

**Департамент здравоохранения Тюменской области
Государственное автономное учреждение Тюменской области
«Медицинский информационно-аналитический центр»**

Управление процессами медицинской организации

Методические рекомендации

Тюмень, 2019

Содержание

Термины и определения	3
1. Введение	3
2. Алгоритм ежедневной работы главного врача с показателями SFM.....	4
3. Рекомендованные к мониторингу показатели медицинской организации в инфоцентре (SQDCM)	4
4. Алгоритм анализа и принятия решений на основании показателей чек-листа главного врача.....	9

Термины и определения

SFM - система операционного менеджмента, основанная на принципах Lean (бережливых технологиях), комплексный инструмент развития.

SQDCM – структурирование ответственности в системе SFM.

KPI – ключевые показатели эффективности — показатели деятельности подразделения, которые помогают организации в достижении стратегических и тактических целей.

1. Введение

Методические рекомендации разработаны в целях оптимизации и совершенствования процессного управления в медицинской организации, в рамках реализации мероприятий национального проекта «Здравоохранение», в части создания и тиражирования новой модели медицинской организации, а также в соответствии с п. 8.1. поручения заместителя Губернатора Тюменской области от 11.06.2019.

Использование процессного управления с применением SFM в проекциях SQDCM (инфоцентра) является критерием номер 8 методических рекомендаций Министерства здравоохранения РФ «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

SFM – система операционного менеджмента, основанная на принципах Lean (бережливых технологиях), комплексный инструмент развития медицинской организации.

Компоненты SFM:

1. KPI (ключевые показатели достижения целей) по:

- качеству – в первую очередь,
- безопасности,
- исполнению заказа (ритмичности процесса),
- трудозатратам,
- корпоративной культуре и вовлеченности персонала.

2. Структурированное решение проблем.

3. Контроль явки и расстановки персонала.

4. Почасовой контроль ритмичности процессов.

5. Пошаговый контроль качества.

Для каждой медицинской организации определены основные цели, доведены до каждого исполнителя. Поэтому в каждом структурном подразделении должен быть создан и функционировать свой инфоцентр с основными показателями.

В инфоцентре главного врача отслеживается не показатель сам по себе, но отклонение от нормального (целевого) значения показателя (от KPI).

Основным принципом управления медицинской организацией является принцип: «Вместе видим, вместе знаем, вместе делаем». Поэтому использование инструмента SFM является одним из важнейших составляющих командообразования медицинской организации, что способствует неформальному достижению показателей.

Для ведения инфоцентра необходимо назначить приказом ответственных за каждый раздел SQDCM лиц. Информация в инфоцентре формируется и отслеживается каскадным образом: инфоцентр главного врача, филиальный инфоцентр, отделенческий инфоцентр.

Инфоцентр необходимо расположить в доступном для ответственных сотрудников месте, где возможно проведение общего обсуждения.

2. Алгоритм ежедневной работы главного врача с показателями SFM

Главный врач в ежедневном режиме информируется о показателях в инфоцентре медицинской организации ответственными лицами по каждому разделу. Ежедневные планерки главного врача проходят в режиме «Stand up» продолжительностью не более 7 минут. На каждый раздел инфоцентра каждому ответственному лицу регламентировано не более одной минуты. В случае отклонения показателей от целевого значения, формируется таблица принятия решений по форме в таблице №1. Коллективно принимается решение о принимаемых мерах. Решение регистрируется и размещается сразу в инфоцентре. Если для решения проблемы необходим углубленный анализ возникновения проблемы, открывается проект, формируется рабочая группа (команда по улучшению), паспорт проекта размещается на проектной доске инфоцентра.¹

Информация для инфоцентра главного врача формируется из инфоцентров второго уровня (уровень филиала). Для инфоцентров второго уровня – из инфоцентра отделения.

Макет инфоцентра представлен на приложении №1.

Таблица 1.

Форма решения проблем

Описание проблемы	Ответственный за решение	Планируемые меры	Статус решения	Срок исполнения

Рекомендовано придерживаться нескольких правил при проведении ежедневных / еженедельных планерок в режиме «Stand up»:

1. Говорит один – все слушают.
2. Останавливать может только модератор планерки – главный врач.
3. Обсуждение касается только показателей.
4. Необходимо соблюдать хронометраж планерки.
5. При отсутствии отклонения от целевых значений – докладчик информирует об этом факте.
6. Главный врач / руководитель, прежде всего, обращает внимание на хорошие показатели и указывает на слаженную работу по их достижению и только во вторую очередь на отклонения от целевых. Формат обсуждения отклонений должен быть в русле конструктивного решения, недопустим поиск «виноватого».

