МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Основы организации процесса реализации проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в Иркутской области

Методические рекомендации для специалистов

Иркутск, 2019

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

«Утверждаю»

Министр здравоохранения
Иркутской области

_____О.Н. Ярошенко

«01» _____01_____ 2019 г.

Основы организации процесса реализации проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в Иркутской области

Методические рекомендации для специалистов

Иркутск, 2019

Основы организации процесса реализации проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в Иркутской области». – Иркутск, 2019. – 34 с.

Методические рекомендации подготовлены сотрудниками регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики».

Авторы-составители: главный врач ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики», руководитель регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи **Селедцов А.А.**, заместитель главного врача по организационно-методической работе ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики», врач-методист регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи **Поленов П.А.**, заведующая отделом подготовки и тиражирования медицинских информационных материалов ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики», врач-методист регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи **Витязева М.Л.**, врач-методист регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи **Боброва И.А.**

Для подготовки методических рекомендаций использовались стандарты оформления типовых форм, применяемых при реализации проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», утвержденные заместителем директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации Э.К. Вергазовой.

Методические рекомендации предназначены для врачей-организаторов здравоохранения; специалистов, принимающих участие в реализации проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

© ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики»

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ…… 5
ВВЕДЕНИЕ……..…….……..... 6
ПОДГОТОВКА К ВНЕДРЕНИЮ ПРОЕКТА……...……..……... 7
ОБУЧЕНИЕ СОТРУДНИКОВ ПРИНЦИПАМ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА…….. 8
АНКЕТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ И СОТРУДНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЯ, АНАЛИЗ АНКЕТ… 9
ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОЕКТА…….…….……... 9
ДОРОЖНАЯ КАРТА...……. 10
ОФОРМЛЕНИЕ ПРОЕКТНОЙ КОМНАТЫ (КОМНАТЫ ОБЕЯ)…….. 12
СОСТАВЛЕНИЕ КАРТЫ ПОТОКА ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ...…….……. 12
ОФОРМЛЕНИЕ ТАКТИЧЕСКОГО ПЛАНА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА…… 22
НЕДЕЛЬНЫЙ ПЛАН……..... 27
ЛИСТ ПРОБЛЕМ И ЛИСТ ПРЕДЛОЖЕНИЙ……... 28
ЛИСТ КОРЕННЫХ ПРИЧИН ВЫЯВЛЕННЫХ ПРОБЛЕМ……... 30
СТАНДАРТИЗАЦИЯ РАБОТЫ…….. 30
БЛОК-СХЕМА ЭТАПОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА…….. 33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ……. 34

СПИСОК ТЕРМИНОВ И СОКРАЩЕНИЙ

БП – бережливое производство;
ВП – время потерь, время выполнения работ, не создающих ценность для пациента;
ВПП – время протекания процесса, т.е. время прохождения пациентом (оказания услуги) через весь процесс или поток создания ценности от первой операции до последней;
ВТ – время такта;
ВЦ – время создания ценности, время выполнения работ по созданию ценности для пациента;
КПСЦ – карта потока создания ценности;
МЗ ИО – министерство здравоохранения Иркутской области;
ПСЦ – поток создания ценности;
РЦ ПМСП – региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи;
СОП – стандартная операционная процедура, документ, описывающий последовательность действий и приемов при выполнении определенной операции, оказания услуги;
ТРМ – всеобщее обслуживание оборудования;
ТПР – тактический план реализации.

ВВЕДЕНИЕ

Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам 26 июля 2017 года был утвержден Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

Целью проекта стало повышение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

В 2018 году Иркутская область вошла в число субъектов, где стартовал проект.

Проект подразумевает внедрение в медицинских организациях технологий «бережливого производства» (lean-технологий), согласно ГОСТ Р 56407-2015, 56020-2014, которые уже завоевали популярность и оправдали себя в различных сферах экономики.

Ключевая идея проекта – это сокращение всех видов «потерь», которые в современных условиях мешают пациенту получить доступную и качественную медицинскую помощь в первичном звене здравоохранения.

Мероприятия, проводимые в рамках проекта, направлены также на совершенствование организации рабочих мест сотрудников медицинской организации, обеспечение безопасности и комфорта работы, и, тем самым, повышения интереса специалистов к работе в поликлинических учреждениях.

В Иркутской области в 2018 году проект реализовывался в 28 структурных подразделениях 25 медицинских организаций.

Начиная с 2019 г. проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» становится частью федерального проекта «Развитие первичной медико-санитарной помощи». Таким образом, значимость проекта существенно возрастает.

В дальнейшем в проект ежегодно будут включаться новые поликлинические учреждения, вплоть до полного охвата всех медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Перечень медицинских организаций, в которых будет реализовываться проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» в данном году, определяется распоряжением министерства здравоохранения Иркутской области.

Для координации работы и методической поддержки участников проекта на базе ОГБУЗ «Иркутский областной центр медицинской профилактики» был создан Региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи (РЦ ПМСП).

Облачное хранилище данных. Все руководящие, методические и рабочие материалы выгружаются и хранятся в специально созданном для реализации проекта в Иркутской области «Облачном хранилище данных» на портале http://cloud.miac-io.ru

Логин и пароль для доступа в «Облачное хранилище данных» для каждой медицинской организации, участвующей в проекте, предоставляется сотрудниками Регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи.

Медицинские организации, участвующие в проекте, самостоятельно создают папки своего учреждения в соответствующих разделах «Облачного хранилища» и своевременно выгружают туда всю необходимую информацию. Документы публикуются в сканированном виде после утверждения главным врачом.

Публикации в «Облачном хранилище» подлежат:

- распорядительные документы (приказы) учреждения о реализации проекта;
- материалы фотофиксации;
- дорожные карты;
- карты создания потока ценности (текущее и целевое состояние);
- тактические планы реализации;
- стандарты, СОПы организации;
- отчеты о ходе реализации проекта.

Фотофиксация используется для регистрации ключевых моментов проекта, визуализации проблемных зон, а также для отображения прогресса в ходе проекта (сравнения было/стало).

Фотографии должны быть:

- хорошего качества; желательно использовать фотоаппарат, а не камеру мобильного телефона;
- изображение полученных фотографий должно быть четким;
- фотографии должны отображать суть процесса;
- при предоставлении фотоотчета в формате «было-стало» должны быть использованы одинаковые ракурсы фотографий (расстояние и месторасположение фотографа по отношению к объекту сьемки);
- кроме фотофиксации проблемных участков важно сфотографировать сам процесс хода реализуемого проекта (участие в образовательных мероприятиях, участие сотрудников в процессе проведения хронометража и т.д.).

ПОДГОТОВКА К ВНЕДРЕНИЮ ПРОЕКТА

По получении распоряжения МЗ ИО о включении медицинской организации в проект, необходимо незамедлительно начать работу по подготовке к внедрению проекта.

