



Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава.

АЛГОРИТМЫ И ОБРАЗЦЫ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЯ

«актион» Медицина



Система
Главный врач

Анонс

Минздрав выпустил методические рекомендации по новой модели поликлиник и пообещал выплачивать стимулирующие выплаты руководителям поликлиник, внедряющих бережливые технологии. В книге - проверенные методики внедрения бережливости и образцы локальных документов, которые понадобятся главврачу.

Авторы-составители



Наталья ЕВСЕЕВИЧ, руководитель Регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи Ярославской области



Владимир АРЖЕНЦОВ, руководитель проекта АО «ПСР», Государственная корпорация по атомной энергии «Росатом»



Оксана ЧИКИНА, руководитель отдела качества и эпидемиологического отдела ГАУЗ «Камский детский медицинский центр»



Валентина ШИПОВА, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» Министерства науки и высшего образования РФ, д. м. н., профессор



Жанна КЛИМОВА, главный врач ГБУЗ СО «Городская поликлиника № 4 город Нижний Тагил»

Оглавление

Глава 1. Как внедрить бережливые технологии

- 4 Какие бывают показатели бережливых поликлиник
- 9 Как организовать маршрутизацию пациентов в поликлинике
- 11 Как усовершенствовать работу регистратуры
- 12 Как внедрить колл-центр
- 13 Как внедрить электронный документооборот

Глава 2. Как обеспечить доступность медпомощи в поликлинике

- 17 Как создать доступную среду для инвалидов
- 21 Как провести ремонт в поликлинике

Глава 3. Как устранить дефицит кадров в поликлиническом звене

- 23 Как рассчитать врачебную нагрузку в амбулаторном звене
- 24 Как повысить зарплату медработникам

Глава 1. Как внедрить бережливые технологии

9

критериев

бережливых поликлиник разработал Минздрав

Правительство запустило приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», который в 2018 году пришел на смену проекту «Бережливая поликлиника». Его цель – повысить качество медуслуг с помощью бережливого производства.

Для медорганизаций Минздрав разработал методические рекомендации по внедрению «бережливых технологий». Ведомство приводит девять критериев новой модели медорганизации (приложение 1). К ним отнесли:

- 1 Управление потоками пациентов.
- 2 Качество пространства.
- 3 Управление запасами.
- 4 Стандартизацию процессов.
- 5 Качество медицинской помощи.
- 6 Доступность медицинской помощи.
- 7 Вовлеченность персонала в улучшения процессов.
- 8 Формирование системы управления.
- 9 Эффективность использования оборудования.

Подробнее об основных показателях бережливости читайте далее.

Какие бывают показатели бережливых поликлиник

В бережливом производстве используют четыре основных подхода.

- 1 **Стандартизация работы.** Создают наглядные алгоритмы действий. В них прописывают продолжительность

манипуляции, последовательность действий, количество материалов в работе и предметов на конкретном рабочем месте. Все движения рассчитывают по времени, чтобы исключить ненужные. Примеры таких алгоритмов – алгоритм действий медсестры при заборе крови, постановке инъекции, снятии электрокардиограммы.

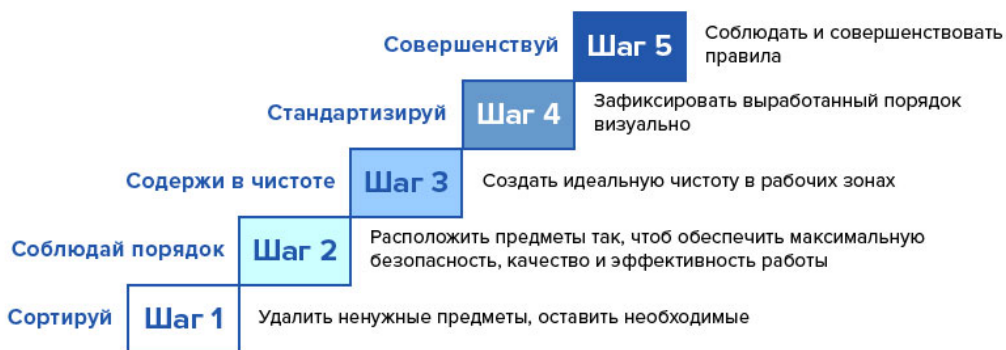
2 Система всеобщего обслуживания оборудования. Эксплуатацию оборудования совмещают с постоянным техническим уходом, а ответственность делят между ремонтными и эксплуатационными службами. Такой подход позволяет постоянно наблюдать за оборудованием и содержать его в исправности. Следствие – меньше потерь из-за поломок и ремонтных работ. Больше пациентов смогут пройти исследование без рисков и очередей. Качество услуг не страдает, а расходы на капремонт снижаются.

3 Быстрая переналадка оборудования. Переналадка состоит из двух видов операций: внешние и внутренние. При внешних операциях оборудование не останавливают, например, когда готовят инструменты и материалы. При внутренних оборудование нужно остановить. Чтобы повысить эффективность оборудования, внутренние операции максимально переводят во внешние. Делают это за счет технологических и организационных изменений.

4 Кайдзен – непрерывные улучшения. Основа бережливого производства – уверенность, что абсолютно все можно и нужно улучшить. Нет нерешаемых проблем, а есть сложные задачи. Стратегия улучшения направлена на потребности пациента. Любые действия должны повышать удовлетворенность пациента и медперсонала.

По кайдзену, когда руководитель обнаружил проблему, ему следует сконцентрироваться не на критике и виновных, а на способах улучшения. Думать о том, как улучшить процесс, а не почему нельзя улучшить. Жить

Рисунок 1. Технология 5С



по принципу: «А что сегодня мы изменили в лучшую сторону?» Нет изменений сегодня – завтра будет отставание.

В технологии бережливого производства выделяют четыре инструмента.

1 Картирование – первый шаг к изменениям. Суть в том, чтобы составить карту, которая позволит увидеть весь процесс, потери и способы их устранить.

Карта потока создания ценности – это наглядная графическая схема. Она изображает потоки ресурсов и информации, которые необходимы, чтобы оказать услугу пациенту. По ней руководитель видит, например, лишние затраты на расходные материалы, временные потери в работе. По итогам картирования он сможет разработать план улучшений. До картирования составляют таблицу процесса, по ней делают карту (приложение 2).

2 «5С» – система, которая предусматривает пять шагов, чтобы повысить культуру производства и эффективность процессов. Каждый шаг начинается с буквы «С»: сортируй, соблюдай порядок, содержи в чистоте, стандартизируй, совершенствуй (рисунок 1).