3. Рекомендованные к мониторингу показатели медицинской организации в инфоцентре (SQDCM)

Все показатели размещаются в инфоцентре в виде диаграмм в соответствии со следующим распределением по секторам.

S (безопасность) – размещаются целевые показатели безопасности и отклонения.

Q (качество) – размещаются целевые показатели качества и отклонения.

¹ Описание проектной деятельности размещено в методических рекомендациях Минздрава России «Реализация проектов по улучшению с использованием бережливого производства в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь», (Москва, 2019г.)

D (исполнение заказа) – размещаются целевые показатели своевременности исполнения государственного заказа.

C (затраты) – размещаются целевые показатели затрат на оказание медицинской помощи в МО, а также показатели трудозатрат и нагрузки на сотрудников МО.

M (корпоративная культура) – размещаются целевые показатели отражающие уровень развития корпоративной культуры.

3.1. S (безопасность) – целевые показатели безопасности и отклонения

В секторе S размещаются показатели в виде креста безопасности (рисунок 2), перечисленные в таблице 2. Информация для инфоцентра главного врача формируется на местах (в отделениях, подразделениях, у главной сестры МО, у инженера МО). И только при наличии отклонений – отражается в инфоцентре главного врача в виде маркировки цветом.



Рисунок 2. Пример - крест безопасности состояния охраны труда в подразделении

Таблица 2. Показатели безопасности в инфоцентре главного врача медицинской организации

Наименование показателя	Ответственный за показатель	Периодичность	Примечание
Крест безопасности (включает лекарственную безопасность, безопасность среды, эпидемиологическую безопасность)	Заместитель главного врача / уполномоченный сотрудник	Ежедневно, в случае отсутствия не докладывается	Ежедневно маркируется соответствующее дате поле, зеленым цветом – без происшествий, желтым – незначительные происшествия, красный – нарушение (обязательно ниже прикрепляется таблица принятия решений). В кресте безопасности отмечаются любые эксцессы связанные с нарушением: производственной безопасности, лекарственной безопасности, безопасности

			медицинских изделий, хирургической безопасности, ИСМП, регистрируются падения и травмы на территории МО
--	--	--	---

3.2. Q (качество) – целевые показатели качества и отклонения

В секторе Q размещаются показатели в виде диаграмм (пример на рисунке 3), перечисленные в таблице 3.

Таблица 3.

Показатели качества в инфоцентре главного врача медицинской организации

№ п/п	Наименование показателя	Ответственный за показатель	Периодичность	Примечание
1.	Общая смертность	Заместитель главного врача	Ежедневно / ежемесячно	
2.	Смертность в трудоспособном возрасте	Заместитель главного врача	Ежедневно / ежемесячно	
3.	Смертность от ЗНО	Заместитель главного врача	Ежедневно / ежемесячно	
4.	Смертность от ССЗ	Заместитель главного врача	Ежемесячно / ежеквартально	
5.	Смертность от инсульта	Заместитель главного врача	Ежемесячно / ежеквартально	
6.	Младенческая смертность	Заместитель главного врача по детству	Ежемесячно / ежеквартально	

При наличии отклонений в показателях от целевых значений инициируется анализ и доклад ответственного за показатель о причинах отклонения и мероприятиях по устранению.