Подготовка к внедрению проекта включает следующие этапы:

1. Проведение общего организационного собрания коллектива медицинской организации.
2. Формирование рабочей группы по реализации проекта и выбор лидера (руководителя) проекта.
3. Издание распорядительных документов о начале проекта на уровне организации.
4. Размещение информации о реализации проекта.
5. Обучение сотрудников принципам и технологиям бережливого производства.

Организационное собрание. Руководитель медицинской организации проводит общее организационное собрание для **всех** сотрудников с целью донесения информации об участии в проекте, мотивирования персонала к участию в проекте, снижения напряженности и сопротивления среди сотрудников к преобразованиям.

Формирование рабочей группы. На собрании обсуждается состав рабочей группы по реализации проекта и кандидатура руководителя рабочей группы.

В состав рабочей группы рекомендуется включать медицинских работников, которые хорошо знают оптимизируемый процесс, сотрудников экономического отдела, отдела кадров, технического специалиста (программиста) и специалиста, не работающего в организации, из другой сферы деятельности.

При выборе лидера (руководителя) группы стоит руководствоваться следующими соображениями: занимаемая должность - не ниже заместителя главного

врача, активное участие в процессе, умение грамотно и обоснованно пояснять процессы, происходящие в реализуемом проекте.

Руководителю организации рекомендуется рассмотреть вопрос о материальном поощрении сотрудников, занятых в рабочей группе проекта.

Издание распорядительных документов. В медицинской организации издаются приказы:

- «О реализации проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»;
- «Об утверждении состава и руководителя рабочей группы по реализации проекта».

Сканированные копии приказов с подписью руководителя выгружаются в соответствующую папку «Облачного хранилища данных» на портале http://cloud.miac-io.ru

Размещение информации. Информацию о реализации проекта необходимо разместить на официальном сайте медицинской организации, официальных страницах в социальных сетях, информационных стендах учреждения, по возможности, в средствах массовой информации.

ОБУЧЕНИЕ СОТРУДНИКОВ ПРИНЦИПАМ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Для того, чтобы заинтересовать коллектив учреждения, ознакомить их с базовыми принципами бережливого производства, снабдить необходимыми знаниями и умениями, перед началом реализации проекта необходимо произвести обучающие тренинги и семинары.

Обучение рекомендовано проходить на базе так называемых «Фабрик процессов» - методических центров по обучению медицинских работников основам организации бережливого производства в сфере охраны здоровья.

Приказом Минздрава России от 15 июня 2018 г. № 344 такие центры созданы на базе 9 медицинских университетов: в Хабаровске, Кирове, Перми, Рязани, Санкт-Петербурге, Томске, Ставрополе, Твери и Тюмени. Ближайшая «Фабрика процессов» расположена на базе ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Томск).

На начальном этапе возможно обучение сотрудников непосредственно на базе учреждения с использованием информационных материалов, размещенных в «Облачном хранилище данных».

Кроме того, министерством здравоохранения Иркутской области совместно с РЦ ПМСП организовываются дополнительные образовательные мероприятия, которые анонсируются посредством корпоративной почты.

После того как утверждены все необходимые регламентирующие документы, сформирована и обучена рабочая группа, необходимо приступать непосредственно к внедрению проекта.

Внедрение проекта осуществляется путем последовательного выполнения следующих шагов:

1. Анкетирование и анализ анкет
2. Определение направлений проекта
3. Составление и утверждение дорожной карты

4. Оформление проектной комнаты (комнаты Обея)

АНКЕТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ И СОТРУДНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЯ, АНАЛИЗ АНКЕТ

Первым шагом (внедрения проекта) является анкетирование пациентов и сотрудников учреждения.

Анкетирование проводится для выявления наиболее проблемных процессов в работе медицинской организации, требующих первоочередного внимания.

Анкеты разрабатываются каждым учреждением самостоятельно, имеют индивидуальный характер. Вопросы формулируются таким образом, чтобы по результатам их анализа можно было определить направления для проведения мероприятий по улучшению в рамках проекта.

После проведения анкетирования полученные результаты анализируются и выделяются основные процессы, по которым будет осуществляться работа по улучшению.

Рекомендуется анализировать не менее 100 анкет.

Пример вопросов анкеты для сотрудников:

1. Опишите три наиболее актуальных направления, по которым необходимы улучшения в работе.

2. Какие три аспекта деятельности Вашего подразделения более всего нуждаются в улучшении?

3. С какими тремя наиболее существенными проблемами Вам приходится сталкиваться при взаимодействии с другими подразделениями?

4. Какие три элемента организации Вашего рабочего места требуют улучшений?

5. Влияние каких трех внешних факторов наиболее существенно сказывается на работе поликлиники в целом?

Анализ анкет проводится при помощи диаграммы Парето.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОЕКТА

По результатам анализа анкет определяются направления (процессы), которые требуют улучшений.

Перед началом реализации мероприятий по улучшениям необходимо произвести фотофиксацию текущего состояния процесса.

Ниже представлен перечень рекомендуемых наименований процессов, которые необходимо использовать при формировании всех документов в рамках проекта:

1. Организация доступной среды для маломобильных групп населения;
2. Организация комфортных условий пребывания посетителей в поликлинике;
3. Организация (совершенствование) системы навигации в поликлинике;
4. Оптимизация маршрутизации путем распределения пациентов в зависимости от цели обращения в поликлинику;
5. Оптимизация процесса лекарственного обеспечения;
6. Оптимизация работы кабинета доврачебного приёма, кабинета неотложной помощи;
7. Перераспределение нагрузки между врачом и средним медицинским персоналом;

8. Оптимизация работы регистратуры;
9. Совершенствование системы электронного документооборота;
10. Оптимизация процесса посещения поликлиники при прохождении диспансеризации;
11. Оптимизация процесса проведения профилактических, обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров;
12. Оптимизация работы процедурного кабинета, в т.ч. процесса забора крови;
13. Оптимизация процесса вакцинации;
14. Совершенствование процесса инструментальной и лабораторной диагностики.

ДОРОЖНАЯ КАРТА

Дорожная карта – стратегический документ, подразумевающий под собой план мероприятий по продвижению к целевому состоянию.

Подробный стандарт оформления дорожной карты представлен в «Облачном хранилище данных».

Основные моменты при оформлении дорожной карты:

1. При оформлении дорожной карты используется бумага формата А4, ориентация – альбомная.
2. Дорожная карта составляется участниками рабочей группы и утверждается главным врачом медицинской организации.
3. Дорожная карта визируется руководителем рабочей группы (руководителем проекта) с указанием контактных данных.
4. В строку «наименование проекта» пишется «Проект создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»
5. В графе «мероприятия» кратко прописываются основные мероприятия, планируемые в рамках проекта:

- подготовка к внедрению проекта;
- обучение членов рабочей группы;
- составление планов работ (тактический план реализации – ТПР);
- выполнение планов работ;
- анализ результатов, подготовка СОПов, стандартов, итогового отчёта.

После оформления «Дорожной карты» и её утверждения главным врачом, ее сканированная копия загружается в «Облачное хранилище данных» в раздел «Дорожные карты», в созданную папку медицинской организации.

