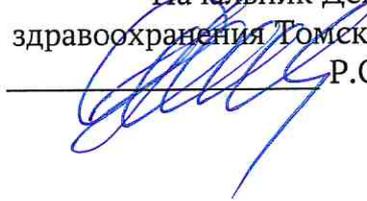


УТВЕРЖДАЮ
Начальник Департамента
здравоохранения Томской области
Р.О. Фидаров



СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ
УСЛОВИЯХ НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Методические рекомендации

Версия 3.0

Томск 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. Область применения	6
2. Нормативные ссылки	7
3. Термины, определения и сокращения	11
4. Организация пространства поликлиники	16
5. Приемная зона	26
6. Зоны ожидания для пациентов	30
7. Организация рабочего места	36
8. Организация деятельности медицинских организаций	41
9. Регистратура	48
10. Организация первичной врачебной медико-санитарной помощи	61
11. Процедурный кабинет	71
12. Организация плановой медицинской помощи	75
13. Неотложная медицинская помощь	78
14. Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры	82
15. Управление запасами товаров аптечного ассортимента в медицинской организации	91
16. Управление развитием и корпоративная культура медицинских организаций	95
17. Система оценки медицинской организации	118
Приложение № 1	122
Приложение №2	125
Приложение №3 (рекомендуемое)	134
Приложение №4 (рекомендуемое)	141
Приложение № 5	145
Приложение №6	150
Приложение №7	151
Приложение №8	153
Приложение №9	170
Приложение №10	173
Приложение №11	174
Приложение №12	181
Приложение №13	188
Приложение № 14	193
Приложение №15	200
Приложение №16	205

Приложение №17	213
Приложение № 18	219
Приложение № 19	223
Приложение № 20	234
Приложение № 21	235
Приложение № 22	236

ВВЕДЕНИЕ

Приоритетное развитие первичного звена здравоохранения обусловлено тем, что именно эта служба должна обеспечивать гарантированный минимум медицинской помощи, ее доступность, комплексность и системность обслуживания граждан; координацию и тесную взаимосвязь с другими службами здравоохранения; информированность пациентов об оказании медицинской помощи, в том числе о профилактических мероприятиях, диагностике, лечении заболеваний и состояний; снижение уровня распространенности факторов риска заболеваний, санитарно-гигиеническое просвещение.

Предпосылками для внедрения Стандарта организации медицинской помощи в амбулаторных условиях на территории Томской области стали негативные аспекты работы поликлиник, выявленные по результатам социологического опроса: барьеры коммуникации (низкая доступность телефонной связи, очереди в регистратуре, отсутствие навигации, физический барьер); недоброжелательность медицинского персонала, невнимательное отношение к пациентам; низкий уровень комфорта при ожидании медицинской услуги; недостаточный уровень организации процесса предоставления медицинской помощи.

В 2018 году была разработана первая версия Стандарта. Над созданием стандарта в течение нескольких месяцев трудилась рабочая группа, в состав которой вошли специалисты, с различными компетенциями и обладающие существенным опытом. Проект Стандарта был представлен на обсуждение Совету главных врачей Департамента здравоохранения Томской области, медицинскому сообществу (главным врачам, практикующим врачам, сотрудникам медицинских организаций), Экспертному совету при заместителе Губернатора Томской области по социальной политике, общественному совету федерального партийного проекта «Здоровое будущее» в Томской области, Совету старейшин города Томска. В 2021 году были включены «лучшие практики» и опубликована вторая версия Стандарта, в 2023 году третья версия представлена на обсуждение медицинскому сообществу.

При разработке Стандарта были учтены основные организационные факторы, снижающие эффективность работы, потребительские свойства амбулаторно-поликлинической помощи:

- отсутствие единого стандарта в оформлении внешнего и внутреннего контура МО и маршрутизации пациентов;
- дефицит кадров и их недостаточная подготовка навыкам эффективной коммуникации;
- несоблюдение времени приема и длительное ожидание приема;
- использование примитивных самодельных видов наглядной информации;
- отсутствие доступных и оборудованных зон общего пользования (гардеробы, места комфортного ожидания, санузел);
- недостаточная (в отдельных местах) освещенность и несоблюдение температурного режима;
- не продуманная логистика, нерациональное использование площадей и размещение кабинетов.

Настоящий Стандарт разработан на основе базовых ценностей и принципов бережливого производства, с учетом опыта МО, ставших пилотными на территории Томской области по внедрению бережливых технологий в здравоохранении. Одним из методов бережливого производства является стандартизация процессов. Стандартизация работы служб первичного звена здравоохранения направлена на внедрение единых методов

организации ключевых процессов, ориентированных на повышение доступности и качества оказания медицинских услуг, максимально комфортное их получение населением, формирование пациенториентированной системы здравоохранения.