Рисунок 2. Карточка на лекарство



Например, на этапе «Сортируй» сотрудники освобождают кабинеты от ненужной мебели и вещей, выбрасывают устаревшие бланки, плакаты и справочники. Оставшиеся предметы разделяют на четыре кучки: нужные каждый день, нужные не каждый день, ненужные и ненужные под вопросом. Затем переходят ко второму этапу. Прежде чем перейти от одного шага к следующему, используйте чек-листы (приложение 3).

3 Канбан – метод, который позволяет рассчитывать потребность в лекарствах и медизделиях, не создавать лишних запасов и вовремя пополнять резервы. Это система карточек, которая помогает управлять запасами в аптеке и кабинетах поликлиники (рисунок 2). Система делает

оборот лекарств и медизделий прозрачным. Медсестры видят запасы и потребность в препаратах. Основной запас хранит аптека.

Карточка содержит:

- штрихкод, чтобы сформировать электронное требование для аптеки;
- торговое наименование препарата, форму и дозировку;
- минимальный запас;
- количество препарата для заказа, когда запас достигнет минимума.

4 Визуализация – инструмент, чтобы наглядно информировать персонал или пациентов. Главная задача визуализации – представить информацию так, чтобы человек за 30 секунд понял суть. Например, наглядный маршрут поможет пациенту быстро дойти до места, а карточки с надписями позволят медработнику видеть, где лежат запасы медизделий.

Бережливая поликлиника отвечает семи показателям.

- 1** Лидерство – руководители медорганизации и структурных подразделений открывают и реализуют личные проекты, чтобы решать выявленные проблемы.
- 2** Удобная внутренняя логистика для посетителей – пациент не тратит время на лишние перемещения, чтобы получить медуслугу.
- 3** Удобная эргономика на рабочих местах – персонал не тратит время на поиск инструментов и медизделий, которые нужны для оказания медицинской помощи.
- 4** Равномерная загрузка медперсонала – в медорганизации перераспределяют нагрузку с врача на медсестру, передают функции регистратора администратору поликлиники или оператору call-центра.
- 5** Нет очередей перед кабинетами – в поликлинике выстраивают логистику так, чтобы исключить пересечение потоков.
- 6** Минимальные затраты на решение проблем.
- 7** Электронный документооборот.

Как организовать маршрутизацию пациентов в поликлинике

Руководитель медорганизации выбирает ответственных за маршрутизацию пациентов и контроль сроков оказания медицинской помощи. Это может быть заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе или заместитель по медицинской части. Назначения главврач утверждает приказом (приложение 4). Отдел кадров знакомит сотрудников с приказом под подпись и вносит изменения в должностные инструкции сотрудников.

Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе или зам по медицинской части должен разделить посетителей на группы в зависимости от цели визита. Поток пациентов можно разделить на четыре группы: здоровые пациенты, повторные больные, пациенты с острой болью и посетители, которые пришли на осмотр впервые (таблица 1).

Здоровые пациенты, которые пришли, например, за справкой, направлением на анализы или диспансеризацию, направляются в кабинет профилактики. Пациенты с острой болью должны направляться в кабинет неотложной помощи или кабинет дежурного врача. Неотложную медпомощь оказывают по направлению регистратора безотлагательно. Кабинет неотложной помощи организуют для оказания медпомощи при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медпомощи (приказ Минздравсоцразвития от 15.05.2012 № 543н).

Минздрав рекомендует разработать алгоритмы:

- маршрутизации внутри поликлиники;
- предварительной записи на прием к врачам в зависимости от способа обращения пациентов;
- работы сотрудников регистратуры, кол-центра;

Таблица 1. Маршрутизация потоков пациентов

Название потока	Зачем пришли	Куда направлять
Здоровые пациенты	За справкой, направлением на анализы, диспансеризацию или вакцинацию	В кабинет профилактики
Повторные больные	На повторный прием, для продления или закрытия листка нетрудоспособности	К врачу-специалисту
Пациенты с острой болью	На лечение – при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медпомощи	В кабинет неотложной помощи или кабинет дежурного врача
Пациенты, которые пришли на осмотр впервые	На лечение или консультацию по предварительной записи	К врачу-специалисту
	На лечение или консультацию без записи	Регистратор должен или сам записать пациента, или помочь в оформлении визита через инфомат или интернет. После этого направить к врачу-специалисту.

- оформления справок и иной медицинской документации;
- направления к дежурному врачу или в отделение неотложной помощи;
- взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами;
- движения амбулаторных карт внутри медорганизации;
- уведомления пациента об отмене приема;
- маршрутизации пациентов в период эпидемий гриппа, ОРВИ, других инфекционных заболеваний.

Медицинский регистратор и администратор определяют, какая помощь необходима пациенту. Из зоны регистратуры пациента можно направить в кабинет неотложной помощи, кабинет профилактики или к врачу-специалисту. Если пациент пришел на лечение или консультацию без предварительной записи, то регистратор должен помочь оформить запись на прием.

Как усовершенствовать работу регистратуры

Чтобы удобнее разделять потоки пациентов, регистратуру располагают на первом этаже поликлиники. Рядом размещают гардероб и стойку администратора. Рабочее место администратора должно быть адаптировано для работы с маломобильными гражданами: низкая стойка, сидячее место рядом с ней, свободная площадь для подъезда кресла-коляски (методические рекомендации Минздрава от 02.07.2019).

Работу регистратуры стоит изменить так, чтобы выделять потоки пациентов на стадии предварительной записи. Например, создать электронную запись на диагностические исследования и прием к врачу через сайт медорганизации.

В зоне регистратуры размещают информацию об исследованиях и приеме тех специалистов, к которым пациент может пройти, минуя регистратуру, например, при повторном посещении при наличии предварительной записи. Это предотвратит скопление людей в зоне регистратуры.

Для маршрутизации пациентов используют указатели и вывески. Для маломобильных граждан применяют мнемосхемы, тактильные направляющие, таблицы со шрифтом Брайля, звуковые устройства и средства информации.

Главная медсестра знакомит администратора с алгоритмами маршрутизации пациентов. Алгоритмы размещают на рабочих местах регистраторов, а также на информационных стендах поликлиники.

Сотрудники регистратуры или администраторы рассказывают пациентам, как записаться на прием. Главная медсестра составляет речевые модули и контролирует, как регистраторы применяют их для общения с пациентами.