ТФ-1

Дорожная карта проекта

«Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную меди
помощь» в ОГБУЗ ИГБ (детская поликлиника)

№	Мероприятия/плановые сроки реализации	10.01.2019-01.02.2019	01.02.2019-15.02.2019	01.02.2019-01.03.2019
1	Подготовка к внедрению проекта			
2	Обучение членов рабочей группы			
3	Составление планов работ (Тактический план реализации – ТПР)			
4	Выполнение планов работ			
5	Анализ результатов, подготовка СОПов и итогового отчёта			

Подпись руководителя проекта и контакты: _____ Петров Виктор Иванов
(подпись)

ОФОРМЛЕНИЕ ПРОЕКТНОЙ КОМНАТЫ (КОМНАТЫ ОБЕЯ)

Проектная комната (комната Обея) создается в медицинской организации, реализующей проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» как инструмент управления и визуализации проекта, способствующий эффективной и быстрой коммуникации.

Рекомендуется размещать проектную комнату в актовом зале (конференц-зале) медицинской организации с целью обеспечения возможности проведения собраний с коллективом.

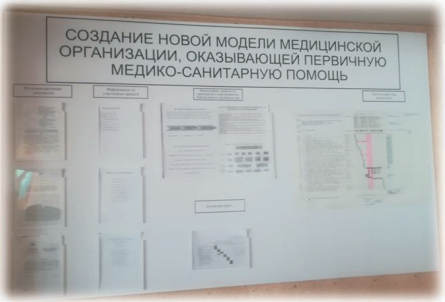
Подробный стандарт оформления комнаты Обея представлен в «Облачном хранилище данных».

Основные моменты оформления комнаты Обея:

1. В проектной комнате размещается табличка с наименованием проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».
2. Информация в проектной комнате располагается слева направо от входа в следующем порядке:

- регламентирующие документы;
- дорожная карта;
- тактический план реализации (ТПР);
- недельные планы;
- листы проблем, листы предложений;
- карта потока создания ценностей (текущее и целевое состояние);
- разработанные стандарты, СОПы;
- фотофиксация (было/стало);
- философия, принципы бережливого производства.

Пример оформления комнаты Обея



ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ

1. Составление карты потока текущего состояния (КПСЦ)

После обозначения проблемы и выбора процессов, подлежащих оптимизации, необходимо перейти к выбору метода решения проблем.

Для поиска потерь применяется метод картирования потока создания ценности – это графическое описание материального и информационного потока создания ценности в виде блок-схем с использованием специальных символов и описанием данных, полученных на основании замеров.

Поток создания ценности представляет собой всю последовательность действий по преобразованию материалов и информации в готовую услугу для пациента.

Картирование позволяет визуализировать и проанализировать любой процесс в учреждении для принятия правильного управленческого решения.

Для начала нужно определить границы процесса, который предполагается картировать. Например, процесс забора крови может начинаться от момента выдачи направления на анализы и закончится выдачей результата анализа пациенту, а может начаться от момента входа пациента в поликлинику и закончится выходом пациента из кабинета забора крови.

После определения границ картируемого потока сотрудники организации, проводящие картирование, проходят процесс вместе с пациентом (или медицинским работником) от его начала до конца в реальных условиях. Например, если предполагается решить проблему с очередью в регистратуру и определены границы процесса от входа в поликлинику до получения услуги в регистратуре, то необходимо пройти путь вместе с пациентом от порога поликлиники до момента получения услуги пациентом у регистратора.

Все процессы и операции, происходящие в этом потоке, нужно зафиксировать на листе бумаги. Следует помнить, что излишняя детализация процесса не даст возможности увидеть картину процесса в целом.

На первом этапе КПСЦ рисуется на большом листе бумаги карандашом (можно использовать стикеры, маркеры), пишется название картируемого процесса, наносится вход и выход процесса.

Между входом и выходом на основании собранной информации необходимо обозначить основные виды выполняемых работ (что, когда, откуда, кто, сколько, каким образом?). Используя условные обозначения, на карту наносятся все виды связей между указанными видами выполняемых работ. Обозначаются узкие места, проблемы, потери в процессе и связи между ними.

На втором этапе необходимо повторно «выйти в процесс», но уже взять с собой секундомер, рулетку (шагомер), фотооапарат, бумагу для записей, карандаш.

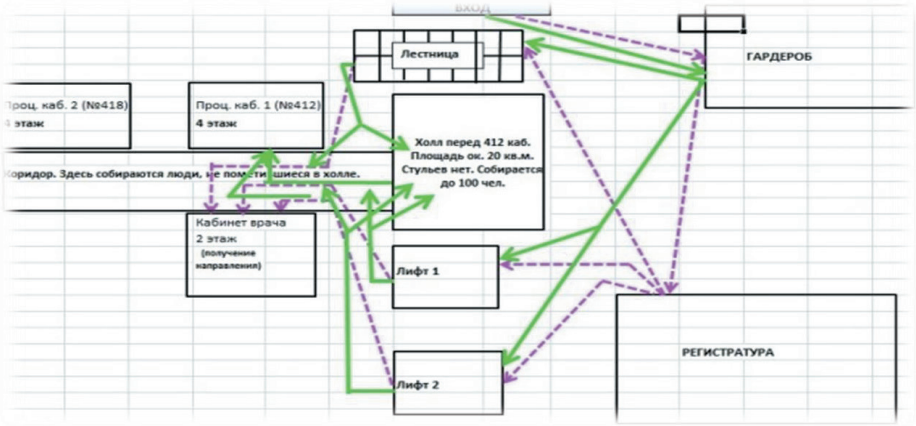
На данном этапе проводится сбор фактических данных для последующего анализа КПСЦ.

Для анализа работы медицинского персонала и действий пациента используется инструмент под названием «Хронометраж». В процессе хронометража заполняется лист вычисления времени такта, лист наблюдения ручной работы. Желательно произвести не менее 10 замеров в разное время и с разными возрастными группами пациентов.

Идя по потоку вместе с пациентом (медицинским работником) необходимо произвести основные замеры и зафиксировать их:

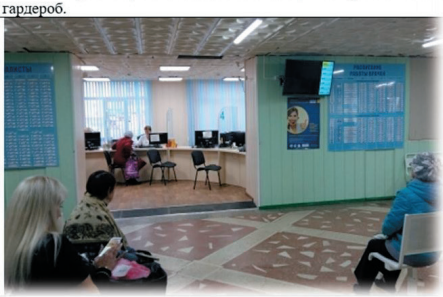
- измерить с помощью рулетки расстояние, которое проходи пациент при получении услуги (медицинский работник при оказании услуги);
- измерить в секундах длительность каждой отдельно взятой операции;
- нарисовать диаграмму «Спагетти»;
- сфотографировать проблемные участки и потери.

Пример диаграммы «Спагетти»



Фотография 8. Сделана 26.02., после анализа анкет. В холле регистратуры размещены стулья, но большинство пациентов предпочитают ждать стоя в очереди, большинство в верхней одежде.

