



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

07.04.2021

г. Тюмень

О порядке создания и деятельности команд, реализующих улучшения в медицинских организациях

С целью внедрения интегрированной системы управления качеством, основанной на «бережливом производстве», создания и тиражирования новой модели медицинской организации

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить порядок формирования и деятельности команд, реализующих улучшения в медицинских организациях (далее - команда) (далее — Порядок) в соответствии с приложением 2 к настоящему приказу.

2. Главным врачам медицинских организаций в соответствии со списком в приложении 1 к настоящему приказу обеспечить:

2.1. сбор предложений и реализацию не менее 30% предложений по улучшениям работы медицинской организации от сотрудников и пациентов;

2.2. мониторинг улучшения процессов, с передачей методик расчета целевых показателей в Региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи Тюменской области (далее — РЦ ПМСП) для автоматизации на электронную почту rcrmsp72@miac-tmn.ru.

2.3. формирование поводов для СМИ с краткой передачей в РЦ ПМСП, для дальнейшей подготовки статей, не менее одного в квартал на электронную почту rcrmsp72@miac-tmn.ru.

3. Директору государственного автономного учреждения Тюменской области «Медицинский информационно-аналитический центр» обеспечить:

3.1. методическое сопровождение команд в соответствии с положением о РЦ ПМСП;

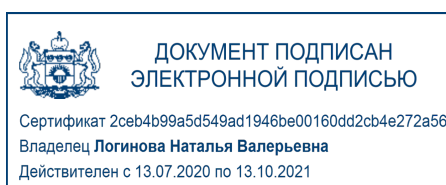
3.2. передачу предложений по улучшениям (далее — ППУ), требующих автоматизации, от РЦ ПМСП в центр цифровой трансформации

здравоохранения региона в срок не более 10 дней от даты подачи ППУ.

4. Совместный приказ Департамента здравоохранения Тюменской области и Департамента здравоохранения Администрации города Тюмени от 06.07.2018 №26-34-450/8/429 «О регламентировании работы медицинских организаций в рамках приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» считать утратившим силу.

5. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента, начальника управления лицензирования, лекарственного обеспечения и информатизации здравоохранения.

Директор



Н.В. Логинова

Список медицинских организаций

1. ГАУЗ ТО «Многопрофильный консультативно-диагностический центр»;
2. ГАУЗ ТО «Детский психоневрологический лечебно-реабилитационный центр «Надежда»;
3. ГАУЗ ТО «Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город»;
4. ГАУЗ ТО «Научно-практический медицинский центр»;
5. ГАУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер»;
6. ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр»;
7. ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»;
8. ГАУЗ ТО «Ялуторовский санаторий-профилакторий «Светлый»;
9. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 1»;
10. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 12»;
11. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 14»;
12. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17»;
13. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 3»;
14. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 4»;
15. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»;
16. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 6»;
17. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 8»;
18. ГАУЗ ТО «Ишимская городская стоматологическая поликлиника»;
19. ГАУЗ ТО «Лечебно-реабилитационный центр «Градостроитель»;
20. ГАУЗ ТО «Стоматологическая поликлиника № 1»;
21. ГАУЗ ТО «Тобольская городская стоматологическая поликлиника»;
22. ГАУЗ ТО «Хоспис»;
23. ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 13»;
24. ГБУЗ ТО «Областная стоматологическая поликлиника»;
25. ГБУЗ ТО «Областная больница № 14 имени В.Н.Шанаурина» (с.Казанское);
26. ГБУЗ ТО «Областная больница № 15» (с.Нижняя Тавда);
27. ГБУЗ ТО «Областная больница № 20» (с.Уват);
28. ГБУЗ ТО «Госпиталь для ветеранов войн»;
29. ГБУЗ ТО «Областная больница № 11» (р.п.Голышманово);

30. ГБУЗ ТО «Областная больница № 12» (г.Заводоуковск);
31. ГБУЗ ТО «Областная больница № 13» (с.Исетское);
32. ГБУЗ ТО «Областная больница № 23» (г. Ялуторовск);
33. ГБУЗ ТО «Областная больница № 24» (с.Ярково);
34. ГБУЗ ТО «Областная больница № 3»(г.Тобольск);
35. ГБУЗ ТО «Областная больница № 4» (г.Ишим);
36. ГБУЗ ТО «Областная больница № 9» (с.Вагай);
37. ГБУЗ ТО «Областная инфекционная клиническая больница»;
38. ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1»;
39. ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2»;
40. ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»;
41. ГБУЗ ТО «Областная станция переливания крови»;
42. ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер»;
43. ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер»;
44. ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г.Тюмень);
45. ГБУЗ ТО «Родильный дом № 2»;
46. ГБУЗ ТО «Родильный дом № 3»;
47. ГБУЗ ТО «Станция скорой медицинской помощи»;
48. ГБУЗ ТО «Тюменский специализированный дом ребенка»;
49. ГБУЗ ТО «Центр профилактики и борьбы со СПИД»;
50. ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы»;
51. ГБУЗ ТО «Областная больница № 19» (г.Тюмень);
52. ГКУ ТО «Областной медицинский центр "Резерв»;
53. ГКУ ТО «Фарма».