Регистраторы должны учитывать, что период между записью и приемом не может превышать сроков, которые прописаны в программе госгарантий. Например, если

человек записался на прием к участковому врачу-терапевту, педиатру, врачу общей практики, период ожидания не должен превышать две недели. В отделение неотложной помощи или кабинет дежурного врача человек должен попасть не позднее двух часов с момента обращения.

Главная медсестра поликлиники размещает информацию о способах записи на прием на информационном стенде около регистратуры. Специалист IT-отдела должен продублировать информацию на сайте медорганизации. В объявлении указывают, что записаться на прием к врачу или диагностические исследования можно через интернет, кол-центр и инфоматы.

Как внедрить колл-центр

Колл-центр позволяет на 80 процентов сократить очереди в регистратуру. Для работы в колл-центре необязательно нанимать новых сотрудников. Переведите регистраторов в операторы. Фонд оплаты труда при этом сохранится на прежнем уровне, поскольку количество ставок не изменится.

Рассчитайте затраты на телефоны с гарнитурой, компьютерную программу для колл-центра. Выберите поставщика услуг связи. Составьте расчет на услуги связи, содержание имущества, прочие расходы.

Прежде чем внедрять колл-центр, разработайте скрипты ответов на вопросы пациентов. Совместно со службой персонала МО разработайте программу обучения для операторов (приложение 5). Она включает подробное знакомство с учреждением и его регламентами, работу со скриптами. С консультантами индивидуально общается психолог: отрабатывает речевые обороты, стандарты приветствия, прощания. Учит решать конфликты и корректировать эмоциональное состояние – свое и пациента.

Перед тем как ввести в действие колл-центр, издайте положение о работе операторов и медрегистраторов,

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя

должностные инструкции. Разработайте алгоритмы, чтобы сотрудники знали, как поступать в сложных ситуациях.

Пример. По какому алгоритму работает колл-центр

Сначала звонок поступает на многоканальный номер из шести цифр. Абонент слушает приветствие в записи, получает основные сведения о медицинском учреждении.

Система определяет номер и выясняет, пользовался ли абонент услугами колл-центра поликлиники ранее. Если данные пациента есть в системе, сотрудник их сразу видит, сведения не нужно уточнять.

Далее программа проверяет, есть ли свободный оператор. Если нет, абонента ставят в очередь и сообщают время ожидания ответа.

Оператор отвечает абоненту, задает типовые вопросы: «Вы хотите попасть к терапевту? Назовите вашу фамилию. Вы придете в клинику или лучше принять вызов на дом?».

Когда сотрудник колл-центра не может ответить на вопрос абонента, соединяет с консультантом.

Желательно, чтобы программа сообщала пациенту, сколько времени ждать ответа оператора. Опыт показывает, что абоненты, которым сообщили эту информацию, остаются на линии в 1,5–2 раза дольше тех, кто ее не получил.

Пациентам, которые записались на прием, диспетчеры сообщают об изменениях в расписании. Если нужно, назначают новую дату визита.

Как внедрить электронный документооборот

Чтобы внедрить электронный документооборот, поликлиника должна внедрить медицинскую информационную систему (МИС). Поликлиника может заключить договор с разработчиками МИС по своему выбору или обратиться к компании, с которой заключил договор региональный Минздрав. Перед заключением договора убедитесь, что у всех врачей на рабочих местах есть компьютеры, подключенные к интернету.

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя



Внимание

с 1 января 2019 года медорганизации имеют право выписывать электронные рецепты на наркотические средства и психотропные вещества.

Для электронных рецептов и больничных получите усиленную квалифицированную электронную цифровую подпись для себя и всех сотрудников, которые имеют право их выписывать.

Электронная цифровая подпись считается цифровым аналогом обычной подписи. Она удостоверяет подлинность электронного документа.

Документ, подписанный ЭЦП, имеет такую же юридическую силу, как и бумажный. Цифровой реквизит – ключ электронной подписи – криптографически преобразованная информация.

В электронном документообороте можно использовать три вида подписи: простую, усиленную неквалифицированную и усиленную квалифицированную.

Получить квалифицированную ЭЦП можно в одном из аккредитованных удостоверяющих центров. Полный список таких центров смотрите на сайте Министерства цифрового развития, связи и массовых коммуникаций.

Пошаговая инструкция: как получить квалифицированную электронную подпись:

Шаг 1

Заполните типовую форму заявления на получение электронной подписи.

Шаг 2

Приложите к заявлению карточку организации (реквизиты), которая необходима для заключения договора.

Шаг 3

Представьте в удостоверяющий орган документы:

- паспорт владельца сертификата (руководителя) – оригинал или заверенная руководителем и печатью юридического лица копия второй и третьей страниц;
- страховое свидетельство Пенсионного фонда владельца сертификата (СНИЛС);
- свидетельство о постановке юридического лица на учет в налоговом органе (ИНН) – оригинал или копия, заверенная руководителем и печатью юридического лица;

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя

- свидетельство о государственной регистрации юридического лица (ОГРН) – оригинал или копия, заверенная руководителем и печатью юридического лица;
- документ, подтверждающий полномочия руководителя юридического лица, – копия, заверенная руководителем и печатью юридического лица.

Шаг 4

Заключите с удостоверяющим центром договор публичной оферты на оказание услуг.

Шаг 5

Ознакомьтесь с регламентом оказания услуг удостоверяющего центра.

Шаг 6

Оплатите счет.

Шаг 7

Получите сертификат электронной подписи в удостоверяющем центре. Для этого оформите доверенность на получение электронной подписи, заверьте ее подписью руководителя и печатью юридического лица. Предъявите в удостоверяющем центре паспорт.

Шаг 8

Установите необходимое программное обеспечение в соответствии с инструкцией, которую получите в удостоверяющем центре, и настройте компьютер для работы в системе.

Чтобы медорганизация могла выдавать электронные больничные, заключите с Фондом соцстрахования (ФСС) соглашение об информационном взаимодействии. Сообщите в региональный ФСС по телефону или электронной почте, что медорганизация хочет выдавать электронные листки нетрудоспособности.

Установите специальное программное обеспечение – АРМ ЛПУ. Бесплатное программное обеспечение скачайте с официального сайта ФСС. Медорганизация также имеет право доработать собственную информационную систему, установив дополнительные сервисы.