Фотография 9. После модернизации фасада и установки электронной очереди. Все пациенты ожидают сидя, нет «столпотворения» у окон. Большинство пациентов уже посетили гардероб.



После сбора цифровых значений информация наносится на КПСЦ.

На третьем этапе проводится анализ КПСЦ текущего состояния на предмет поиска потерь и их коренных причин.

Бережливое производство выделяет **восемь основных видов потерь**:

1. Потери перепроизводства (к примеру, результаты не всех назначенных анализов востребованы в дальнейшем врачами).
2. Потери транспортировки (к примеру, необходимость посещать поликлинику несколько раз в разные дни).
3. Потери ожидания (например, очереди в регистратуру).
4. Потери из-за запасов (к примеру, несовершенная система поставок расходных материалов, лекарственных препаратов).
5. Потери из-за производства продукции с дефектами (например, необходимость сдавать анализы повторно).
6. Потери излишней обработки (например, дублирование анализов).
7. Потери на лишние движения (к примеру, врач вынужден заниматься не свойственными функциями).
8. Потери творческого потенциала (неполное использование возможностей человеческого ресурса).

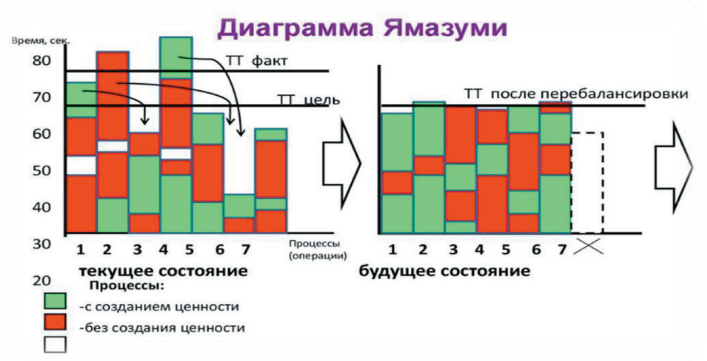
Найденные потери записываются в реестр потерь:

№	**Описание потери**	**Тип потери**	**Цифровое значение потери**
1	Очередь в регистратуру	Ожидание	32 минуты
2	Выдача дублирующих направлений	Излишняя обработка	31% от всех выданных направлений
3	и т.д.		

По каждой потере необходимо найти коренную причину методом «5 Почему».

При анализе работы медицинского персонала рекомендуется использовать диаграмму Ямазуми.

Пример диаграммы Ямазуми



После выявления коренной причины потери необходимо предложить и обсудить с командой проекта пути по ее устранению. Например, применить метод 5с для организации эффективной работы регистратора, стандартизировать работу медицинской сестры, перераспределить работу между процедурными медицинскими сестрами, внедрить систему электронного документооборота и др.

Основными инструментами, применяемыми для устранения потерь в проекте, являются:

- система 5с (пять шагов к рациональной организации рабочего места: сортировать, соблюдать порядок, содержать в чистоте, стандартизировать и совершенствовать);
- TPM (в широком понимании это концепция менеджмента оборудования, нацеленная на повышение эффективности его технического обслуживания. Метод всеобщего ухода за оборудованием построен на основе системы планово-предупредительного ремонта, работы по принципу «ноль дефектов» и систематического устранения всех источников потерь);
- стандартизированная работа (способ организации безопасного и эффективного производства, гарантирующий качество изделий (услуг) и исключающий ненужную работу, в основе которой лежат действия человека);
- визуализация (любое средство, информирующее о том, как должна выполняться работа);
- канбан (система организации и снабжения по принципу «точно в срок», карточка или табличка, прикрепляемая к контейнеру с материалами, которая координирует подачу и отгрузку материалов на производственной линии. Может иметь форму разметки на полу, полках или столах);
- и другие.

При принятии решения о способах устранения потерь нужно помнить, что бережливое производство нацелено на снижение расходов и повышение дохода от деятельности учреждения. Неправильно, например, с точки зрения бережливых технологий вводить в штатное расписание новую единицу должности администратора входной группы. Логичнее выровнять (перераспределить) нагрузку на имеющийся персонал регистратуры и в освободившееся время вменить в функциональные обязанности регистраторов дежурства у стойки администратора.

На четвертом этапе необходимо определиться с целевыми значениями, к которым необходимо стремиться при оптимизации процесса.

Для оцифровки целей выбираются значения, которые будут мониторироваться.

Например, в результате анализа текущей КПСЦ найдена потеря в виде длительного ожидания пациентом ответа регистратора на телефонный звонок. Вводится показатель, отражающий проблему - «время ожидания ответа регистратора в секундах». Такой показатель необходимо мониторировать хотя бы раз в месяц после старта проекта, чтобы показать динамику процесса оптимизации. Если в начале проекта был выбран показатель времени ожидания ответа регистратора в секундах, то и в конце проекта отчет предоставляется именно по этому показателю.

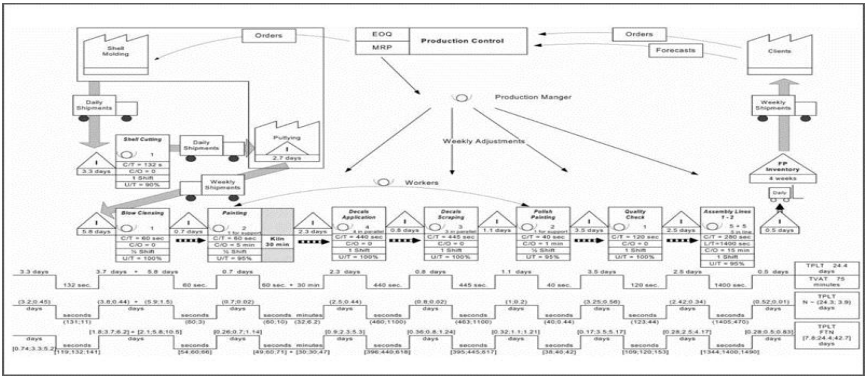
Неправильным будет осуществлять подсчет в начале проекта времени ожидания ответа регистратором, а в конце проекта количества отвеченных входящих вызовов от пациентов.

Выбранные показатели не должны меняться на протяжении реализации одного процесса оптимизации. Значение показателей должно меняться в процессе оптимизации.

Обязательные для подсчёта показатели:

- время протекания процесса (ВПП) – время прохождения пациентом (оказания услуги) через весь процесс или поток создания ценности от первой операции до последней;
- время создания ценности (ВЦ) – время выполнения работ по созданию ценности для пациента;
- время потерь (ВП) – время выполнения работ, не создающих ценность для пациента;
- коэффициент эффективности процесса (Кэф) определяется по формуле Кэф=ВЦ/ВПП*100%;
- время такта (ВТ) – величина времени, за которую нужно оказывать 1 услугу.

На пятом этапе КПСЦ текущего состояния оформляют в электронном виде, распечатывают и помещают в комнату «Обея».