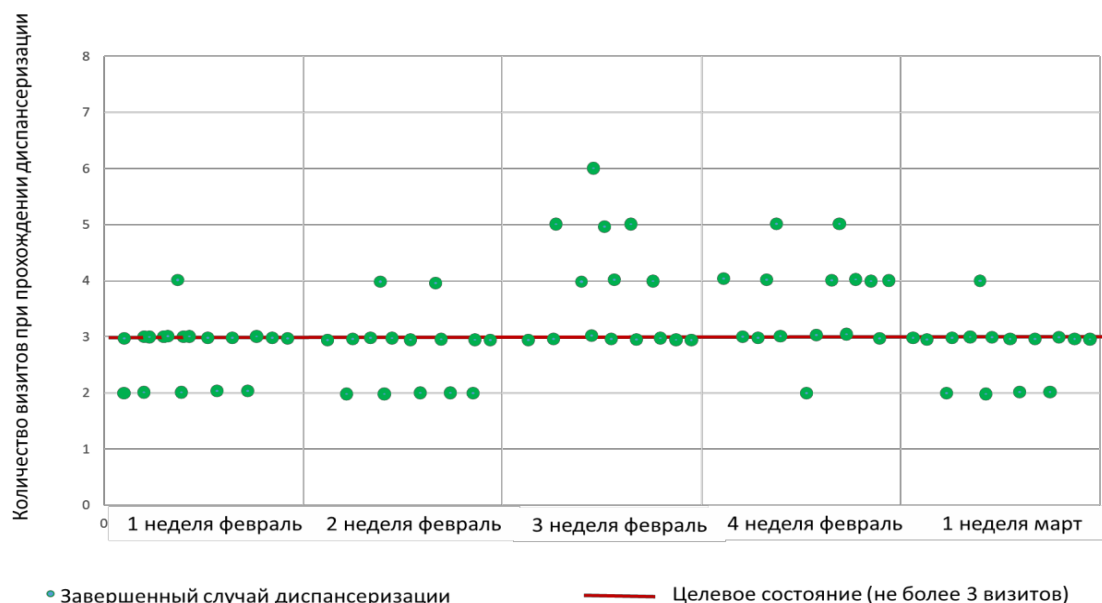


Рис. 3. Пример диаграммы в инфоцентре

3.3. D (исполнение заказа) – целевые показатели исполнения заказа и отклонения

В секторе D размещаются показатели в виде диаграмм, перечисленные в таблице 4.

Таблица 4.

Показатели исполнения заказа в инфоцентре главного врача медицинской организации

№ п/п	Наименование показателя	Ответственный за показатель	Периодичность	Примечание
1.	Доступность медицинской помощи	Организационно-методический отдел	Ежедневно / ежемесячно	По проблемным отклонениям (специальностям)
2.	Доля удаленной записи на прием минуя регистратуру	Организационно-методический отдел	Ежедневно / ежемесячно	Целевой показатель - 50%
3.	Доля амбулаторного приема строго по времени и предварительной записи	Организационно-методический отдел	Ежедневно / ежемесячно	Целевой показатель – 90%
4.	Количество пациентов, к которым осуществлен патронаж после выписки из стационара	Организационно-методический отдел	Ежедневно / ежемесячно	
5.	Количество пациентов в трудоспособном возрасте, к которым осуществлен патронаж после выписки из стационара	Организационно-методический отдел	Ежедневно / ежемесячно	
6.	Охват патронажем пациентов после выписки из стационара	Организационно-методический отдел	Ежедневно / ежемесячно	
7.	Охват диспансерным наблюдением	Организационно-методический отдел	Ежедневно / ежемесячно	
8.	Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами	Заместитель главного врача по детству	Ежедневно / ежемесячно	
9.	Выполнение плана профилактических осмотров	Организационно-методический отдел	Ежедневно / ежемесячно	

3.4. С (затраты) – целевые показатели затрат и их отклонения

В секторе С размещаются показатели в виде диаграмм, перечисленные в таблице 5.

Таблица 5.

Показатели исполнения заказа в инфоцентре главного врача медицинской организации

№ п/п	Наименование показателя	Ответственный за показатель	Периодичность	Примечание
1.	Исполнение плана ФХД	Планово-экономический отдел	ежемесячно	
2.	Кредиторская и дебиторская задолженность - наличие просроченной кредиторской задолженности - нарушение сроков оплаты счетов	Планово-экономический отдел	ежемесячно	
3.	Полнота освоения средств субсидий	Планово-экономический отдел	ежемесячно	
4.	Процент от плановых объемов	Планово-экономический отдел	ежемесячно	
5.	Количество штрафов	Планово-экономический отдел	ежемесячно	Целевой показатель – снижение на 5% ежемесячно
6.	Сумма штрафов	Планово-экономический отдел	ежемесячно	Целевой показатель – снижение на 5% ежемесячно

3.5. М (корпоративная культура) – целевые показатели развития корпоративной культуры и отклонения показателей

В секторе М размещаются показатели развития корпоративной культуры в виде диаграмм, перечисленные в таблице 6.

Таблица 6.

Показатели развития корпоративной культуры в инфоцентре главного врача медицинской организации

№ п/п	Наименование показателя	Ответственный за показатель	Периодичность	Примечание
1.	Организация рабочих мест по системе 5С	Планово-экономический отдел	еженедельно	Целевой показатель – не менее 3 шагов оценивается 10 рабочих мест выборочно ежемесячно
2.	Снижение количества жалоб	Уполномоченное лицо	ежеквартально	Целевое снижение на 5%

				ежеквартально
3.	Текущность кадров	Кадровая служба МО	ежемесячно	
4.	Доля реализованных улучшений от принятых предложений	Организационно-методический отдел	ежемесячно	Увеличение на 5% ежегодно, целевое на 2019 год – реализация 30% от принятых предложений

4. Алгоритм анализа и принятия решений на основании показателей чек-листа главного врача

Информация для чек-листа руководителя медицинской организаций поступает от ответственных лиц ежедневно. Сбор информации и ответственные (дублиеры) должны быть регламентированы приказом руководителя учреждения. В случае критических отклонений от целевых показателей информация маркируется цветом в соответствующей ячейке и докладывается руководителю на ежедневной планерке «Stand Up».