Порядок формирования и деятельности команд, реализующих улучшения в медицинских организациях

1. Общие положения

Настоящий порядок определяет:

- последовательность действий команд в процессе внедрения принципов «бережливого производства» в деятельность учреждения;
- взаимодействие команд с заинтересованными сторонами;
- передачу результатов проектной деятельности команд в операционную деятельность МО.

Термины и сокращения принятые в порядке:

«Бережливые» технологии в здравоохранении - технологии, использующие подход поиска, анализа и устранения потерь в потоках создания ценности медицинских организаций в целях обеспечения качества и непрерывности медицинской помощи;

ВЦ - время цикла (время, необходимое для завершения одного цикла операции);

ВСЦ - время создания ценности (время оказания полезной услуги для пациента);

ГАУ ТО «МИАЦ» - Государственное автономное учреждение Тюменской области «Медицинский информационно-аналитический центр»;

ДЗТО - Департамент здравоохранения Тюменской области;

ДК - дорожная карта реализации Проекта;

Команда - группа уполномоченных сотрудников медицинской организации по внедрению улучшений в деятельность учреждения;

КЭ - коэффициент эффективности потока, рассчитывается по формуле $КЭ\% = \frac{ВСЦ}{ВЦ} * 100$;

МО - медицинская организация;

КПСЦ — карта потока создания ценности;

СППУ — система подачи предложений по улучшениям;

Проект - целенаправленная ограниченная во времени деятельность, осуществляемая для удовлетворения конкретных потребностей заказчика, представляет собой совокупность мероприятий, направленных на оптимизацию повторяющегося процесса или решение конкретных проблем в процессе с применением инструментов бережливого производства;

Процесс - совокупность последовательных операций, направленных на создание услуги для заказчика;

ТПР - тактический план реализации мероприятий проекта;

РЦ ПМСП ТО - региональный центр организации первичной медико-

санитарной помощи Тюменской области;

Успешная практика - формализация уникального успешного опыта медицинской организации в части организации медицинского процесса;

ЦПМСП - центр организации первичной медико-санитарной помощи Минздрава России;

СОК / СОП - стандартная операционная карта / стандартная операционная процедура;

ИСУП — информационная система управления проектами.

Основные принципы и этапы проектной деятельности в медицинской организации

Медицинская организация, внедряющая принципы бережливого производства, руководствуется методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ. Источником и инициатором улучшений процессов в МО могут являться:

- системный «голос пациента»,
- предложение пациента и сотрудника по улучшению, поданное на листе предложений, на крауд-платформе¹, через систему подачи предложений,
- любая проблема в МО (в том числе в результате работы инфоцентра МО), для решения которой необходимы анализ и открытие проекта,
- неверное протекание стандартизированного потока (в том числе формализованных региональными / федеральными нормативно-правовыми актами),
- проблемы внедрения автоматизированного процесса,
- замечания от регуляторов в сфере здравоохранения и / или РЦ ПМСП по результатам аудитов.

Подготовительный этап

Команда формируется на добровольной инициативной основе. Состав команды утверждается актом МО. На функциональной основе в медицинской организации главным врачом определен администратор проектной деятельности, который отслеживает своевременность выполнения мероприятий проекта и направляет основную информацию в РЦ ПМСП. Ведение проектов в электронном виде возможно в ИСУП Тюменской области. Для доступа в ИСУП необходимо обратиться в РЦ ПМСП по электронной почте rcrmsp72@miac-tmn.ru. Администратор проекта ведёт ТПР в МО.

Информацию об инициации проекта (протокол, подписанный главным врачом МО) в соответствии с приложением 1 к настоящему Порядку, необходимо направлять в РЦ ПМСП на электронный адрес rcrmsp72@miac-tmn.ru.

1 В разработке

tmn.ru не позднее 5 дней от даты принятия решения согласно форме в приложении 1 к настоящему Порядку.