На шестом этапе оформляется карта целевого состояния по тем же принципам и с теми же условными обозначениями, что и карта потока создания ценности текущего состояния.

При построении такой карты необходимо ориентироваться на потребности пациента, «думать, как пациент».

Формируя карту целевого состояния, рабочая группа отвечает на следующие вопросы:

1. Какие операции могут быть объединены?
2. Какие операции могут быть исключены, как не добавляющие ценность или как лишний этап обработки?
3. Как организовать логистику пациентов и персонала?
4. Какие запасы можно сократить и до какого уровня?
5. Какова оптимальная длительность потока и время потока?
6. Насколько полны и оптимальны инструкции/стандарты на рабочих местах, всегда ли они выполняются?
7. Как оптимально расставить оборудование, какое оборудование должно быть улучшено и заменено?
8. Какие процедуры должны быть заменены?
9. Насколько хорошо мы понимаем требования/желания пациентов и насколько мы руководствуемся ими при принятии управленческих решений?

Карту целевого состояния размещают в комнате «Обея» под КПСЦ текущего состояния.

КПСЦ текущего и целевого состояния предоставляется по каждому выбранному учреждением направлению оптимизации процесса отдельно.

На седьмом этапе составляется перечень мероприятий для достижения описанного целевого состояния, устанавливаются сроки и ответственные за реализацию. Такой перечень называют тактическим планом реализации проекта.

Пример листа вычисления времени такта:

Пример заполнения листа:

Односменная работа на приеме у терапевта. Длительность приема 5 часов, один перерыв на 10 минут, 25 пациентов в смену:

- **Сколько смен (A)? 1**
- **Сколько секунд в смене (B)? 18000**
- **Сколько секунд в смену уходит на перерывы (C)? 600**
- **Сколько рабочих секунд в смене (B-C=D)? 17400**
- **Сколько рабочих секунд в день (A*D=E)? 17400**
- **Какое количество пациентов в день (F)? 25**
- **Какое время такта (E/F)? 696**

Пример лист наблюдения ручной работы:

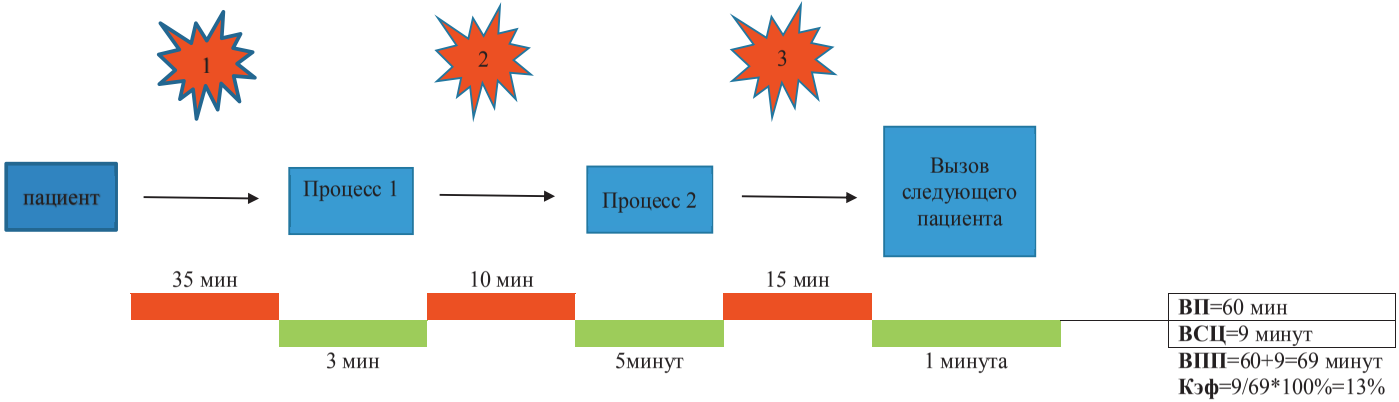
Пример заполненного листа наблюдения ручной работы

№	Рабочий элемент - t(время, сек.)	t1	t2	t3	t4	t5	t6	t7	t8	t9	t10	min	max	Колебания
1 -я медсестра	Забирает талончик у пациента	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	переход	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Передаёт 2-й медсестре	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	переход	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Одевает перчатки, берёт шприцы и пробирки	20	20	20	20	20	20	20	20	25	25	20	20	
	переход	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Проводит забор крови	150	110	100	100	120	70	110	200	90	60	60	200	140
	переход	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Положить использованный шприц, вату	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	положить пробирки с кровью	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
2-я медсестра	Забирает талончик/и у 1-й медсестры и проставляет нуммерацию	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	Делает запись в журнале/ах:№ талона, ФИО, адрес и какой анализ	70	40	180	120	60	60	50	80	100	90	40	180	140
Время цикла		279	209	339	279	239	189	219	339	254	214			

Тцмин= 159 Δ= 280

Активация Windows

КАРТА ПОТОКА СОЗДАНИЯ ЦЕННОСТИ (ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ)
ПРОЦЕСС ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ №1

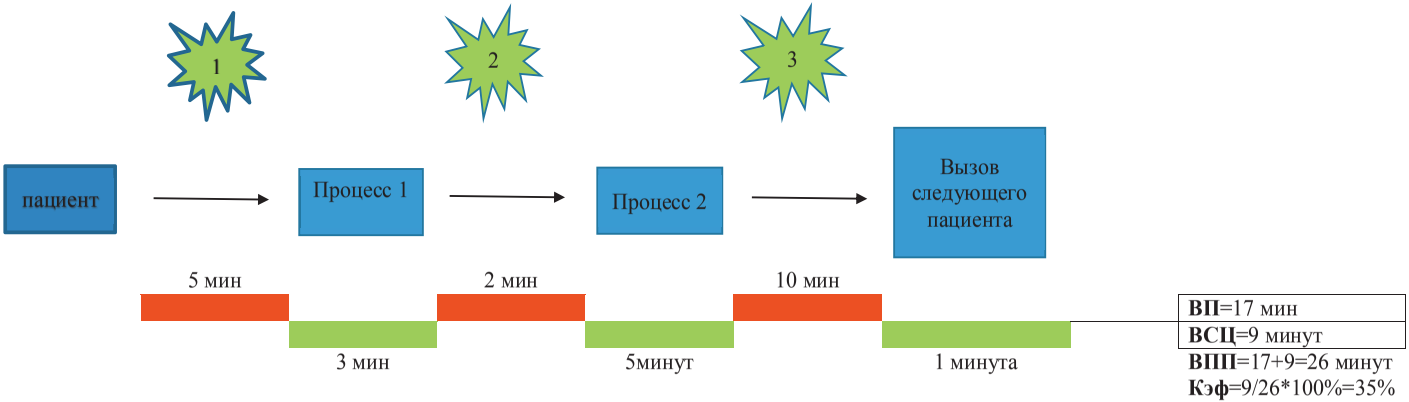


Потеря №1 (проблема, нарушение) – напишите, в чем заключается потеря

Потеря №2 (проблема, нарушение)

Потеря №3 (проблема, нарушение)

КАРТА ПОТОКА СОЗДАНИЯ ЦЕННОСТИ ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ
ПРОЦЕСС ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ №1



1 Решение №1 (напишите, какое решение принято для ликвидации потери/проблемы)

2 Решение№2 (напишите, какое решение принято для ликвидации потери/проблемы)

3 Решение№2 (напишите, какое решение принято для ликвидации потери/проблемы)

Таким образом, КПСЦ предоставляется **в двух вариантах**:

Текущая КПСЦ – с фактическими показателями на рассматриваемую дату.