Социальная функция стандартизации предусматривает определение уровня параметров и показателей медицинских услуг, соответствующего требованиям общественного здоровья, безопасности, санитарии и гигиены.

Коммуникативная функция стандартизации предусматривает создание базы для объективизации различных видов человеческого восприятия информации, а также унификацию терминов и определений, классификаторов, методов измерений и испытаний, обеспечивая тем самым необходимое взаимопонимание внутри коллектива МО.

Медицинские работники, как правило, обращают больше внимания на профессиональную компетентность, эффективность и безопасность. С их точки зрения, качество медицинской помощи подразумевает наличие у медицинского работника навыков, ресурсов и условий, необходимых для улучшения здоровья пациентов, знаний и умения выполнять профессиональные обязанности.

Для пациентов обеспечение качества оценивается не только с позиции получения ими квалифицированной медицинской помощи, но и с позиции оценки качества организации вспомогательных процессов, обеспечивающих предоставление медицинских услуг. Таким образом, качество организации медицинской помощи достигается при выполнении порядков и стандартов оказания медицинской помощи, клинических протоколов и требований настоящего Стандарта.

Приоритетными направлениями стандартизации являются: безопасность, информационные технологии, ресурсосбережение и информирование пациентов.

ВАЖНО!

Деятельность руководителей и прочего административного персонала первичного звена здравоохранения должна быть направлена на устранение основных факторов, препятствующих эффективной работе медицинского персонала поликлиники, реализацию мероприятий организационного характера, обеспечивающих соблюдение нормативных сроков ожидания, предусмотренных действующей ТППГ, создание условий для удовлетворения потребности обратившегося в МО гражданина в оказании медицинской помощи.

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящий Стандарт содержит подробные инструкции по организации медицинской помощи населению Томской области на основе требований действующего законодательства в сфере здравоохранения и с учетом методических рекомендаций Минздрава РФ по созданию новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

Стандарт регламентирует единые подходы к организации первичной доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Томской области.

Требования настоящего Стандарта предназначены для всех медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Томской области и оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях. Оценка выполнения требований осуществляется по контрольным листам, приведенных в конце каждого раздела Стандарта.

Реализация Стандарта в поликлиниках и поликлинических отделениях МО должна осуществляться поэтапно с обязательным предварительным информированием коллектива сотрудников и обслуживаемого населения о вводимых улучшениях и целях, которые должны быть достигнуты. Действия по внедрению требований Стандарта не должны приводить к снижению качества предоставляемых медицинских услуг.

Выполнение требований Стандарта обеспечивает достижение обязательных критериев новой модели медицинской организации, в рамках реализации федерального проекта «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» ([приложение 1 к Стандарту](#)). После окончательного внедрения требований Стандарта, в МО должен быть организован внутренний контроль устойчивости результатов на постоянной основе.

При выявлении отклонений, руководитель медицинской организации должен принять меры для устранения несоответствий ([Раздел 17. Система оценки медицинской организации](#)).

ВАЖНО!

<p>Стандарт регламентирует единые подходы к организации деятельности служб первичного звена здравоохранения и предполагает выполнение всех обязательных требований в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Томской области.</p>

2.НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Настоящий Стандарт разработан с учетом положений следующих нормативно-правовых документов:

1. Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Федеральный закон от 21.07.2014 № 254-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон "Об обеспечении единства измерений».
5. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть II) от 26.01.1996 № 14-ФЗ.
6. Кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 195-ФЗ «Об административных правонарушениях».
7. Постановления Правительства РФ от 4.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
8. Постановление Правительства РФ от 14.02.2013 № 116 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей».
9. Постановление Правительства РФ от 29 марта 2019 года № 363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда».
10. Постановление Правительства РФ от 01.06.2021 № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».
11. Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 N 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов».
12. Распоряжение Департамента Здравоохранения Томской области от 19.12.2022 №1450 «Об утверждении порядка организации записи на прием к врачу в учреждениях здравоохранения Томской области, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».
13. Приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».
14. Приказ Минздрава России от 23.09.2003 № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации».
15. Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».
16. Приказ Минздравсоцразвития России от 07.12.2005 № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового».
17. Приказ Минздравсоцразвития России от 18.01.2006 № 28 «Об организации деятельности врача-педиатра участкового».

18. Приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
19. Приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2009 № 984н «Об утверждении Порядка прохождения диспансеризации государственными гражданскими служащими Российской Федерации и муниципальными служащими, перечня заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению, а также формы заключения медицинского учреждения».
20. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
21. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».
22. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
23. Приказ Минздрава России от 15.08.2012 № 89н «Об утверждении Порядка проведения испытаний в целях утверждения типа средств измерений, а также перечня медицинских изделий, относящихся к средствам измерений в сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, в отношении которых проводятся испытания в целях утверждения типа средств измерений».
24. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия».
25. Приказ Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».
26. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
27. Приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
28. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
29. Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».

30. Приказ Минздрава РФ от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
31. Приказ Минздрава России от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».
32. Приказ Минздрава России от 23.12.2020 N 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования».
33. Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
34. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н «Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».
35. Приказ Минздрава России от 20.11.2021 № 151н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства».
36. Приказ Минздрава России от 06.12.2021 № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок».
37. Приказ Минздрава России от 15 марта 2022 года № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
38. Приказ Минздрава России от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».
39. Приказ Минстроя России от 03.12.2016 № 876/пр «Об утверждении Изменения № 2 СП 118.13330.2012 «СНиП 31-06-2009 Общественные здания и сооружения».
40. Приказ Минстроя России от 30.12.2020 №904/пр «Об утверждении СП 59.13330.2020 «СНиП 35-01-2001 Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения».
41. Свод правил 158.13330.2014 «Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования», утвержденный приказом Министерства строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации от 18.02.2014 № 58/пр «Об утверждении свода правил «Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования».
42. Санитарные правила 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2020 № 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-

- эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи».
43. Санитарные правила 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 24.12.2020 № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг» (в ред. Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 14.04.2022 № 12).
 44. ГОСТ Р 53079.4-2008 Национальный стандарт Российской Федерации «Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований» Часть 4. Правила ведения преаналитического этапа, утвержденный приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 18.12.2008 № 554-ст.
 45. ГОСТ Р 52623.4-2015 Национальный стандарт Российской Федерации «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств», утвержденный приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31.03.2015 № 200-ст.
 46. Постановление Администрации Томской области от 0.02.2023 №48а «Об утверждении областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов».
 47. Паспорт регионального проекта «Первичная медико-санитарная помощь», утвержденного протоколом Совета при Губернаторе Томской области по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 30.03.2021 №СЖ-Пр-583.
 48. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 апреля 2005 г. N 734/МЗ-14 «О порядке хранения амбулаторной карты».
 49. Письмо Департамента здравоохранения Томской области №60-3080 от 12.05.2022 «О внедрении и размещении бренда первичного звена здравоохранения».
 50. Методические рекомендации Минздрава России от 17.05.2023 «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (3-е издание с дополнениями и уточнениями).
 51. Методические рекомендации № 12-22 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры» (утв. ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Министерства здравоохранения РФ 30 ноября 2022 г.).

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

3.1 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем Стандарте используются следующие термины и определения:

Автоматизированное рабочее место – комплекс средств вычислительной техники и программного обеспечения, располагающийся непосредственно на рабочем месте сотрудника и предназначенный для автоматизации его работы в рамках специальности.

Администратор холла – сотрудник регистратуры (фронт-офис), ответственный за информирование пациента о порядке получения медицинской услуги в МО при личном обращении, рабочее место которого располагается в холле регистратуры. Также администратор оказывает помощь в маршрутизации пациента внутри МО, решает нестандартные задачи и вопросы, возникающие у пациентов и сотрудников МО относительно организации медицинской услуги.

Аудит – процедура независимой оценки деятельности организации, системы, процесса, проекта или продукта.

Брендбук – внутрикорпоративный документ, содержащий информацию о цели и миссии МО и устанавливающий основные требования к элементам корпоративного стиля.

Гардероб – зона общего пользования в МО, предназначенная для размещения верхней одежды посетителей.

Дежурный администратор – должностное лицо (заместитель главного врача, заведующий структурным подразделением), ответственное за оперативное решение вопросов при обращении граждан в МО.

Документооборот – движение документов с момента их создания или получения до завершения исполнения, помещения в дело и (или) отправки.

Зона комфортного ожидания – выделенное место в здании медицинской организации, предназначенное для людей, сопровождающих пациентов, либо для пациентов, у которых между несколькими приемами, согласно записи, длительный период ожидания.

Игровая зона – зона комфортного пребывания детей в МО.

Информационный стенд – плоская конструкция (щит), на котором размещаются информационные листы, документы, предназначенные для целевой аудитории.

Канал записи – способ записи в медицинскую организацию.