Руководитель медорганизации назначает ответственных за информационное взаимодействие с ФСС. Ими

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя

Рисунок 3. Памятка по работе с ЭЛН

Действия медицинской организации по оформлению ЭЛН



Застрахованное лицо

сообщает, что его страхователь участвует в информационном обмене по формированию ЭЛН, сообщает СНИЛС и дает письменное согласие на оформление ЭЛН



Врач

направляет с помощью ПО запрос, удостоверенный в установленном порядке электронной подписью, в ЕИИС «Соцстрах» на выдачу единичного номера (или набора номеров) ЭЛН. После получения единичного номера (или набора номеров) врач открывает ЭЛН с присвоенным ему уникальным номером.



Медицинская организация

созданный ЭЛН, удостоверенный в установленном порядке электронной цифровой подписью, направляется МО в ЕИИС «Соцстрах», а в случае необходимости в ЭЛН вносятся записи о продлении, о направлении в учреждение МСЭ. Закрытие ЭЛН осуществляется МО путем внесения в ЭЛН записей об исходе случая временной нетрудоспособности. ЭЛН заверяется электронной подписью врача и МО, направляется в ЕИИС «Соцстрах».

могут быть руководитель IT-отдела или программист медорганизации. Главный врач поручает заместителю главврача по медицинской части ознакомить ответственных с приказом под подпись.

Чтобы избежать ошибок в заполнении ЭЛН, организуйте для врачей групповые и индивидуальные программы обучения. Поручите программисту или IT-специалисту объяснить врачам, как заполнять форму электронного больничного.

Медработники должны знать, к какому специалисту обратиться, если возникли технические неполадки. Для этого в ординаторских и кабинетах врачей должен быть номер телефона для связи с техническим сотрудником.

Для врачей разработайте специальные памятки по работе с электронными больничными. Разместите брошюры на рабочих местах сотрудников или разошлите их по электронной почте (рисунок 3).

Глава 2. Как обеспечить доступность медпомощи в поликлинике

Первичная медико-санитарная помощь должна стать доступной для всех пациентов. Для этого создайте доступную среду для инвалидов и проведите ремонт или реконструкцию здания.

Как создать доступную среду для инвалидов

За организацию доступной среды отвечает главврач. Он определяет план мероприятий по улучшению доступности и приказом назначает ответственного сотрудника, который внедряет указанные ниже элементы среды (приложение 6).

В поликлинику должны беспрепятственно попадать и ориентироваться в ней любые пациенты с ограничениями по здоровью, например с нарушениями слуха, зрения или мобильности. Чтобы обеспечить безбарьерную среду для людей с ограничением мобильности, разметьте как можно ближе к входу парковочные места для инвалидов, оборудуйте вход в поликлинику пандусами и перилами.

Система информирования должна быть комплексной и использовать визуальные, звуковые, и тактильные элементы навигации.

Для этого применяйте элементы доступной среды: мнемосхемы, тактильные направляющие, таблицы со шрифтом Брайля, другое покрытие пола перед препятствиями или поворотом.

За организацию доступных условий отвечает главврач. Он определяет план мероприятий по улучшению доступности и назначает приказом ответственного.

Чтобы пациенты с инвалидностью могли получить доступ во все помещения поликлиники, нужно выполнить семь требований по оснащению зон.

Есть семь основных требований по оснащению зон. По каждому медорганизация должна принять меры, чтобы обеспечить пациенту-инвалиду комфортное пребывание.

Требование 1. Обеспечить инвалидам условия для беспрепятственного доступа к объектам инфраструктуры и услугам.

Чтобы реализовать это требование, нужно разместить на первом этаже кресла-каталки, составить график проверки их исправности и определить ответственного. На парковке предусмотреть места для инвалидов. Минимум – одно место. Если парковка большая, то количество таких мест должно составлять 10 процентов от общего количества парковочных мест.

На входе в кабинеты необходимо установить бегущую строку или световое табло для слабослышащих пациентов. Рядом с гардеробом, в зале ЛФК и физиотерапии разместить держатели для тростей и костылей.

Требование 2. Обеспечить инвалидам возможность самостоятельно передвигаться по территории, входить и выходить, садиться в транспортное средство и высаживаться из него, в том числе с использованием кресла-коляски.

Ответственный организует контрастную окраску ступеней на лестнице, чтобы создать визуальный знак внимания для людей с ограниченными возможностями. Достаточно обозначить хотя бы верхнюю и нижнюю ступени. Дверные ручки и наличники дверей также выделяют цветом. Прозрачные двери отмечают ярким знаком, чтобы предотвратить непреднамеренную травму. На путях эвакуации предусматривают ручки с нажимом.

В зонах, где есть ковер, стоит проверить его надежное крепление к полу и обратить внимание на ворс: его высота должна быть минимальной.

Вход в медорганизацию оснащают пандусом с поручнями с двух сторон. Поверхность пандуса не должна быть скользкой. Угол наклона должен обеспечивать безопасное передвижение коляски. Вверху и внизу делают разворотную площадку. Пандус должен иметь навес и водоотвод. Перед пандусом размещают тактильные напольные указатели.

Если вход представляет собой лестницу, необходимо установить специальный подъемник (аппарели), который не занимает много места и позволяет пациенту на коляске с комфортом добраться до входной двери. На входе в здание следует разместить противоскользкие полосы.

Один из лифтов нужно адаптировать для инвалидов. Его двери делают широкими, чтобы могло проехать кресло-каталка. В лифте должна быть кнопка, задерживающая двери.

Требование 3. Обеспечить сопровождение инвалидов, которые имеют стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения.

Порядок сопровождения инвалидов нужно зафиксировать во внутренних документах, например в приложении к приказу о создании доступных условий для инвалидов. В регистратуре можно выделить человека для сопровождения маломобильных групп пациентов.

Требование 4. Разместить оборудование и носители информации для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры и к услугам.

Специальными знаками нужно выделить:

- парковочные места;
- зоны посадки пассажиров;
- входы, доступные для инвалидов;
- специальные туалеты;

- окна в гардеробе и регистратуре, приспособленные для инвалидов;
- лифты и другие подъемные устройства;
- зоны безопасности.

Требование 5. Обеспечить дублирование звуковой и зрительной информации, допуск сурдопереводчика и тифлосурдопереводчика.

Все надписи, знаки и иную текстовую и графическую информацию нужно продублировать знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля. Шрифт должен быть на вывеске медорганизации с ее названием и графиком работы, на информационных стендах, в лифтах.

Для слабовидящих людей нужно сделать тактильные указатели с направляющей информацией. Сайт в интернете тоже должен иметь версию для людей со слабым зрением.