Целевая КПСЦ – с установленными целями по преобразованию и проработанными мероприятиями по достижению целей (должны быть устранены потери, выявленные в текущем ПСЦ).

Под этапами процесса рисуется временная шкала, которая отображает участки процесса, создающие ценность для пациента, и участки потерь, которые не создают ценности для пациента.

Зеленым цветом отображают время создания ценности.

Красным цветом – время потерь.

Время протекания процесса равно сумме времени создания ценности (сумма зеленых участков) и времени потерь (сумма красных участков).

Коэффициент эффективности равен отношению времени создания ценности (сумма зеленых участков) к времени протекания процесса*100%.

Красные звезды – это потери, которые выявлены в процессе анализа карты. Зеленые звезды – это решения проблем.

При прорисовке КПСЦ необходимо обратить внимание на символы, применяемые для построения карты. Подробно с ними можно ознакомиться в методических руководствах, размещенных в облачном хранилище.

ТАКТИЧЕСКИЙ ПЛАН РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА

На основании проведенного картирования составляется тактический план реализации проекта (далее – ТПР). Важно, чтобы мероприятия, указанные в ТПР, полностью соответствовали «дорожной карте».

Общим требованием к ТПР является его оформление на бумажном носителе вручную или с использованием компьютерных программ и выполнение на отдельном листе формата не менее А1.

Правила оформления ТПР:

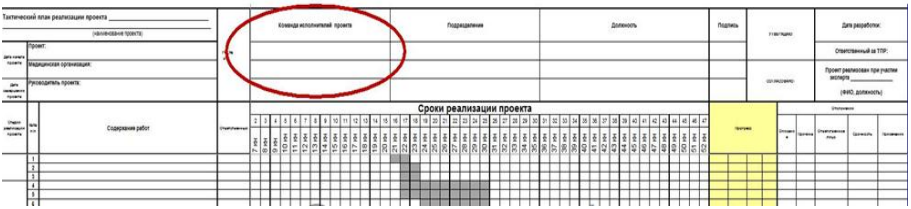
1. В верхнем левом углу листа указывается наименование документа – «Тактический план реализации проекта» и наименование проекта.

2. В столбце № 1 указывается информация «Дата начала проекта», «Дата завершения проекта» в формате дд.мм.гг.

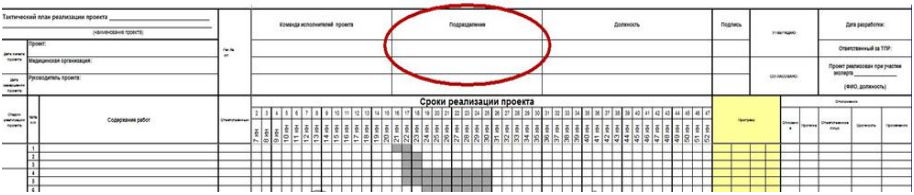
3. В столбце № 2 указывается наименование проекта, полное наименование медицинской организации, фамилия, имя и отчество руководителя проекта;

4. В столбце № 3 указывается порядковый номер ТПР и дата его утверждения.

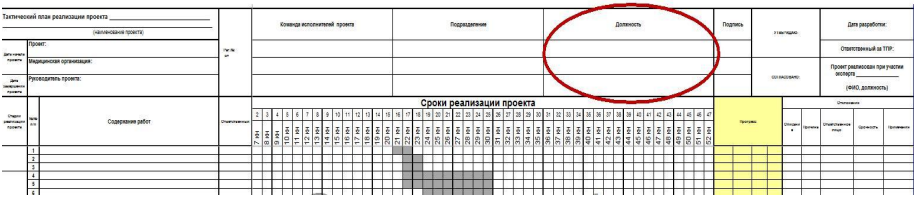
5. В столбце № 4 указываются фамилия, имя и отчество участников команды исполнителей проекта.



6. В столбце № 5 указывается наименование подразделения, сотрудником которого является участник команды исполнителей проекта.



7. В столбце № 6 указывается наименование должности участника команды исполнителей проекта.



8. В столбце № 7 ставятся подписи участников команды исполнителей проекта.

9. Столбец № 8 содержит ячейки «Утверждаю» и «Согласовано».

ТПР утверждается заказчиком проекта. Заказчик проекта – лицо, отвечающее за результаты процесса, формулирующее требования к улучшению ключевых показателей эффективности проекта, устанавливающее параметры реализации проекта, обеспечивающее предоставление ресурсов – кадровых, финансовых, административных. В условиях медицинской организации заказчиком проекта является главный врач.

ТПР согласовывается руководителем проекта. Руководитель проекта – лицо, организующее работу в проекте, обеспечивающее выполнение требований заказчика и отвечающее за улучшение процесса, осуществляющее реализацию проекта с использованием ресурсов, предоставленных заказчиком. В условиях медицинской организации руководителем проекта является лицо, назначенное приказом главного врача.

10. В столбце № 9 в поле «Проект реализован при участии эксперта_____» указывается РЦ ПМСП. В полях «Дата разработки» и «Ответственный за ТПР» указывается соответствующая информация.

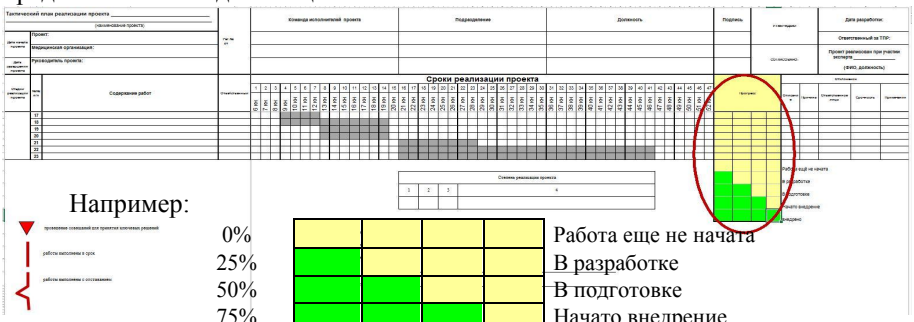
11. В подзаголовочной части располагаются столбцы «Стадии реализации проекта»; «№ п/п»; «Содержание работ»; «Сроки реализации проекта»; «Прогресс»; «Отклонения».

В столбце **«Стадии реализации проекта»** указываются пункты из «дорожной карты».