Проектная комната (Обея) для встречи команды формируется в общедоступном для всех сотрудников месте, желательно в конференц-зале либо в другом помещении общего сбора сотрудников, и месте проведения планерок и совещаний.

Аналитический этап

После утверждения проекта и состава команды, руководитель команды формирует паспорт проекта в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России. Обязательными являются четыре контрольные точки проекта: подготовка и открытие проекта, диагностика и целевое состояние, внедрение улучшений, закрепление результатов и закрытие проекта. Важной является точка перехода состояния анализа в реализацию — kick-off — защита плана мероприятий (ТПР) перед заказчиком (главным врачом / руководителем медицинской организации). На защиту плана мероприятий приглашаются заинтересованные стороны проекта. Утвержденный ТПР, а также протокол kick-off в соответствии с формой в приложении 2 к настоящему Порядку направляется на согласование в РЦ ПМСП на электронный адрес gsrmsp72@miac-tmn.ru.

Для полноценной визуализации проекта в проектной комнате (Обея) обязательными к размещению являются следующие документы:

- информация о команде и руководителе команды (с фотографиями);
- паспорт проекта;
- ТПР проекта;
- КПСЦ текущего и целевого состояния;

Результат анализа, анкетирования и другие необходимые и регламентированные методические рекомендации Минздрава России, рекомендовано хранить в электронном виде, либо в общедоступных папках.

Внедрение

Длительность проекта в общей сложности не должна превышать 6 месяцев. В случае не достижения целевых показателей проект закрывается промежуточными результатами и начинается снова от текущих показателей.

В случае отсутствия результата, и признания проекта не состоятельным оформляется протокол команды по форме в приложении 3 к настоящему Порядку, подписывается руководителем МО и направляется в установленном порядке в РЦ ПМСП.

Закрепление результатов

Завершение проекта регистрируется в журнале проектной деятельности, стандарты, алгоритм и другая необходимая информация по завершеному успешно проекту, в соответствии с приложением 4 к настоящему Порядку, а также протокол по форме в приложении 3 к настоящему Порядку направляется в РЦ ПМСП на электронный адрес gsrmsp72@miac-tmn.ru, а также в отдел по контролю качества медицинской организации для регулярного мониторинга устойчивости улучшенного процесса. СОК / СОП утверждается главным врачом. Схема проектной деятельности представлена в приложении 7 к настоящему Порядку.

Уполномоченный по качеству в МО не реже, чем раз в год, проводит аудит стандартизованного процесса. В случае выявления несоответствия и / или неисполнения СОП / СОК, информирует главного врача на регулярно проводимых планерках “Stand-up”. Принятие решения о тактике управленческих решений реализуется в соответствии с методическими рекомендациями Департамента здравоохранения Тюменской области «Управление процессами в медицинской организации» в инфоцентре МО. (Поручение Департамента здравоохранения Тюменской области от 19.06.2019г. № 57/31)

2. Права и обязанности руководителя МО и команды МО

2.1. Руководитель медицинской организации:

- 2.1.1. утверждает процесс для оптимизации и тему проекта;
- 2.1.2. формирует команду по внедрению проекта, утверждает ее состав, определяет еженедельную периодичность встреч, определяет руководителя команды, место размещения проектной комнаты (Обея);
- 2.1.3. осуществляет общее руководство работой команды и администратора проектов в медицинской организации, участвует в ее совещаниях;
- 2.1.4. утверждает ДК и ТПР;
- 2.1.5. участвует в стартовой совещании, kick – off, итоговом совещании;
- 2.1.6. привлекает к работе в команде (при необходимости) участников со стороны ДЗТО и других МО.

2.2. Администратор проекта:

- 2.2.1. отслеживает своевременность выполнения мероприятий по проекту (ДК и ТПР), в том числе с использованием информационной системы управления проектами (<https://agile.72to.ru>);
- 2.2.2. направляет в РЦ ПМСП запрос о проведении тренинга, семинара, консультации;

- 2.2.3. ведет протокол совещаний команды;
- 2.2.4. информирует руководителя медицинской организации о ходе выполнения ТПР;
- 2.2.5. формирует необходимую документацию по проекту в соответствии со стандартами и методическими рекомендациями Минздрава РФ;
- 2.2.6. направляет отчетную и другую запрашиваемую информацию в РЦ ПМСП ТО, в соответствии с приложением 5 к настоящему Порядку;
- 2.2.7. обращается в РЦ ПМСП ТО с вопросами, замечаниями, за методической поддержкой;
- 2.2.8. информирует РЦ ПМСП ТО о текущих мероприятиях и основных результатах проекта;
- 2.2.9. ежемесячно на проводимом совещании в формате видеоконференцсвязи информирует РЦ ПМСП ТО о реализации мероприятий, предусмотренных ТПР, по состоянию на текущую дату.