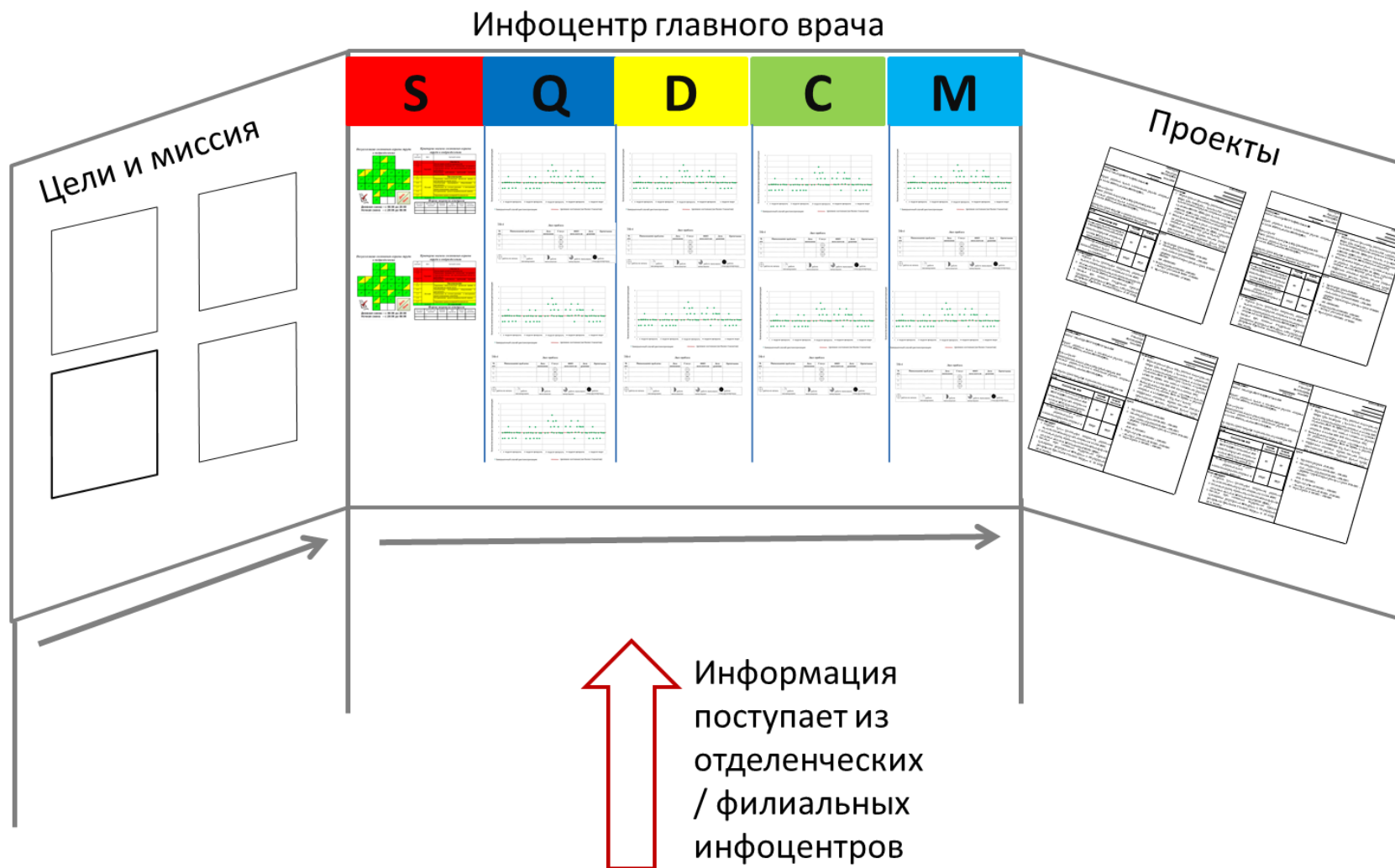
Важно! Чек-лист главного врача реализован не ради показателей, но для своевременного принятия мер по устранению возникающих проблем. Поэтому в случае отклонения от целевых показателей, необходимо либо обсудить на 7-ми минутной планерке мероприятия по устранению, либо открыть проект по улучшению в инфоцентре МО.