Входы в кабинеты врачей и процедурные оборудуют световыми сигнализаторами вызова пациентов. В лифтах предусматривают звуковую и световую информацию о движении. Напротив выхода из лифтов размещают цифровое обозначение этажа и выделяют его цветом.

Требование 6. Обеспечить допуск собаки-проводника.

Допускать собаку-проводника в медорганизацию можно только в том случае, если у хозяина есть надлежаще оформленный документ, подтверждающий ее специальное обучение. Сотрудники должны знать, как выглядит такой документ, и уметь его проверять.

Требование 7. Помогать инвалидам преодолеть барьеры, которые мешают им получать услуги наравне с другими лицами.

Для сотрудников хотя бы раз в год нужно организовывать обучение, на котором разъяснять особые потребности инвалидов и определять оптимальные способы

их удовлетворения. Обучение проводит ответственный, результат фиксируют в специальном журнале.

Как провести текущий и капитальный ремонт

Текущий ремонт. Минздрав подготовил проект нового положения о первичной медико-санитарной помощи. Пока он находится на стадии общественного обсуждения. Если проект примут, медорганизациям придется открыть новые диагностические отделения, организовать перепланировку или ремонт.

Текущий ремонт следует проводить не реже чем раз в пять лет. Сроки зависят от физического и морального износа материалов в конструкциях и отделке, а также от режима и условий эксплуатации здания. Текущий ремонт МО оплачивает из средств ОМС.

Работы по текущему ремонту делятся на две группы. В первую группу входит профилактический или планово-предупредительный текущий ремонт. Его планируют заранее как по объему и стоимости, так и по месту и времени выполнения. Ко второй группе относится непредвиденный или неплановый текущий ремонт. Его выполняют срочно между профилактическими ремонтами.

Средства, выделенные на текущий ремонт, разделите следующим образом: 75–80 процентов – на профилактический ремонт, 15–20 процентов – на непредвиденный.

Прежде чем проводить профилактический ремонт, необходимо составить годовой план работ с разбивкой по кварталам и включить в него те работы, которые можно предусмотреть заранее. Планы на будущий год составляют осенью с учетом текущих сметных расценок.

Здания и сооружения, по которым уже запланирован капитальный ремонт, в план профилактического текущего ремонта не включают. При капитальном ремонте все



Внимание

Капитальный ремонт МО оплачивает из средств местного или областного бюджета. За счет средств ОМС его провести нельзя



Внимание

Минстрой планирует в 2020 году обновить нормативы предельной стоимости капремонта

равно придется выполнить все работы, которые относятся к текущему ремонту.

Капитальный ремонт. Капремонт проводят по мере необходимости. Его планируют по результатам обследования и мониторинга технического состояния объектов. Решение о капремонте принимает руководитель МО совместно со службой эксплуатации.

Ремонт бывает двух видов: комплексный и выборочный. При комплексном капремонте в здании заменяют или модернизируют конструктивные элементы и инженерное оборудование. Цель – полностью компенсировать физический и функциональный износ. При выборочном капитальном ремонте полностью или частично заменяют отдельные конструктивные элементы зданий или оборудования. При этом физический износ здания возмещают полностью, а функциональный – частично. Например, если МО решила поменять трубы горячего водоснабжения в поликлинике, это выборочный капремонт.

Глава 3. Как устранить дефицит кадров в поликлиническом звене

Минздрав рекомендует выровнять нагрузку между сотрудниками поликлиники, принимающими пациентов. Для этого используйте метод картирования процесса приема пациентов. Из этой главы подробнее узнаете, как рассчитать врачебную нагрузку и повысить зарплату медработникам.

Как рассчитать врачебную нагрузку

Нормы нагрузки в амбулаторном звене зависят от численности прикрепленного населения и количества врачей. Каждая медорганизация рассчитывает нормы самостоятельно.

Чтобы рассчитать нормы нагрузки, нужно определить нормы времени (t). Они бывают типовые и местные. Типовые нормы устанавливаются на отраслевом или межотраслевом уровнях, местные определяют в конкретной МО.

Минздрав определил типовые нормы времени на посещение врачей амбулаторного приема по 10 специальностям (приложение 7). Медорганизация может ориентироваться на типовые нормы, а может использовать местные.

Кроме норм времени, для расчета потребуется коэффициент использования рабочего времени врача (k). Коэффициент зависит от того, какие виды деятельности врача включены в расчетные нормы времени и каковы затраты на них.

Например, в общем случае у врача амбулаторного приема шестидневная рабочая неделя по 6,5 часа работы

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя

в день. Обед в рабочее время не входит (ст. 108 ТК). На работу, которая не относится к лечебной, врач тратит 0,5 часа в день. В эти полчаса входят служебные разговоры, конференции, личное необходимое время. В типовые нормы времени эти полчаса не включены.

Однако в регионах их могут включать в нормы (приказ Минтруда от 31.05.2013 № 235 «Об утверждении методических рекомендаций для федеральных органов исполнительной власти по разработке типовых отраслевых норм труда»).

Ситуация. Для каких врачей в амбулаторном звене применяют другой коэффициент использования рабочего времени

Коэффициент использования рабочего времени участкового фтизиатра выше, чем у других специалистов амбулаторного звена, — 0,8. Причина в том, что фтизиатру приходится работать с окружением больного: в семье, в школьно-дошкольных учреждениях, на производстве. Если переложить профилактическую работу на средний медперсонал, коэффициент врачу можно понизить.

Как повысить зарплату врачам

На зарплату врачей можно потратить средства нормированного страхового запаса. С 2019-го по 2024 год Федеральный фонд ОМС ежегодно выделяет регионам средства ОМС на эти цели.

Деньги из нормированного страхового запаса (НСЗ) на софинансирование зарплат врачей и медсестер могут получить государственные и муниципальные медучреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориальным программам ОМС.

Пример. Сколько средств терфонд перечислит медорганизации

В 2020 году медицинская организация планирует с 1 апреля принять на работу одного врача и трех медицинских сестер, с 1 августа — еще двух врачей. Средняя зарплата в регионе в 2020 году — 32 000 руб.

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя



Внимание

Минздрав пообещал, что в 2020 году ведомство введет стимулирующие выплаты для руководителей поликлиник, которые уже внедрили новую модель «бережливости». До июля 2020 года ведомство разработает нормативные требования к МО, внедряющим «бережливые технологии»

Для первого врача расчет выглядит так: $32\,000 \text{ руб.} \times 2$ (200% к среднемесячному доходу) $\times 9 \text{ мес.} \times 1,302$ (начисления – 30,2%*) = 750 000 руб. Зарплата трех медсестер составит: $3 \times 32\,000 \times 9 \text{ мес.} \times 1,302$ (начисления) = 1 124 900 руб.