В столбце **«Содержание работ»** подробно перечисляются работы, которые необходимо выполнить для реализации данного конкретного пункта «дорожной карты».

Столбец **«Сроки реализации проекта»** разбивается на календарные недели от начала до окончания проекта.

Столбец **«Прогресс»** заполняется в соответствии с объемом работ, фактически выполненным по данному пункту с учетом легенды, представленной под таблицей.



Например:

0%	Работа еще не начата
25%	В разработке
50%	В подготовке
75%	Начато внедрение
100%	Внедрено

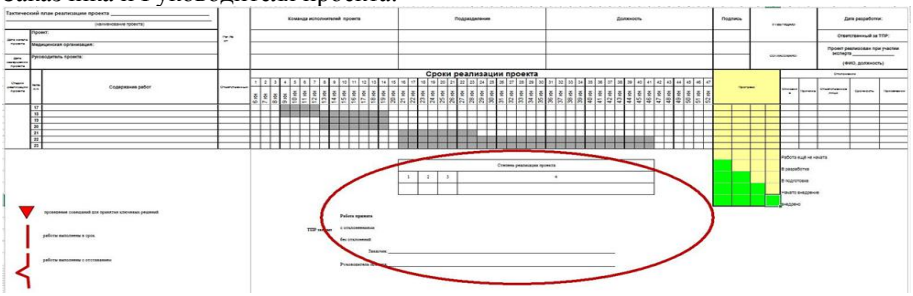
Столбец **«Отклонения»** разбивается на 5 столбцов: «Описание», «Причина», «Ответственное лицо», «Срочность», «Примечания», которые заполняются при наличии отклонений при проведении запланированных работ.

12. Выполнение работ в срок обозначается прямой вертикальной линией красного цвета по завершении соответствующей календарной недели. При наличии отставания от графика прямая линия совершает зигзагообразный изгиб влево напротив соответствующего вида работ.

Стадии реализации проекта	№№ п/п	Содержание работ	Ответственный	1	2	3	4	5	6	7	8
				6 кн	7 кн	8 кн	9 кн	10 кн	11 кн	12 кн	13 кн
Мониторинг реализации текущих проектов в МО № 1	1	Обустройство входной группы поликлиники									
	2	Обустройство доступной среды для лиц с ограниченными возможностями									
	3	Организация регистратуры открытого типа									
Мониторинг реализации текущих проектов в МО № 2	4	Обустройство комфортной среды в местах ожидания									
	5	Организация разделения потоков пациентов									
	6	Оптимизация работы процедурного кабинета									
реализации проектов в МО № 3	7	Организация рациональной маршрутизации пациента при прохождении диспансеризации									
	8	. . .									

13. Для окрашивания периодов реализации отдельных работ проекта используется серая заливка:

14. В разделе сдачи-приемки работ, в соответствующих графах отражается информация о факте приема работ с отклонениями или без отклонений, ставится отметка о закрытии ТПР. Факт приемки работ заверяется подписями Заказчика и Руководителя проекта.



НЕДЕЛЬНЫЙ ПЛАН

На основании ТПР на каждую неделю реализации проекта заполняется недельный план, в котором указываются конкретные мероприятия (перечень работ по пункту ТПР), запланированные к реализации на данной конкретной неделе. Также указывается ответственный исполнитель по пункту ТПР, статус исполнения, примечания (к примеру, причины неисполнения (исполнения в неполном объеме) запланированных работ).

Форма недельного плана

Недельный план

Недельный план по реализации	

(наименование проекта, структурного подразделения медицинской организации)

Дата начала календарной недели	**Ответственный за выполнение пункта ТПР**	**Исполнители пунктов недельного плана**		**КН/пункт из ТПР**
Дата окончания календарной недели	**ФИО (подпись)**			

План работ – по ТПР

№ п/п	**Содержание пункта из ТПР**	**Перечень работ по пункту ТПР на каждый день**	**Ответственный исполнитель работ по пункту ТПР**	**Статус**	**День недели**	**Примечания**
1						
2						
3						
4						

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

ЛИСТ ПРОБЛЕМ И ЛИСТ ПРЕДЛОЖЕНИЙ

Лист проблем и предложений должен заполняться по мере возникновения проблем при реализации работ по тактическому плану и предложений по устранению проблем. Такие листы должны быть размещены в комнате Обея.

ТФ-4

Лист проблем

№ п/п	Наименование проблемы	Дата написания	Статус	ФИО исполнителя	Дата решения	Примечания
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

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

ТФ-5

Лист предложений

№ п/п	Предложения	Дата написания	Статус	ФИО исполнителя	Дата решения	Примечания
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

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

Пример заполнения листа предложений

Также лист проблем и предложений должен быть расположен в холле поликлиники для заполнения его пациентами. Следует предусмотреть рядом с листом проблем карандаш, ручку или фломастер.

Пример заполнения листа предложений, расположенного в холле медицинской организации

ЛИСТ КОРЕННЫХ ПРИЧИН ВЫЯВЛЕННЫХ ПРОБЛЕМ

Проблема, выявленная при реализации проекта или обозначенная пациентами, анализируется методом «5 Почему». В результате такого анализа появляется коренная причина, т.е. причина, которая лежит в основе выявленной проблемы. Как правило такая причина одна. Именно она порождает все остальные проблемы в процессе. Нужно найти пути устранения такой проблемы. Результат фиксируется в листе коренных проблем.

ТФ-6

Лист коренных причин выявленных проблем

№ п/п	Название выявленных проблем	Причины выявленных проблем	Коренная причина	Меры по решению	Статус	ФИО исполнителя	Дата решения
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

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

СТАНДАРТИЗАЦИЯ РАБОТЫ

При получении запланированного результата по процессу необходимо выполнить стандартизацию работы, иными словами формализовать, документально закрепить достигнутый уровень улучшений.

Стандартизация работы – метод, при котором осуществляется точное описание каждого действия, порядка и правил осуществления деятельности, включая определение времени выполнения действий, последовательности операций и необходимого уровня запасов.

Смысл метода стандартизации – сохранение и воспроизведение лучшего на данный момент времени способа выполнения работы.

Стандартизация работы позволяет сократить потери, стабилизировать процессы, обеспечить необходимый уровень качества, быстро обучить персонал и создать условия для постоянного совершенствования.

Процесс стандартизации включает в себя:

- непосредственно разработку стандартов работы, стандартных операционных процедур (СОП);
- обучение персонала стандартам работы;
- размещение стандартов;
- проведение анализа текущих стандартов работы;
- распространение лучшего опыта.

Стандартная операционная процедура (СОП) - документ, описывающий последовательность действий и приемов при выполнении операции, где под операцией понимается повторяющаяся последовательность действий, приводящая к выполнению задания.

Стандартная операционная процедура определяет:

1. ответственное лицо
2. исполнителей
3. необходимые ресурсы
4. последовательность элементарных действий, из которых состоит операция
5. затраты времени на каждое действие

Кроме этого, стандартная операционная процедура может включать в себя: требования к качеству работы, требования к компетентности персонала, стандарт расположения материалов, инструментов, мебели, а также порядок действий в нестандартных ситуациях.