Показатели чек-листа указаны в приложении №2 к настоящим методическим рекомендациям.

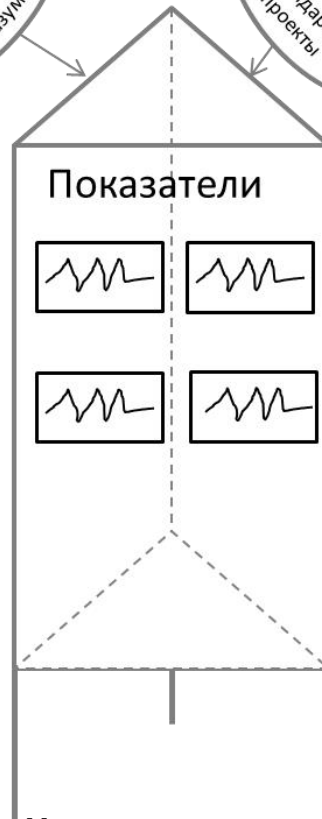
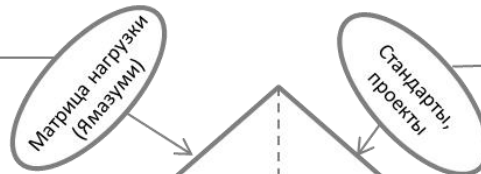
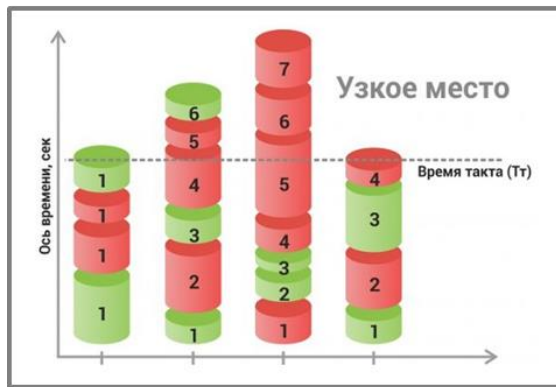
Доклад главного врача по показателям чек-листа должен занимать не более 10 минут, в соответствии с шаблоном доклада в приложении №3.

При наличии отклонений в блоках участковой и стационарной служб – должны быть озвучены актуальные сведения о деятельности медицинской организации из таблицы, отражающей ее деятельность (приложение №3 в формате Excel), а также анализ причин отклонений от показателей и пути решений.

По отклонениям показателей от целевых значений должны быть назначены сроки решения проблем, ответственный, если необходимо, - инициирована деятельность рабочей группы по устранению критических отклонений. Руководитель медицинской организации принимает и поддерживает решения рабочей группы, эскалирует решения в Департамент здравоохранения Тюменской области, в случае невозможности реализации мероприятий силами и возможностями медицинской организации, инициирует межведомственные и внутриведомственные шаги взаимодействия.



Отделенческий инфоцентр



Приложение №2

1. ПРОФИЛАКТИКА

Число лиц, прошедших скрининговые исследования		Число лиц, прошедших диспансеризацию определенных групп взрослого населения, всего			Число лиц, прошедших диспансеризацию определенных групп населения трудоспособного возраста, из числа взрослого населения		
всего	из них, с впервые выявленными заболеваниями	всего	из них:		всего	из них:	
			из них, с впервые в жизни установленным диагнозом	направлено на II этап диспансеризации		из них, с впервые в жизни установленным диагнозом	направлено на II этап диспансеризации
кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.

2. СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ							
Число лиц, умерших до прибытия бригады скорой помощи	Число пациентов, доставленных в стационар с ОКС				Число пациентов, доставленных в стационар с ОНМК		
	всего	из них, в состоянии болевого кардиогенного шока	проведено тромболизисов	доставлено в ПСО или РСЦ	всего	из них, доставлено в первые 4,5 часа	доставлено в ПСО или РСЦ
кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.

3. ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ				
Поступило пациентов по экстренным показаниям		Число госпитализированных пациентов с ОНМК		Число госпитализированных пациентов с ОКС
всего	умерло	всего	из них, доставлено в первые 4,5 часа	

кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.

4. РАБОТА СТАЦИОНАРА						
Умерло пациентов в отделениях	Число лиц, выписанных (переданных) на АПП				Число повторных инфарктов	Число повторных инсультов
	всего	из них:				
		после ОНМК	после ОКС	после пневмоний		
кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.

