длине и механических повреждений разъемов кабелей	Визуальный осмотр
	Целостность соединений консоли	Врач УЗИД	Наличие отсоединенных и утраченных компонентов оборудования.	Визуальный осмотр
	Клавиатура и панель управления	Врач УЗИД	Наличие дефектов на панели управления и клавиатуре	Визуальный осмотр
	Замки блокировки	Врач УЗИД	Правильность блокировки замков.	Визуальный осмотр

ТЕХНИЧЕСКАЯ КАРТА ОЧИСТКИ ДАТЧИКОВ (ТКОД)

Процедура очистки датчика

НЕОБХОДИМО отключить датчик от LOGIQ F перед очисткой/дезинфекцией датчика.

Для того чтобы очистить датчик, необходимо:

1. Осмотрите линзу, кабель, корпус и разъем датчика на наличие трещин, порезов, разрывов и других признаков физического повреждения.

2. Отсоединить датчик от панели управления и удалить весь контактный гель при помощи мягкой ткани и промывания в проточной воде.

ВНИМАНИЕ: Не погружайте датчик в жидкость выше уровня, указанного для данного датчика. Никогда не погружайте разъем датчика ни в какую жидкость.

3. Намочите головку датчика в воде. Для механического удаления видимых остатков вещества с поверхности датчика по мере необходимости можно пользоваться мягкой губкой, марлей или тканью.

4. Ополосните датчик достаточным количеством чистой питьевой воды.

5. Высушите поверхность датчика на воздухе или вытрите ее насухо мягкой чистой тканью.

6. После чистки проверьте линзу, кабель, корпус и разъем датчика. Осмотрите датчик на предмет наличия повреждений, из-за которых в него может проникать жидкость. Также проверьте работоспособность датчика при сканировании в режиме реального времени. В случае обнаружения повреждений не используйте датчик, пока он не будет осмотрен и отремонтирован или заменен представителем сервисной службы GE.

ВНИМАНИЕ: НЕ протирайте датчик сухой тканью.

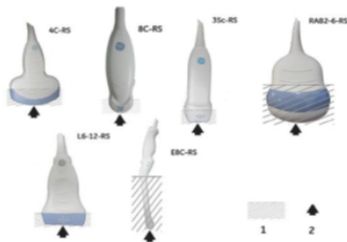


Рис. Уровни погружения датчика

1. Уровень жидкости

2. Апертура

ВНИМАНИЕ: Контакт с изделиями, содержащими латекс, может привести к тяжелым аллергическим реакциям у некоторых пациентов. Не используйте в качестве оболочки презервативы со смазкой. НЕ допускается использование оболочки для датчика с истекшим сроком хранения. Перед использованием оболочки для датчика убедитесь, что срок ее хранения не истек.

«Обслуживание и эффективность использования медицинского оборудования».

ТЕХНИЧЕСКАЯ КАРТА ДЕЗИНФЕКЦИИ ДАТЧИКОВ (ТКД)

Процедура дезинфекции датчика

Осуществляется после каждого использования. Для дезинфекционной обработки датчиков разрешается применять жидкие бактерицидные средства.

НЕОБХОДИМО отключить датчик от LOGIQ F перед очисткой/дезинфекцией датчика.

Для того чтобы очистить датчик, необходимо:

1. Полностью удалить с поверхностей датчиков все видимые остатки вещества (геля).

ВНИМАНИЕ: *НЕ выдерживайте датчики в жидких химических растворах*

2. Приготовить бактерицидный раствор (в соответствии с инструкцией производителя)

3. Поместить очищенный датчик в бактерицидный раствор на указанное производителем время.

ВНИМАНИЕ: *Температура раствора не должна превышать 50 С.*

4. Смыть с датчика все видимые остатки бактерицидного раствора и дать ему высохнуть.

Требования к расходным материалам, соприкасающимся с датчиками:

1. Гель
2. Специализированные (рекомендуемые производителем) оболочки или презервативы, не содержащие латекс.



Критерий 2.
Качество пространства



Комната временного
пребывания пациентов

ГБУЗ МО «Видновская районная клиническая больница»



ФАП Пуговичино,
Д. Пуговичино, Ленинский р-н, Московской
обл.



Критерий 2.
Качество пространства
2.3 Организация рабочего места
по системе 5С



Критерий 2
Качество пространства
2.4 Организация системы
информирования



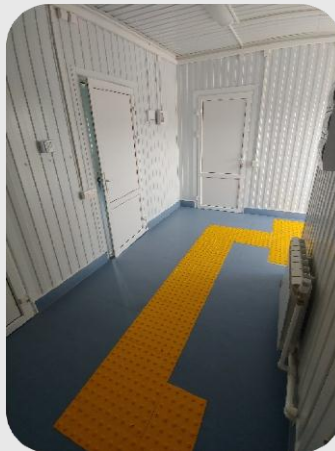
Критерий 3
Управление
запасами
3.2 Процесс
снабжения
медикаментами



МОДУЛЬНЫЕ ФАП



Кнопка вызова персонала



Тактильные направляющие



Тактильные направляющие

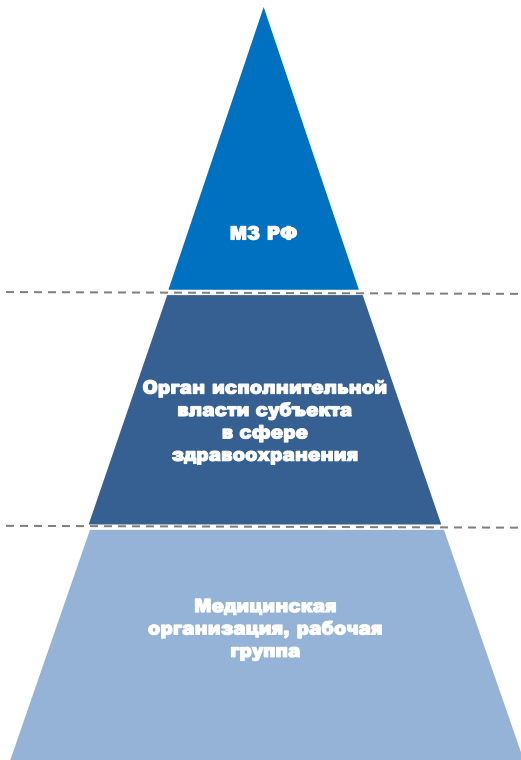


Санузел оборудован поручнями, держателями



УРОВНИ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ. «ПИРАМИДА ПРОБЛЕМ»

Уровни управления



Принимаемые управленческие решения

- Решения по отклонениям от:
 - ключевых целевых показателей эффективности работы системы
 - приоритетных (национальных) проектов
 - Контроль реализации планов корректирующих мероприятий
 - Решения для устранения наиболее существенных проблем в масштабах страны
 - Исправление «системных» ошибок, в том числе в нормативной правовой базе
-
- Ведомственный контроль качества оказания МП
 - Мониторинг и решения по отклонениям в достижении целевых показателей, освоения объемов МП в рамках ТПГГ и пр.
 - Принятие управленческих решений по проблемам
-
- Выполнение конкретных задач/этапов процесса оказания МП в поликлинике (отделении, подразделении МО)
 - Решения по отклонениям показателей от норматива
 - Решения по случаям несоблюдения правил техники безопасности, случаев производственного травматизма
 - Внутренний контроль качества оказания МП



**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**

cpmsp@rosminzdrav.ru