Канбан – инструмент бережливого производства, с помощью которого регулируются процессы снабжения материалами в нужном количестве и в нужное время на каждом этапе деятельности.

Картохранилище – специально приспособленное помещение в МО, предназначенное для хранения амбулаторных карт пациентов.

Колл-центр – подразделение регистратуры, осуществляющее работу с пациентами, обратившимися в режиме телефонных коммуникаций.

Колясочная – помещение для временного размещения детских колясок, организованное в амбулаторно-поликлинических отделениях, ведущих прием детей мл

Контрольный лист оценки – инструмент проведения аудита (оценки) и самооценки в виде таблицы, содержащей критерии и параметры выполнения требований разделов Стандарта.

Лабораторная информационная система – модуль МИС ТО, предназначенный для автоматизации деятельности лабораторной диагностики медицинского учреждения.

Лист ожидания – механизм сбора заявок на запись к врачу при отсутствии вакантных слотов в расписании с последующей записью в случае появления освободившегося слота.

Логотип – индивидуальный графический знак (рисунок), эмблема или символ, используемый для повышения узнаваемости и распознаваемости (идентификации) МО среди населения.

Маркировка – условное обозначение (надписи, знаки, буквы, цифры, графические знаки), наносимые на объект с целью его дальнейшей идентификации (узнавания), указания его свойств и характеристик.

Маршрутизация пациента - процесс определения оптимального пути его следования с целью получения качественной медицинской помощи при минимальных временных и финансовых затратах.

Маршрутная карта – документ, содержащий сведения о маршруте пациента и формируемый с использованием МИС ТО.

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Навигация – система ориентирования, которая позволяет определить местонахождение и наиболее удобные пути передвижения до определенного места в организации.

Наружная вывеска – конструкция, размещаемая на внешних поверхностях (внешних ограждающих конструкциях, фасадах) зданий, строений, сооружений, на информационном поле которой указываются сведения, позволяющие идентифицировать место фактического нахождения или осуществления деятельности организации.

Предварительная запись – запись на прием к врачу или обследование в расписание МИС ТО, предполагающая заблаговременное согласование даты и времени оказания медицинской помощи пациенту.

Профессиональная этика – нравственные нормы, которые регулируют взаимоотношения людей в процессе трудовой деятельности и отношение человека к своим профессиональным обязанностям, долгу.

Рабочее место – часть рабочего пространства, оснащенная необходимыми техническими средствами, в которой совершается трудовая деятельность.

Речевые модули – типовые фразы и предложения, используемые сотрудниками МО в разговоре с пациентами.

Самоорганизация (соблюдение порядка) – размещение нужных предметов на рабочем месте (рабочем пространстве) таким образом, чтобы максимально снизить потери при их использовании и поиске персоналом организации.

Система 5С – один из методов бережливого производства, позволяющий эффективно и безопасно организовать рабочее место.

Систематическая уборка (содержание в чистоте) – постоянное поддержание рабочих мест, предметов в чистоте и постоянной готовности к использованию.

Слот – период времени в расписании приема медицинского работника в МИС ТО, установленный для оказания единичного случая первичной медико-санитарной помощи (в

т.ч. приема одного пациента, проведения одного диагностического исследования, проведения одной лечебной процедуры).

Совершенствование – процесс непрерывного поддержания и развития достигнутых результатов.

Сортировка – разделение предметов на необходимые (нужные) и ненужные и удаление ненужных предметов.

Стандартизация – деятельность, направленная на достижение оптимальной степени выполнения работы (оказания услуги) путем разработки и установления требований, правил, условий.

Стеллаж-накопитель – стеллаж, имеющий несколько полок, предназначенный для размещения амбулаторных карт.

Типовой набор слотов – последовательно составленный набор слотов для одного врача определенной должности на один день с учетом занимаемой ставки.

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

Утвержденное расписание – типовое расписание, адаптированное с учетом штатной численности и медицинских ресурсов конкретной медицинской организации.

Фронт-офис – подразделение регистратуры, осуществляющее работу с пациентами, обратившимися лично в МО.

Цепочка помощи – способ и алгоритм (метод/механизм) получения помощи у коллег и вышестоящего руководства в решении проблем, выявленных в рамках процесса.

Электронная очередь – программно-аппаратный комплекс, позволяющий формализовать и оптимизировать управление потоком посетителей.

Электронное табло – информационный экран для отображения информации.