На двух врачей, которых примут на работу в августе, необходимо выделить: $2 \times 32\,000 \times 5 \text{ мес.} \times 1,302$ (начисления) = 833 300 руб.

Таким образом, максимальная сумма, которую ТФОМС запланирует для медорганизации в 2020 году, составит: 750 000 руб. + 1 124 900 руб. + 833 300 руб. = 2 708 000 руб.

Медорганизация в течение года может попросить ТФОМС изменить сумму, выделенную на зарплаты из НСЗ. При этом надо учитывать, что у ТФОМС есть ограничения – предельный объем средств, выделенный всем медорганизациям в регионе из НСЗ на зарплаты сотрудникам.

Чтобы получить средства на оплату труда новых сотрудников, заключите трехстороннее соглашение и подайте заявку в территориальный фонд ОМС. Такой порядок прописан в приказе Минздрава от 22.02.2019 № 85н. Соглашение можно подать в любое время после того, как ТФОМС уведомит МО, что ей положены средства.

Стороны соглашения – ТФОМС, медорганизация и орган исполнительной власти субъекта Федерации в сфере охраны здоровья, например региональное министерство или департамент здравоохранения. Минздрав утвердил типовую форму и правила заключения соглашения в приказе от 22.02.2019 № 86н.

Медорганизация направляет в ТФОМС проект соглашения, подписанный главврачом или уполномоченным сотрудником. Проект следует составить в трех экземплярах. Территориальный фонд за три рабочих дня рассматривает проект соглашения. Если замечаний нет, фонд подписывает проект и направляет его в министерство или департамент здравоохранения региона. Ведомство последним подписывает документ и отправляет по экземпляру каждому участнику соглашения. Если ни у кого

* Начисления определяются по конкретным должностям, либо используется среднее значение по медицинской организации.

нет возражений, процедуру можно провести за шесть рабочих дней.

Составить и подать в терфонд заявку на средства из НСЗ. Ежемесячно до 5-го числа следующего месяца медорганизация подает в терфонд заявку на предыдущий месяц (приложение 8). Заявку на декабрь нужно подать до 20 декабря. В заявке медорганизация указывает прирост численности врачей и среднего медперсонала за отчетный период и сумму начисленной зарплаты с начислениями на этот прирост. Все указанные в заявке врачи и медсестры должны оказывать первичную медико-санитарную помощь.

Заполненную заявку медорганизация согласует с региональным Минздравом, после чего направляет в ТФОМС.

Если в медорганизации не выросло количество медработников, то в отчетном месяце она не получит средства НСЗ на зарплаты врачей и медсестер. Сравнивать нужно с количеством сотрудников в штате на 1 января этого года.

Дождаться поступления средств на счет. ТФОМС перечислит средства медорганизации до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, а за декабрь – до 25 декабря текущего финансового года. Деньги поступят на счета, по которым учитываются операции со средствами ОМС.

Критерии новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

№ п/п	Показатели	Целевое значение	Примечание	Источник информации
1. Управление потоками пациентов				
1.1	Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике	Не более 3 пересечений	Например: Флюорографическое, маммографическое исследование, прием врача-терапевта	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); заведующий отделением медицинской профилактики
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	Не более 1 пересечения		Картирование процессов, являющихся составной частью процесса оказания платных медицинских услуг — выявление пересечений потоков пациентов у кабинетов (в т.ч. во 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; заместитель руководителя по медицинской части, заведующий поликлиникой (отделением, филиалом поликлиники), заведующий отделением платных медицинских услуг (при наличии)

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя

№ п/п	Показатели	Целевое значение	Примечание	Источник информации
1.3	Последовательность действий пациента в потоке процесса оказания ему медицинской помощи	Не более 1 действия, порождающего возврат по потоку	Например: выписка рецептов при льготном лекарственном обеспечении, листовок нетрудоспособности, справок и пр.	Картирование процесса выписки рецептов при льготном лекарственном обеспечении, выдачи листовок нетрудоспособности, справок и пр.; схема расположения кабинетов, поэтажный план
2.	Качество пространства			
2.1	Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов	Не менее 1 места на 200 посещений плановой мощности	Описание зоны комфортного ожидания для пациентов	Расчет количества мест в зоне комфортного ожидания для пациентов в соответствии с плановой мощностью; визуальный осмотр зон (зоны) комфортного ожидания для пациентов
2.2	Организация системы навигации в медицинской организации	Поиск необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.), в том числе в точке ветвления маршрута, занимает не более 30 секунд		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.)
2.3	Организация рабочих мест по системе 5С	Реализованы 3 и более шага в организации и поддержании порядка на рабочих местах по системе 5С для всех рабочих мест	Оценивается не менее 10 рабочих мест методом случайного выбора в соответствии с проверочным листом	Стандарт рабочего места, кабинета;
2.4	Организация системы информирования в медицинской организации	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		Перечень элементов системы информирования, способ их размещения их количество и качество (содержательность, достаточность, доступность, актуальность, своевременность, точность достоверности), место размещения; способ информирования населения (буклеты, информационные бюллетени, брошюры, др.), по содержанию и наполнению согласование с ключевыми участниками (Росздравнадзор, МЧС, пожарная служба, ФОМС, др.); оценивается в соответствии с чек-листом

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя

№ п/п	Показатели	Целевое значение	Примечание	Источник информации
3. Управление запасами				
3.1	Процесс снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами от склада поставщика до медицинской организации	Уровень запасов на складе медицинской организации не превышает четверти объема годовой закупки		Сведения из модуля МИС (РМИС), с помощью которого осуществляется управление соответствующими запасами; Старшая медицинская сестра, главная медицинская сестра, бухгалтер
3.2	Процесс снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами и их расходования в медицинской организации осуществляется по принципу "точно вовремя"	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		Расчет потребности 1 месяц; сведения из модуля МИС (РМИС), с помощью которого осуществляется управление соответствующими запасами; старшая медицинская сестра, главная медицинская сестра, бухгалтер
4. Стандартизация процессов				
4.1	Соответствие текущей деятельности медицинской организации стандартизированной работе улучшенных процессов	100% (доля соответствия текущей деятельности разработанным стандартам улучшенных процессов)		Стандарты улучшенных процессов
4.2	Пересмотр стандартов улучшенных процессов	Пересмотр стандартов улучшенных процессов не реже 1 раза в год, актуализация по мере необходимости		Стандарты улучшенных процессов; сведения о сроке действия стандарта