5. ПРОВЕДЕНО КОНСИЛИУМОВ			
Всего	Из них:		
	с использованием телемедицинских технологий	с участием главного врача	с участием главных внештатных специалистов
единиц	единиц	единиц	единиц

6.Участковая служба (первый блок)

Количество умерших						Количество вызовов скорой и неотложной помощи к лицам, имеющим хронические заболевания (по поводу гипертонического криза, приступа бронхиальной астмы, ХИБС)				Количество пациентов, к которым осуществлен патронаж после выписки из стационаров (с БСК, заболеваниями органов дыхания)	
всего	на дому	из них:				всего	доставлено в стационар	из них:		всего	из них, в трудоспособном возрасте
		в возрасте 0-17 лет		в трудоспособном возрасте				в трудоспособном возрасте			
		всего	из них, на дому	всего	из них, на дому			всего	из них, доставлено в стационар		
кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	

6.Участковая служба (второй блок)

Диспансерное наблюдение: Число лиц, взятых под диспансерное наблюдение после выписки из стационара после перенесенного инфаркта и инсульта		ВМП (БСК)		Онкология: направлено в ГАУЗ ТО «Многопрофильный клинический МЦ «Медицинский город» (заполняют все ЛПУ)		
всего	из них, количество пациентов, к которым осуществлен патронаж	направлено на консультацию с целью решения вопроса о получении ВМП	получили	направлено с подозрением	подтвержден диагноз	назначено специализированное лечение
кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.

7. Пациенты требующие дополнительного контроля участковой службы

Пациенты с состоянием средней и тяжелой степени тяжести получающие лечение на дому

всего	из них (из графы 6.1)		в том числе (из графы 6.1)					
	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста и дети	маломобильные и нетранспортабельные (паллиативные) пациенты	осмотрено в отчетную дату	в тяжелом состоянии	госпитализировано	назначено/откорректировано амбулаторное лечение	вакцинировано от гриппа
кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.

8. РОДОВСПОМОЖЕНИЕ

Количество женщин, поставленных на учет по беременности	Количество аборт по желанию, до 12 недель	Количество беременных, направленных на госпитализацию в учреждения родовспоможения II и III уровней				Количество пар, наблюдающихся по бесплодию в ГБУЗ ТО "Перинатальном центре" (г.Тюмень)	
		всего	из них:			впервые поставленных на диспансерное наблюдение	направленных на ЭКО, всего
			II уровень	III уровень	на койки сестринского ухода		
кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.	кол-во чел.

Форма ежедневного доклада главного врача по показателям оказания медицинской помощи в медицинской организации.

В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОТМЕЧАЕТСЯ В ЦЕЛОМ (ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ/ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ) ТЕНДЕНЦИИ В СЛЕДУЮЩИХ БЛОКАХ
.....

По блоку ПРОФИЛАКТИКА отмечается снижение/увеличение показателя в сравнении с предыдущим днем / периодом.

Проанализированы причины недостижения показателя -

Принимаются следующие меры:

1. Открыт проект по улучшению ...
2. Внесены изменения в стандарт ...
3. Добавлены
4. Удалены лишние

По блоку СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ отмечается снижение/увеличение показателя в сравнении с предыдущим днем / периодом.

Проанализированы причины недостижения показателя -

Принимаются следующие меры:

1. Открыт проект по улучшению ...
2. Внесены изменения в стандарт ...
3. Добавлены
4. Удалены лишние

По блоку ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ И РАБОТА СТАЦИОНАРА отмечается снижение/увеличение показателя в сравнении с предыдущим днем / периодом.

Проанализированы причины недостижения показателя -

Принимаются следующие меры:

1. Открыт проект по улучшению ...
2. Внесены изменения в стандарт ...
3. Добавлены
4. Удалены лишние

По блоку КОНСИЛИУМОВ отмечается снижение/увеличение показателя в сравнении с предыдущим днем / периодом.

Проанализированы причины недостижения показателя -

Принимаются следующие меры:

1. Открыт проект по улучшению ...
2. Внесены изменения в стандарт ...
3. Добавлены
4. Удалены лишние

По блоку РАБОТЫ УЧАСТКОВОЙ СЛУЖБЫ отмечается снижение/увеличение показателя в сравнении с предыдущим днем / периодом.

Проанализированы причины недостижения показателя -

Принимаются следующие меры:

1. Открыт проект по улучшению ...
2. Внесены изменения в стандарт ...
3. Добавлены
4. Удалены лишние

По блоку ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ отмечается снижение/увеличение показателя в сравнении с предыдущим днем / периодом.

Проанализированы причины недостижения показателя -

Принимаются следующие меры:

1. Открыт проект по улучшению ...
2. Внесены изменения в стандарт ...
3. Добавлены
4. Удалены лишние

По блоку РОДОВСПОМОЖЕНИЕ отмечается снижение/увеличение показателя в сравнении с предыдущим днем / периодом.