2.3. Команда и руководитель команды:

- 2.3.1. формирует проектную комнату (Обея) в соответствии со стандартами, предоставленными ЦПМСП;
- 2.3.2. разрабатывает анкету пациента для анализа состояния улучшаемого процесса (если необходимо);
- 2.3.3. проводит анкетирование пациентов по улучшаемому процессу в соответствии с целями проекта (если необходимо);
- 2.3.4. проводит анализ процесса с использованием «бережливых» технологий с учетом результатов анкетирования пациентов (если необходимо);
- 2.3.5. рассчитывает экономическую эффективность оптимизации процесса;
- 2.3.6. формирует паспорт проекта, план мероприятий (ДК и ТПР) и направляет на утверждение руководителю медицинской организации;
- 2.3.7. контролирует исполнение мероприятий в соответствии с утвержденным планом (ТПР);
- 2.3.8. оценивает эффект от внедрения оптимизированных процессов в деятельность МО;
- 2.3.9. формирует алгоритм применения успешной практики, в соответствии с шаблоном, и направляет его в РЦ ПМСП на согласование.

3. Права и обязанности сотрудников РЦ ПМСП

- 3.1. сотрудники РЦ ПМСП оказывают методическую поддержку МО:
 - 3.1.1. размещают нормативную правовую информацию на официальном сайте ГАУ ТО «МИАЦ» в разделе «Бережливая поликлиника»;
 - 3.1.2. согласовывают паспорт проекта, ТПР и ДК МО, алгоритм применения успешной практики в МО;

3.1.3. участвуют в работе команд;

3.1.4. проводят обучающие и мотивирующие тренинги по вопросам применения «бережливых» технологий в МО;

3.1.5. проводят совещания с командой по вопросам оптимизации процессов в деятельности МО (с выездом в МО или в режиме видеоконференцсвязи);

3.1.6. информируют о планируемых мероприятиях регионального и федерального уровня в рамках реализации Проекта;

3.1.7. оценивают своевременность выполнения мероприятий по ТПР МО в соответствии с направленными руководителями команд отчетами.

4. Порядок направления лучших практик на внедрение в МО

4.1. команда МО протоколом определяет успешность оптимизированного процесса;

4.2. руководитель команды формирует и направляет на согласование в РЦ ПМСП ТО алгоритм успешной практики;

4.3. к направляемому алгоритму, СОП и/или СОК в РЦ ПМСП ТО прикладываются показатели картирования (ВЦ, ВСЦ, КЭ) до оптимизации и в результате выполненных мероприятий, а также показатели экономической эффективности оптимизированного процесса, в соответствии с приложением 6 к настоящему Порядку;

4.4. РЦ ПМСП ТО выносит алгоритм успешной практики на обсуждение с куратором реализации проекта в ДЗТО, с привлечением экспертов в области оптимизируемого процесса, на стратегической сессии. Результаты обсуждения оформляются протоколом;

4.5. в случае определения успешности оптимизированного процесса, РЦ ПМСП ТО размещает алгоритм успешной практики на официальном сайте ГАУ ТО «МИАЦ» в разделе «Бережливая поликлиника», в методических рекомендациях, и направляет в МО;

4.6. главный врач МО обеспечивает внедрение алгоритма успешной практики в возглавляемой МО в соответствии с разработанными мероприятиями (по применимости).

Протокол инициации проекта № __

<Медицинская организация>

Председатель совещания: ФИО должность (уровень главного врача/
заместителя главного врача)

Присутствовали:

ФИО должность

ФИО должность

.....

Решение об инициации проекта <название> на основании (подчеркнуть):

- системный «голос пациента»,
- предложение по улучшению, поданное на листе предложений, на крауд-платформе от сотрудника (ФИО, должность) / пациента (подчеркнуть) (СППУ),
- любая проблема в МО (в том числе в результате работы инфоцентра МО), для решения которой необходимы анализ и открытие проекта,
- неверное протекание стандартизованного процесса (в том числе формализованных региональными / федеральными нормативно-правовыми актами),
- проблемы внедрения автоматизированного процесса,
- замечания по результатам аудитов регуляторов в сфере здравоохранения и / или РЦ ПМСП.
- другое _____ (описать подробно)

Проект относится к улучшению процесса <из списка в приложении № 6²>

Дата

Подпись главного врача

Протокол kick-off проекта № __

<Медицинская организация>

Председатель совещания: ФИО должность (уровень главного врача/
заместителя главного врача)

Присутствовали:

ФИО должность

ФИО должность

.....