№ п/п	Показатели	Целевое значение	Примечание	Источник информации
4.3	Время добавления ценности на приеме пациентов врачом	Не менее 50% от общего времени приема	где: Т - время, добавляющее ценность (сбор анамнеза + осмотр + манипуляции + рекомендации, в том числе профилактической направленности); i – интервал записи	Картирование процесса приема пациентов врачом
4.4	Выравнивание нагрузки между отдельными сотрудниками в процессе приема в одном рабочем помещении	Колебания нагрузки между отдельными сотрудниками, осуществляющими прием в одном рабочем помещении не более 30%		Картирование процесса приема пациентов отдельными сотрудниками в одном рабочем помещении; диаграмма рабочей загрузки (диаграмма Ямазуми)
5. Качество медицинской помощи				
5.1	Количество и сумма штрафов/удержаний/снятий, взысканных страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля, экспертизы качества медицинской помощи	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	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (умевшения оплаты медицинской помощи) в соответствии с приложением 8 к приказу ФФОМС от 01.12.2010 № 230 "Об утверждении Порядка ведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию"	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, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" за истекший календарный период

№ п/п	Показатели	Целевое значение	Примечание	Источник информации
6. Доступность медицинской помощи				
6.1	Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи	Не менее 90% - доля посещений по установленному времени; Не менее 90% - доля посещений по предварительной записи	Прием каждого отдельного специалиста медицинской организации соответствует установленным показателям	Сведения о произведенных записях из МИС, ресурса "Электронная регистратура"; наблюдение за процессом проведения амбулаторного приема и опрос пациентов, находящихся в очереди у кабинета приема
6.2	Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации	Доля записей, произведенных без посещения поликлиники, составляет не менее 50%	Удаленная запись на прием подразумевает запись: через Интернет (включая мобильные приложения); через инфомат; через колл-центр; из кабинета врача	Сведения о произведенных записях в МИС; сведения о количестве доступного времени (талонов) для записи через Интернет, колл-центр, ресурс "Электронная регистратура"
6.3	Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений	Не более 3 (трех) посещений		Сведения из МИС; учетно-отчетные формы, утвержденные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан
7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов				
7.1	Вовлеченность руководителей медицинских организаций и их заместителей во внедрение бережливых технологий	Не менее 1 проекта по улучшению в год у руководителя медицинской организации и его заместителей		Визуальное управление процессами (наличие проектной комнаты, инфоцентра, визуализация проекта)

№ п/п	Показатели	Целевое значение	Примечание	Источник информации
7.2	Работа системы подачи и реализации предложений по улучшению	Доля реализованных улучшений от принятых предложений составляет не менее 30%, с увеличением на 5% ежегодно		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
8. Формирование системы управления				
8.1	Визуальное управление процессами	Не менее 5 процессов (в соответствии с блоками системы SQDCM) управляются через инфоцентр	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)	Перечень показателей, представленный графиками, диаграммами и пр. элементами визуализации, отражающих динамику того или иного показателя, данные МИС; руководитель медицинской организации и его заместители
9. Эффективность использования оборудования				
9.1	Производительная нагрузка оборудования (далее - ПН)	Кэффициент: не менее 80% в от-ношении оборудования, используемого в диагностических целях, кроме оборудования КДЛ		Список оборудования (медицинское, немедицинское) с примечанием рабочей/нерабочее (срок) состояние, % износа; средняя ведомость; журнал использования оборудования; аналитические отчеты из BIOS оборудования за период 1-3 мес. (при наличии возможности); бухгалтер, заведующий поликлиникой

Приложение 2

Технологическая карта процесса уборки

Объект*: _____

Рабочее место** № _____ Смена: _____ – _____ Дата: « ____ » _____ 20__ года

Время начала и окончания работы	Участок уборки	Метод уборки	Оборудование	Время, ч, мин	Химическое средство, мл (разведение)	Описание работ

* Объект уборки – структурное подразделение (помещение с особым режимом работы).

** Рабочее место – в зависимости от распределения участков уборки, принятого в организации.

Приложение 3

Чек-лист оценки рабочего места по системе 5С

№ п/п	Критерий	Оценка (0 – нет, 1 – да)	Комментарий
Шаг 1. Сортировка		Кабинет № _____	
		Дата « ____ » _____ 201__ г.	
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		
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:		_____ процентов	При оценке 83 процента (15 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя

№ п/п	Критерий	Оценка (0 – нет, 1 – да)	Комментарий
Шаг 2. Сортировка		Кабинет № _____	
		Дата « ____ » _____ 201__ г.	
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 секунд		
7	Определены места хранения документации		
8	Определены места хранения личных вещей		
Итого:		_____ процентов	При оценке 83 процента (7 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу
Шаг 3. Содержание в чистоте		Кабинет № _____	
		Дата « ____ » _____ 201__ г.	
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		
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:		_____ процентов	При оценке 83 процента (13 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя

№ п/п	Критерий	Оценка (0 – нет, 1 – да)	Комментарий
Шаг 4. Стандартизация		Кабинет № _____	
		Дата «___» _____ 201__ г.	
1	Места хранения предметов, документов визуализированы (таблички, надписи и пр.)		
2	Указатели мест хранения предметов соответствуют их месторасположению:		
2.1	содержимое тумбочек, шкафов стандартизировано (одинаково у сотрудников с одинаковыми обязанностями)		
2.2	стандартизированы 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 30 секунд) и вернуть на свое место		
9	Ненужные вещи регулярно удаляются		
10	Разработан и соблюдается график уборки		
11	Все стандарты видимы и наглядны		
Итого:		_____ процентов	При оценке 83 процента (15 баллов) и больше можно переходить к следующему шагу

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя

Шаги 5С	№ п/п	Критерий	Оценка (0 – нет, 1 – да)
Шаг 5. Совершенствование			Кабинет № _____
			Дата «__» ____ 201__ г.
1С	1	Рабочее пространство организовано удобно. Обеспечена возможность бесперебойной работы	_____ процентов
	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	_____ процентов
	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	_____ процентов
	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 одного раза в неделю)	
4С	1	Места хранения предметов, документов визуализированы (таблички, надписи)	_____ процентов
	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	

Приложение 4

Министерство здравоохранения Московской области
ГБУЗ «Поликлиника»

ПРИКАЗ

20.08.2019

№ 23

О маршрутизации

В целях улучшения качества и доступности медицинской помощи, повышения уровня удовлетворенности пациентами медицинской помощи

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить порядок маршрутизации пациентов.
2. Утвердить перечень медицинских услуг, предоставляемых врачом отделения неотложной медицинской помощи.
3. Утвердить перечни медицинских услуг, предоставляемых врачом/медсестрой отделения профилактики.
4. Утвердить порядок предварительной записи пациентов в поликлинику.
5. Утвердить порядок маршрутизации пациентов стоматологического профиля.
6. Применять утвержденный порядок маршрутизации при обращении пациента в поликлинику. Оставшихся пациентов предварительно записывать к лечащему врачу.
7. Ознакомить всех медицинских работников с порядками маршрутизации под подпись.