Проанализированы причины недостижения показателя -

Принимаются следующие меры:

1. Открыт проект по улучшению...
2. Внесены изменения в стандарт ...
3. Добавлены
4. Удалены лишние

Алгоритм работы главного врача областной многопрофильной медицинской организации

- 7.15-8.00** – обход реанимационных отделений взрослого стационара (понедельник, среда, пятница), детского стационара (вторник, четверг)
- 8.00–8.30** – составление плана работы на день, постановка целей и задач
- 8.30–9.00** – планерка с заведующими отделений (инфоцентр),
- 9.10–10.00** – работа с документами
- 10.00–11.00** – административный обход отделений
- 11.00–12.00** – решение оперативных вопросов, участие в работе команд по улучшениям (Новая модель медицинской организации)
- 12.00–13.00** – обеденный перерыв
- 13.00–14.00** – встреча с заведующими отделений, руководителями служб, командой по контролю качества стандартизированных процессов
- 14.00–15.00** – работа с документами
- 15.00–16.00** – встреча с начальником финансово-экономической службы
- 16.00–16.30** – встреча с главным бухгалтером
- 16.30–17.00** – работа с документами

Еженедельные мероприятия

Понедельник

- заслушивание выступлений работников, прошедших обучение (8.50 – 9.10);
- планерка с административно-управленческим персоналом (9.30 – 10.00);
- обход клинических отделений (10.00 – 11.30, 2 отделения / день)

Вторник

- работа в операционной (9.00 – 11.00);
- ВКС совещание с Минздравом по вопросу реализации национальных проектов (12.00 – 14.00)

Среда

- заслушивание выступлений работников, прошедших обучение (8.50 – 9.10);
- планерка по вопросам внедрения, эффективности и полноты использования медицинской информационной системы в учреждении (13.00 – 13.30, 1 и 3 среда месяца)
- встреча, конференция с сотрудниками взрослой поликлиники (13.30 – 14.30);

Четверг

- обход клинических отделений (10.00 – 11.30, 2 отделения / день);
- прием граждан по личным вопросам (16.00 – 17.00)

Пятница

- общебольничное собрание (14.00 – 15.00)

Приложение 5.

Алгоритм работы главного врача областной (участковой / районной) медицинской организации, заведующего филиалом

8.00-9.00 Общебольничная планерка: доклад дежурной смены приемного отделения, СМП; анализ и разбор пациентов находящихся в ПИТ.

9.00-10.00 Обход отделений стационара, поликлиники совместно с заведующими, при наличии пациентов нуждающихся в консилиуме.

10.00-10.30 Планерка с заведующими (инфоцентр).

10.30-11.00 Обход территории совместно с специалистом хозяйственной службы.

11.00-12.00 Работа с входящей корреспонденцией Департамента здравоохранения Тюменской области и других ведомств, участие в работе команд по улучшениям (Новая модель медицинской организации)

12.00-13.00 Обед.

13.00-14.00 Работа в поликлинике (ВК).

14.00-15.00 Планерка:

Вторник – специалисты КДЛ

Среда – старшие сестры УРБ

Четверг – обучающие семинары с врачами

Пятница (1 раз в месяц) – фельдшера ФАП, хозяйственная служба

15.00-16.00 Прием граждан по личным вопросам

16.00-17.00 Работа с документами

Комиссия по начислению стимулирующих выплат - 20 число каждого месяца

Встречи рабочих групп «Создание новой модели медицинской организации»

Команда №1 - понедельник 13.00

Команда №2 - среда 11.00

Команда №3 – вторник 13.00

Команда №4 – вторник 10.00

Команда №5 - четверг 10.00

Рабочая группа с командой по контролю качества стандартизированных процессов (СМК) – вторник 15.00

Еженедельно – объезд ФАПов, филиалов – понедельник/пятница

Алгоритм работы главного врача медицинской организации, оказывающей амбулаторную первичную медико-санитарную помощь (поликлиники)

8.00-8.30 – проверка электронной почты, входящей корреспонденции

8.30-9.00 – обход call-центра, регистратуры

9.00 – планерка ежедневная (заслушивание заведующих отделениями, старших медицинских сестер, отчет каждого руководителя за прошедшую неделю, главный бухгалтер, экономист, главный инженер, начальник управления персоналом, специалист ГО и ЧС, главная медицинская сестра, провизор аптеки, отдел госзакупок с обсуждением и принятием решений по возникающим проблемам в ходе работы, ответственных по блокам инфоцентра);