План мероприятий (ТПР) в приложении к протоколу:

утвердить

отправить на доработку (описать доработку)

отклонить (указать причину)

Дата

Подпись главного врача

Протокол завершения проекта № __

<Медицинская организация>

Председатель совещания: ФИО должность (уровень главного врача/
заместителя главного врача)

Присутствовали:

ФИО должность

ФИО должность

.....

Проект <Название> (подчеркнуть):

считать успешно завершённым, и направить алгоритм, СОК / СОП, методические документы, выполненный ТПР в РЦ ПМСП Тюменской области на согласование и для проведения публичной защиты <дата>.

считать завершённым с промежуточными результатами по причине _____(указать причину), и направить алгоритм, СОК / СОП, методические документы, выполненный ТПР в РЦ ПМСП Тюменской области на согласование и для проведения публичной защиты <дата>.

считать не состоятельным по причине _____(указать причину).

Дата

Подпись главного врача

**Протокол на изменения в НПА регионального / федерального уровня
№ __**

<Медицинская организация>

Председатель совещания: ФИО должность (уровень главного врача/
заместителя главного врача)

Присутствовали:

ФИО должность

ФИО должность

.....

В рамках реализации проекта командой по улучшению процесса <название
процесса> проекта <название> установлено _____, Необходимо
внесение изменений в <НПА> пункт <> строка <>. Сформулировать

_____.

Дополнить _____.

Результаты анализа представлены в приложении к протоколу.

Дата

Подпись главного врача

Алгоритм взаимодействия и отчетности

№ п/п	Какая информация передается	Кто передает информацию	Кому передается информация	Когда передает информацию	Как передается информация
1.	Статус проекта, в том числе по выполнению контрольной точки (КТ) и ТПР	Администратор проектной деятельности в МО	РЦ ПМСП, ДЗТО	Оперативно	Электронная почта, Agile
2.	Об инициации проекта в МО	Руководитель МО	РЦ ПМСП	В течение 5 дней после подписания протокола	Протокол по электронной почте
3.	О защите плана мероприятий	Руководитель МО	РЦ ПМСП	В течение 5 дней после защиты	Протокол по электронной почте
4.	О завершении проекта	Руководитель МО	РЦ ПМСП, ДЗТО	В течение 5 дней после завершения	Протокол по электронной почте
5.	О выполнении ТПР	Руководитель команды	РЦ ПМСП	Еженедельно	Телефонная связь, электронная почта
6.	Информация о статусе рисков и возможностей по проекту	Руководитель команды	РЦ ПМСП	Еженедельно	Телефонная связь, электронная почта
7.	Отчет о достижении базового уровня критериев новой модели медицинской организации	Главный врач МО	РЦ ПМСП, ДЗТО	Ежеквартально до 1 числа месяца следующего за отчетным	АССОО-2
8.	Результаты самоаудитов по новой модели МО	Ответственный за проведение аудитов	РЦ ПМСП	Согласно план - графику, утвержденного нормативно - правовым актом ДЗТО об аудитах НММО (ежегодно обновляемый Приказ)	СЭД Directum