Стандартная операционная процедура утверждается приказом главного врача и является обязательной к исполнению всеми занятыми в процессе сотрудниками.

Стандартные операционные процедуры разрабатываются по каждому виду процессов, в сканированном виде размещаются в «Облачном хранилище».

Пример СОП

Утверждаю: _____
главный врач Иванов И.И.
дата: _____

Стандартная операционная процедура «Забор крови из вены»

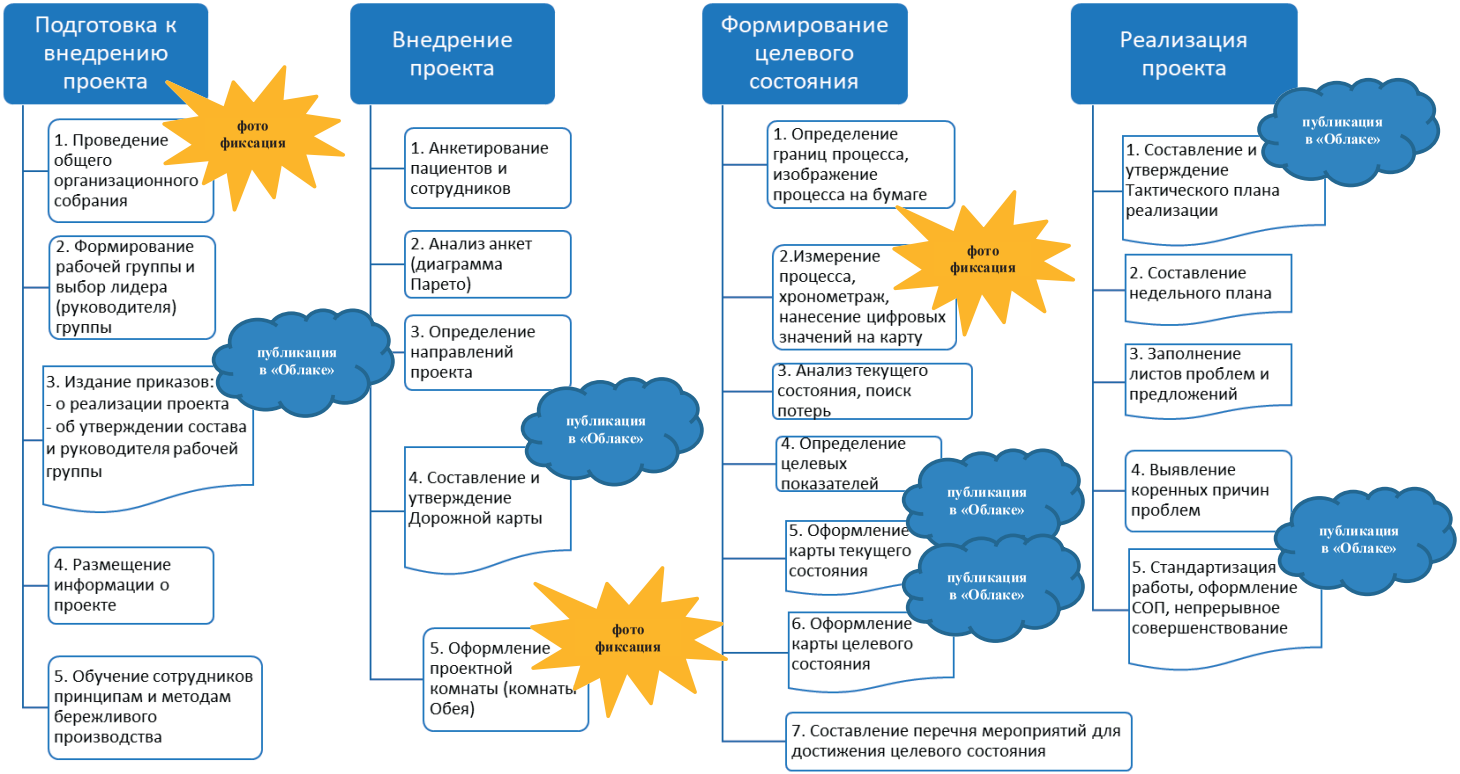
Ответственный – медицинская сестра процедурного кабинета.
Материалы и инструменты: вакуум-системы, пробирки, спиртовые салфетки, жгут, штативы, маркер, нестерильные перчатки, средство для гигиенической обработки рук, контейнер для утилизации игл и держателей.

Порядок действий:

	Действие медсестры	время
1	Нажмите кнопку светозвуковой сигнализации для приглашения пациента.	1 с.
2	Предложите пациенту сесть и освободить от одежды место венепункции.	5-7 с.
3	Просмотрите направление пациента, в случае необходимости попросите предъявить документ, удостоверяющий личность (анализ на ВИЧ).	5-15 с.
4	Поместите направление в соответствующую зону на рабочем столе.	1 с.
5	Опросите пациента на предмет готовности к исследованию.	5-10 с.
6	Информируйте пациента в доступной форме о ходе манипуляции.	5 с.
7	Выберите пробирки в соответствии с заявленными анализами и соберите вакуум-систему.	5-10 с.
8	Маркируйте пробирки (в случае направления в ДЦ наклейте штрих-код).	7-10 с.
9	Наденьте новые перчатки.	2-3 с.
10	Наложите жгут и обработайте место венепункции кожным антисептиком.	3-5 с.
11	Выполните венепункцию и произведите забор крови.	20-30 с.
12	После заполнения пробирки до необходимого объема извлеките её из держателя.	1-2 с.
13	Аккуратно перемешайте содержимое заполненной пробирки, переворачивая ее необходимое число раз. ! Не встряхивайте пробирку: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!	1-2 с.
14	Разместите пробирку на соответствующем штативе.	1-2 с.
15	Если у пациента требуется взять несколько проб крови, вставьте следующую пробирку в держатель, повторите забор крови.	20-30 с.
16	Извлеките иглу из места венепункции.	1-2 с.
17	Утилизируйте иглу и держатель.	1-2 с.
18	Наложите давящую повязку.	2-3 с.
19	Снимите перчатки, проведите гигиеническую обработку рук.	7-10 с.

Ознакомлены: _____ м/с Петрова А. Н.
_____ м/с Козлова И. В.

БЛОК-СХЕМА ЭТАПОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изложенная в данном методическом пособии последовательность действий позволит участникам проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» избежать ошибок на начальных этапах организации процесса, научиться грамотно оформлять необходимую документацию, используемую при реализации проекта.

В ходе работы по совершенствованию процессов в медицинской организации непременно будут возникать дополнительные вопросы, которые необходимо решать исключительно путем вовлечения всей команды, работающей над внедрением проекта. Именно командная работа является залогом успеха на пути реализации поставленных задач.

Особое внимание рекомендуется уделять обучению сотрудников принципам бережливого производства. Качественная теоретическая подготовка – это успех в решении практических задач.

для заметок