8. Начальнику отдела информационных технологий Павлову А.В. разместить настоящий приказ на сайте учреждения.
9. Старшей медсестре регистратуры Милоновой Г.А., старшему регистратору Ивановой К.Р.:
 - обучить медицинских регистраторов и администраторов работе в соответствии с утвержденными порядками;
 - разместить порядки, утвержденные приказом, около регистратуры на информационных стендах учреждения.
10. Ответственной за маршрутизацию пациентов назначить старшую медсестру регистратуры Милонову Г.А., старшего регистратора Иванову К.Р.
11. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на главную медсестру Пивоварову О.П., заместителя главного врача по медицинской части Павлюченко П.В., заместителя по организационно-методической работе Румянцеву И.Д.
12. Считать приказ вступившим в силу с 01.09.2019.

Главный врач



Шклярский Э.Д.

Приложение 5

Памятка оператору колл-центра: как я работаю с пациентом по телефону

Этапы диалога	Что сказать/сделать
Настрой	Глубокий вдох Деловая улыбка Ровная осанка
Приветствие, представление	Добрый день! Оператор, имя Слушаю вас
Если нет ответа / плохо слышно	Вас не слышно, перезвоните, пожалуйста
Запрос информации	Какой у вас вопрос? Какая информация вас интересует?
Необходимость ожидания	Соединяю вас с... ожидайте ответа Уточняю информацию... оставайтесь, пожалуйста, на линии
Сообщение информации (конкретно, точно, без личного отношения)	По закону данная информация сообщается при личном обращении с... до... в приемном покое Стоимость... составляет... Точную информацию вам предоставит врач на приеме
Ответы на дополнительные вопросы	Информацию по данному вопросу вы получите на приеме у врача, вас перевести на регистратуру для записи?
Итог	Какие еще у вас есть вопросы?
Завершение диалога	Здоровья вам!

Приложение 6

Общество с ограниченной ответственностью «Медпроф»
(ООО «Медпроф»)

ПРИКАЗ

11.01.2020

№ 20

Москва

О создании условий оказания медицинских услуг лицам с инвалидностью

Руководствуясь пп. 9 ст. 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказом Минздрава России от 12.11.2015 № 802н «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов инфраструктуры...», Федеральным законом от 24.12.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», Сводом правил 59.13330.2012 (нов. ред СП 59.13330.2016) «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Назначить ответственным за организацию условий оказания медицинских услуг лицам с инвалидностью главного врача Ситникову Г.В.
2. Направить главного врача Ситникову Г.В. на обучение по программе повышения квалификации «Доступная среда для инвалидов» в ЦНТИ «Прогресс» (г. Санкт-Петербург) в период 11.01.2020–25.01.2020.
3. До 01.02.2020 оценить условия доступности клиники для инвалидов СП 59.13330.2012 (нов. ред СП 59.13330.2016). Составить паспорт объекта, включая поквартальный план мероприятий на 2017–2018 годы по созданию условий доступности для инвалидов. При составлении плана обеспечить физическую

Как внедрить новую модель бережливой поликлиники по требованиям Минздрава. Алгоритмы и образцы для руководителя

доступность в помещение клиники, кабинеты и туалетные комнаты, доступность информации о медуслугах и документов правового характера.

4. Финансирование плана мероприятий согласовать с директором и главным бухгалтером.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор ООО «Медпроф»



Петров П.И.

С приказом ознакомлена,
главный врач



Ситникова Г.В.

Приложение 7

Типовые нормы времени на посещение врачей поликлиники

Специалист амбулаторного звена	Нормы времени (мин)
Врач общей практики (семейный врач)	18
Врач-терапевт участковый	15
Врач-педиатр участковый	15
Врач-невролог	22
Врач-оториноларинголог	16
Врач-офтальмолог	14
Врач – акушер-гинеколог	22
Врач-кардиолог	24
Врач-эндокринолог	19
Врач – стоматолог-терапевт	44

Приложение 8

Заявка на предоставление средств нормированного страхового запаса из бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования

ГБУЗ «Детская поликлиника № 2»

(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения и/или муниципальной системы здравоохранения, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования)

для финансирования расходов медицинской организации на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала

за январь 2020 года

(месяц)

Численность на 1 января текущего года, чел.		Принято на последнее число отчетного месяца, чел.*		Уволено на последнее число отчетного месяца, чел.*		Численность на последнее число отчетного месяца, чел.		Прирост численности на последнее число отчетного месяца, чел.**		Общая сумма начисленной заработной платы и начисления на оплату труда в отчетном месяце на прирост численности, руб. и коп.		Общая потребность, руб. и коп., гр. 11 + гр. 12
Врачи	Средний медицинский персонал	Врачи	Средний медицинский персонал	Врачи	Средний медицинский персонал	Врачи, гр. 1 + гр. 3 – гр. 5	Средний медицинский персонал, гр. 2 + гр. 4 – гр. 6	Врачи, гр. 7 – гр. 1	Средний медицинский персонал, гр. 8 – гр. 2	Врачи	Средний медицинский персонал	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
100	250	2	3	1	3	101	250	1	0	73 540,00	0	73 540,00

Графы 11–13 заполняются в рублях и копейках.

Руководитель _____

Иванов
(расшифровка подписи)

Исполнитель _____
(должность)

Петров
(расшифровка подписи)

«___» _____ 20__ года
(дата составления)

Согласовано _____

(подпись уполномоченного лица органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения)

Сидоров
(расшифровка подписи)

* Заполняется нарастающим итогом с начала года.

** В случае если значение по графе 9 или 10 меньше или равно нулю, графы 11 или 12 соответственно принимаются равными нулю.