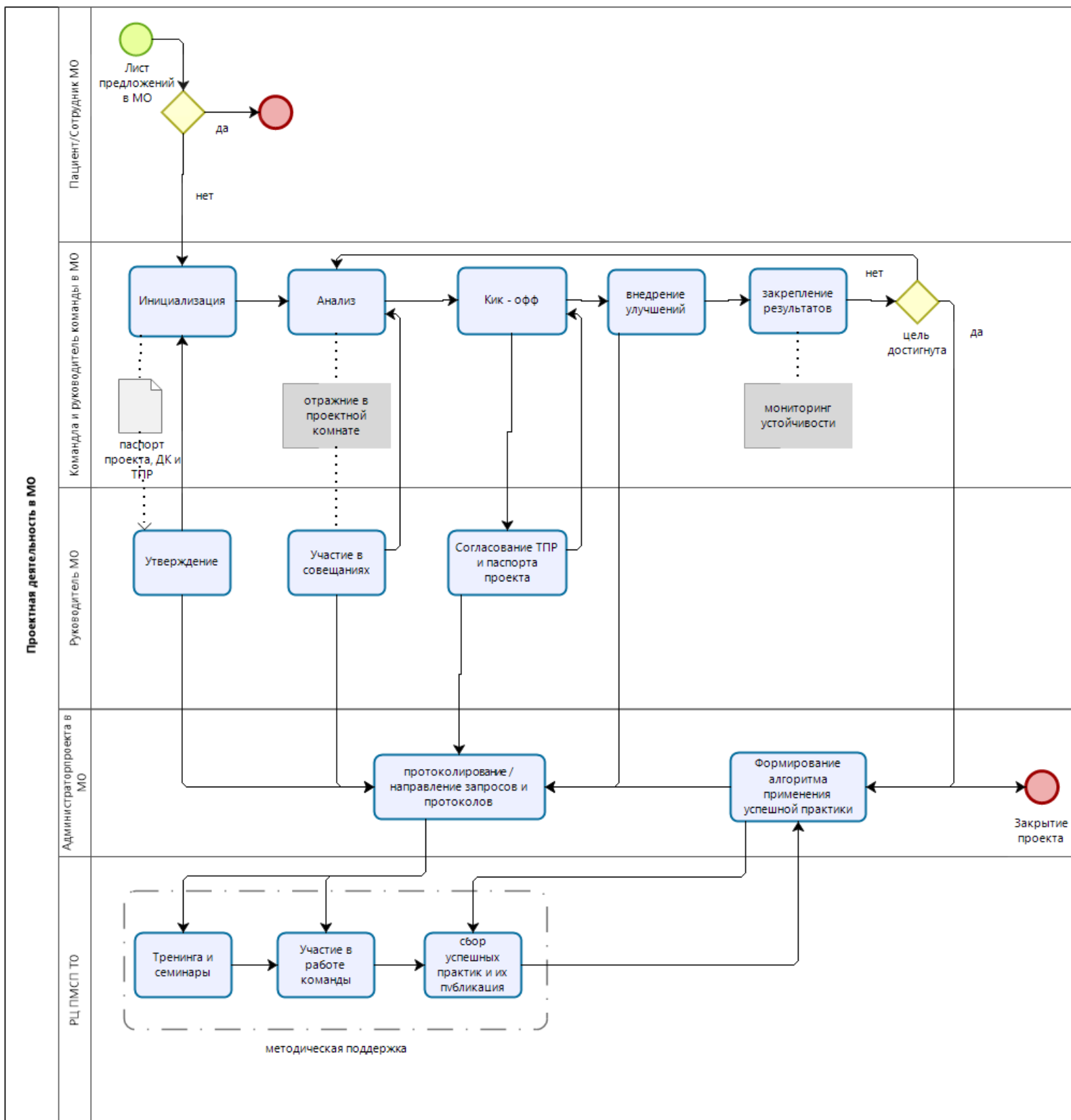
Процессы МО
(утверждены МЗ России)

Наименование процесса	Наименование подпроцессов
Работа регистратуры медицинской организации	Предварительная запись пациентов на прием к врачу (через интернет, инфомат, по телефону, при обращении в регистратуру)
	Распределение входящих потоков пациентов, в том числе по неотложным показаниям
	Подбор и доставка медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у), в кабинеты врачей, ведение картотеки поликлиники
	Ведение архива медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у)
	Ведение расписания специалистов, в том числе в электронном виде, своевременное внесение изменений в расписание, оповещение пациентов в случае отмены/изменения времени приема врача, предварительный обзвон пациентов с целью контроля их готовности к посещению поликлиники
	Оформление листов нетрудоспособности, справок о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение
	Принятие гражданина на медицинское обслуживание в медицинской организации/снятие гражданина с медицинского обслуживания в медицинской организации
	Регистрация вызовов врача на дом, организация посещений пациентов на дому после вызова скорой медицинской помощи
Лечебно-диагностический прием врача	Лечебно-диагностический прием врача в поликлинике
	Оформление листов нетрудоспособности, в т.ч. электронных справок о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение
	Оформление медицинской документации (выписки, направления, в том числе на врачебную комиссию, санаторно-курортное лечение, оформление санаторно-курортных карт, формы № 088/у "Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией" и др.)
Лечебно-диагностический прием на дому	Врачебный осмотр пациента на дому врачом
	Оказание неотложной помощи на дому