10.00 – работа с документацией / участие в работе команд;

12.00 – обход (3 отделения в день);

15.30-17.00 - работа с документацией / участие в работе команд;

Планерки еженедельные по отделениям с сотрудниками по каждому филиалу:

Педиатрия - среда 11.00

Терапия - четверг 13.30

Женская консультация - пятница 14.30

Комиссия по начислению стимулирующих выплат - 20 число каждого месяца

Встречи с командами «Новой модели медицинской организации»

Команда №1 - понедельник 13.00

Команда №2 - среда 11.00

Команда №3 – вторник 13.00

Команда №4 – вторник 10.00

Команда №5 - четверг 10.00

Рабочая группа с командой по контролю качества стандартизированных процессов (СМК) – вторник 15.00

Алгоритм работы главного врача специализированной медицинской организации / диспансера

7.00-8.00 рабочее место: просмотр системы электронного документооборота Бюрократ, сайтов МИАЦ, Росздравнадзора, Министерства здравоохранения, Врачи РФ, Роспотребнадзора, Российское общество фтизиатров и др.

8.00-8.30 (понедельник) планерка с Административно-управленческим персоналом (отчет каждого руководителя за прошедшую неделю, главный бухгалтер, экономист, главный инженер, начальник управления персоналом, специалист ГО и ЧС, главная медицинская сестра, провизор аптеки, отдел госзакупок с обсуждением и принятием решений по возникающим проблемам в ходе работы, ответственных по блокам инфоцентра)

8.30-9.15 ежедневная утренняя планерка с отчетами дежурных врачей и заведующих филиалами (подключение по видеоконференцсвязи в конференцзале) за прошедшие выходные, с докладом о тяжелых пациентах находящихся под наблюдением в отделениях и отделении анестезиологии и реанимации, краткий разбор всех умерших за отчетный период, обсуждение и принятие решений по возникающим проблемам в ходе работы.

9.15-10.15 подписание документов с главным бухгалтером, службой управления персоналом, экономистом, отделом закупок.

10.15-11.00 (понедельник) подписание ответов на запросы Следственных органов, судебных запросов, подготовленных ответов, отчетов, мониторингов специалистами с разные инстанции (Департамент Здравоохранение, Роспотребнадзор, и т.д.)

Остальные дни недели – плановый обход отделений

11.00-12.00 просмотр системы Бюрократ, сайт МИАЦ, обсуждение вопросов по текущей деятельности с заместителем главного врача, главной медицинской сестрой, руководителем организационно-методической службы, заведующими филиалов и т.д.

12.00-13.00 Обед

13.00-16.00 - Подписание документов с главным бухгалтером, службой управления персоналом экономистом, отделом закупок. Участие в разработке алгоритмов, СОПов, приказов по основной деятельности по текущей деятельности. Рабочая группа с командой по контролю качества стандартизированных процессов (СМК), Внеплановые выходы в отделение с контролем качества оказания медицинской деятельности, санитарного содержания отделений, материально-технического обеспечения и порядка хранения медикаментов.

16.00-17.00 - просмотр системы Бюрократ, приведение в порядок рабочего места

Еженедельные мероприятия

Вторник:

14.00-16.00 встречи с командами «Новой модели медицинской организации»

Среда:

13.00-14.00 врачебная планерка в соответствии с планом врачебных конференций на год.

14.00-16.00-Прием посетителей по записи (в соответствии с регламентом)

Четверг:

14.00-16.00 встречи с командами «Новой модели медицинской организации», СМК

Пятница:

11.00-12.00 участие в заседании расширенной комиссии ЦВКК (разбор сложных случаев диагностики, назначение 5 режима химиотерапии, беседы с пациентами по формированию приверженности к лечению и т.д.)

13.00-15.00 - обход в хирургическом отделении, разбор каждого случая направленного на оперативное лечение в рамках внутреннего контроля качества, выявление дефектов ведения и наблюдения за пациентами на этапах амбулаторного и стационарного лечения

ДОПОЛНИТЕЛЬНО:

1. Еженедельный контроль работы специалистов в федеральных и региональных регистрах
2. Ежемесячное участие в работе комиссии по разбору летальных случаев.
3. Ежеквартальное участие в проведение кагортного ревю, по эффективности лечения и наблюдения
4. 2 раза в месяц участие в проведении заседания комиссии по приверженности к лечению среди пациентов, у которых зафиксирован отрыв от лечения
5. Выезды в филиалы не реже одного раза в месяц
6. Выезды в областные номерные больницы с практической и контрольной функцией - ежеквартальные