	Организация стационара на дому
	Проведение симптоматической и обезболивающей терапии на дому при оказании паллиативной помощи
Профилактический прием	Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения
	Проведение профилактического медицинского осмотра
	Диспансерное наблюдение
Лекарственное обеспечение	Льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан
	Лекарственное обеспечение в условиях дневного стационара
	Определение потребности в лекарственных препаратах, медицинских изделиях и расходных материалах, формирование заявки на льготное лекарственное обеспечение
	Осуществление контроля за правильным хранением и рациональным расходом лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов в подразделениях медицинской организации
Вакцинация	Формирование списков лиц, подлежащих вакцинопрофилактике
	Проведение профилактических прививок
	Регистрация профилактических прививок и формирование прививочной картотеки, регистрация поствакцинальных реакций и осложнений
	Хранение, транспортировка, утилизация иммунобиологических препаратов
	Проведение медицинского осмотра перед проведением вакцинации и после нее
Работа дневного стационара	Организация направления, оформления, приема и сопровождения пациента в дневном стационаре
	Оформление листа врачебных назначений, в том числе назначение лекарственных препаратов через врачебную комиссию
Экспертиза временной нетрудоспособности	Экспертиза временной нетрудоспособности на приеме
	Экспертиза временной нетрудоспособности на дому
	Экспертиза временной нетрудоспособности в дневном стационаре
Диагностические исследования	Проведение эндоскопических исследований
	Проведение различных видов лучевой диагностики
	Проведение ультразвуковой диагностики
	Проведение функциональных методов исследований
	Проведение исследований биологических материалов человека с использованием лабораторных методов диагностики
	Организация и проведение консультаций с применением телемедицинских технологий

Управление ресурсами в медицинской организации	Управление материальными ресурсами
Управление качеством и безопасностью в медицинской организации	Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности
	Организация работы врачебной комиссии медицинской организации
	Организация рассмотрения обращений граждан
Снабжение медицинской организации	Приемка материальных ресурсов (доставка, проверка качества входящих материальных ресурсов, учет)
	Оперативное управление материальными ресурсами (перемещение материальных ресурсов внутри медицинской организации, осуществление закупок в медицинской организации) и пр.
	Организация работы склада лекарственных препаратов и медицинских изделий в медицинской организации (учет, движение, хранение лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов)
	Мониторинг и оценка исполнения договоров/контрактов
	Доставка в структурные подразделения и кабинеты лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов точно вовремя по принципу «вытягивания» в нужном количестве
Централизованная стерилизация	Доставка, приемка и хранение до процесса обработки использованных нестерильных изделий медицинского назначения многоразового использования в центральном стерилизационном отделении
	Сортировка, упаковка и стерилизация изделий медицинского назначения многоразового использования в центральном стерилизационном отделении
	Выдача стерильных изделий медицинского назначения в кабинеты и структурные подразделения медицинской организации
Техническое обслуживание медицинского оборудования	Обеспечение текущего технического обслуживания медицинского оборудования (контроль технического состояния медицинского оборудования, контроль качества выполняемых работ по техническому обслуживанию медицинского оборудования, текущий ремонт) и пр.
Транспорт	Обеспечение транспортными услугами кабинета (отделения) неотложной медицинской помощи
	Обеспечение транспортными услугами административного отдела медицинской организации
	Организация доставки биоматериала в централизованные лаборатории

	Организация доставки материальных ресурсов в структурные подразделения медицинской организации
	Организация и проведение технического обслуживания автотранспортных средств
Санитарное содержание	Уборка помещений в соответствии с классом чистоты (А, Б, В, Г)
	Хранение, использование уборочного инвентаря
	Сбор и утилизация отходов разных классов опасности
Другое	-



**Описание процесса
Работа куратора - аналитика РЦ ПМСП с командами МО**

№ п/п	Наименование операции	Время	Ответственный	Результат
1	Согласование с ответственным сотрудником от МО о проведении обучающих тренингов по вопросам применения «бережливых технологий» 1.Проведение обучающих тренингов в дистанционном формате, посредством Zoom	1 – 2 часа	Аналитик - Куратор РЦ ПМСП	1.Тренинг проведен с участниками команды в Zoom
	2.Проведение обучающих тренингов с выездом в МО	2 – 3 часа	Руководитель РЦ ПМСП	2.Тренинг проведён с участниками команды в конференц-зале МО
	3.Обучающие тренинги не проведены	-	-	3.Перенос тренинга на другую дату
	4.Согласование с МО новой даты проведения обучающих тренингов;	-	-	4.Выбор даты для проведения тренинга
2	Согласование документации по 1 этапу проектной деятельности МО 1.Предоставление документации МО (Паспорта проектов, графики встреч рабочих групп) в срок	2-3 недели на подготовку и открытие проекта	Руководитель МО (или команды)	Согласование/ не согласование документации по проекту от МО
	2.Не предоставление документации МО (Паспорта проектов, графиков встреч рабочих групп) в срок	-	-	Нарушение срока 1 этапа по проектной деятельности
	3.Установление нового срока предоставления документации МО (Паспорта проектов, графиков встреч рабочих групп)	до 5 рабочих дней	Аналитик – куратор РЦ ПМСП, Руководитель МО (или команды)	-
	4.Предоставление документации МО (Паспорта проектов, графиков встреч рабочих групп) в новый срок	до 5 рабочих дней	Руководитель МО (или команды)	Согласование/ не согласование документации по проекту от МО
	5.Не предоставление документации МО (Паспорта проектов, графиков встреч рабочих групп) в установленный новый срок;	-	-	Оповещение ДЗТО о неисполнении Поручения

3	Участие в стартовых совещаниях Kick off после проведения 2 этапа проектной деятельности МО (через 4-5 недель), контроль получения согласованных ТПР и ДК по реализации проекта 1.Стартовое совещание Kick off с Командой проекта МО проведено в срок, получены согласованные ТПР и ДК реализации проектов	1 – 2 часа	Руководитель РЦ ПМСП, Аналитик-Куратор РЦ ПМСП, Куратор ДЗТО, Руководитель МО	Защита 1 и 2 этапа проекта
	2.Стартовое совещание Kick off с Командой проекта МО не проведено	-	-	Перенос совещания на другую дату
	3.Установление нового срока проведения стартового совещания Kick off с Командой проекта МО	до 5 рабочих дней	Аналитик – куратор РЦ ПМСП, Руководитель МО (или команды)	Оповещение ДЗТО о переносе совещания
	4.Стартовое совещание Kick off с Командой проекта МО проведено в новый срок, получены согласованные ТПР и ДК реализации проектов	1 – 2 часа	Руководитель РЦ ПМСП, Аналитик-Куратор РЦ ПМСП, Куратор ДЗТО, Руководитель МО	Согласование/ документации по проекту от МО
	5.Стартовое совещание Kick off с Командой проекта МО не проведено в установленный новый срок	-	-	Оповещение ДЗТО о неисполнении Поручения
4	Контроль получения информации о выполнении целевых показателей по результатам внедрения и реализации проектов МО после проведения 3 этапа проектной деятельности МО (через 8-10 недель), проведение мониторинга, оценки внедрения и выполнения целевых показателей реализованных проектов. 1.Предоставление информации о выполнении целевых показателей реализованных проектов МО в срок	до 10 недели 3 этапа	Руководитель МО (или команды)	Согласование/ не согласование показателей
	2.Информация о выполнении целевых показателей реализованных проектов МО не предоставлена	до 10 недели 3 этапа	Руководитель МО (или команды)	Перенос срока предоставления информации
	3.Установление нового срока предоставления информации о выполнении целевых показателей реализованных проектов МО	-	Аналитик-Куратор РЦ ПМСП, Руководитель РЦ ПМСП	-
	4.Предоставление информации о выполнении целевых показателей реализованных проектов МО в новый срок	-	Руководитель МО (или	Согласование/ не согласование показателей

			команды)	
	5.Информация о выполнении целевых показателей реализованных проектов МО в новый срок не предоставлена	-	Руководитель МО (или команды)	Оповещение ДЗТО о неисполнении Поручения
5	Получение информации по закреплению результатов и закрытию проектов по 4 этапу проектной деятельности МО (через 3-4 недели) 1.Предоставление информации по закрытым проектам, получены СОК процессов, алгоритмы успешных практик, Протокол завершения проекта, утвержденный Руководителем МО	до 4 недели 4 этапа	Аналитик-Куратор РЦ ПМСП, Руководитель РЦ ПМСП, Руководитель МО (или команды), Куратор ДЗТО	Ознакомление с докладом о результатах, закрытие проекта
	2.Информация по закрытым проектам МО не предоставлена	до 4 недели 4 этапа	Руководитель МО (или команды)	Перенос срока предоставления информации
	3.Установление нового срока предоставления информации по закрытым проектам МО	-	Аналитик – куратор РЦ ПМСП, Руководитель МО (или команды)	-
	4.Предоставление информации по закрытым проектам в новый срок, получены СОК процессов, алгоритмы успешных практик, Протокол завершения проекта, утвержденный Руководителем МО	-	Аналитик-Куратор РЦ ПМСП, Руководитель РЦ ПМСП, Руководитель МО (или команды), Куратор ДЗТО	Ознакомление с докладом о результатах, закрытие проекта
	5.Информация по закрытым проектам МО в новый срок не предоставлена	-	Руководитель МО (или команды)	Оповещение ДЗТО о неисполнении Поручения