3.2 ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем Стандарте использованы следующие обозначения и сокращения:

АД – артериальное давление;

Амбулаторная карта - медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, форма № 025/у;

АРМ – автоматизированное рабочее место;

АТО – Администрация Томской области;

АТС – автоматическая телефонная станция;

АОН – автоматический определитель телефонного номера;

АУП – административно-управленческий персонал;

ВГД – внутриглазное давление;

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

ВК – врачебная комиссия;

ДЗТО – Департамент здравоохранения Томской области;

ДОГВН – диспансеризация определенных групп взрослого населения;

ДУ, Д-учет – диспансерный учет;

ДН, Д-наблюдение – диспансерное наблюдение;

ЗНО – злокачественное новообразование;

ЗОЖ – здоровый образ жизни;

ЕГИСЗ – единая государственная информационная система в сфере здравоохранения;

ЕПГУ – единый портал государственных услуг и функций;

ЕЭРР – единая электронная регистратура региона;

ИМН – изделия медицинского назначения;

КМП – кабинет медицинской профилактики;

КДЛ – клинико-диагностическая лаборатория;

КНМП – кабинет неотложной медицинской помощи;

КТ – компьютерная томография;

КОПП – кабинет организации плановой помощи;

ЛИС – лабораторная информационная система;

ЛН – листок нетрудоспособности;

ЛЛО – льготное лекарственное обеспечение;

ЛП – лекарственные препараты;

ЛС – лекарственные средства;

МИС ТО – медицинская информационная система Томской области;

ММГН – маломобильные группы населения;

МО – медицинская организация;

МП – медицинская помощь;

МРТ – магнитно-резонансная томография;

МСЭ – медико-социальная экспертиза;

МФУ – многофункциональное устройство;

НММО – новая модель медицинской организации;

НМП – неотложная медицинская помощь;

НП – неотложная помощь;

НПА – нормативно-правовой акт;

ОВП – общая врачебная практика;

ОМП – отделение медицинской профилактики;

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ОПМУ – отделение платных медицинских услуг;

- ПМО – профилактический медицинский осмотр;
- ПМСП – первичная медико-санитарная помощь;
- РЦ ПСМП – региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи;
- СанПиН – санитарные правила и нормы;
- СКЛ – санаторно-курортное лечение;
- СМИ – средства массовой информации;
- СМО – страховая медицинская организация;
- СМП – скорая медицинская помощь;
- СНИЛС – страховой номер индивидуального лицевого счета;
- СОП – стандартная операционная процедура;
- Стандарт – Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области;
- ТАП (талон амбулаторного пациента) – талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, форма № 025-1/у;
- ТПГГ – областная Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Томской области;
- УДВН – углубленная диспансеризация взрослого населения;
- УЗ, врач-специалист – врач, оказывающий первичную специализированную медико-санитарную помощь;
- УЗИ – ультразвуковое исследование;
- УЧ, участковый врач – участковый терапевт, участковый педиатр или врач общей практики;
- ФАП – фельдшерско-акушерский пункт;
- ФИО – фамилия, имя и отчество;
- ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания;
- ЭФГДС – эзофагогастродуоденоскопия;
- ЭКГ – электрокардиография.
- ЭЛН – электронный лист нетрудоспособности.
- ЭМК – электронная медицинская карта пациента;
- ЭЦП – электронная цифровая печать.

4. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОСТРАНСТВА ПОЛИКЛИНИКИ

Обеспечение безопасных и комфортных условий для пребывания пациентов в процессе получения медицинской услуги, работы медицинского и обслуживающего персонала является обязательным условием качества и безопасности медицинской деятельности.

В поликлинике должны быть реализованы планировочные решения внутренних пространств, включающие: открытую регистратуру с инфоматом, электронным табло с расписанием приема врачей, колл-центр, систему информирования и навигации, зоны комфортного ожидания в холлах. В поликлиниках, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, организуются колясочные.

При смене элементов визуального стиля в медицинских организациях, оказывающих ПМСП: замене наружной, внутренней навигации, а также информационных носителей необходимо руководствоваться действующими требованиями к брендбуку ([Приложение 2 к Стандарту](#))

4.1. СИСТЕМА НАВИГАЦИИ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ НОСИТЕЛИ

Система навигации медицинской организации является методом информирования посетителей о месте нахождения объекта и визуализации пространства для ориентации и перемещения в нём.

Основная цель системы навигации - построение оптимального маршрута от настоящего местонахождения до объекта назначения.

Навигационная система содержит совокупность указателей, выполненных в едином графическом стиле, выстроенном на основе общих правил и принципов медицинской организации. Её основными элементами являются навигационные указатели (далее - указатель). Указатель содержит вербальную и визуальную информацию:

- текстовые названия объектов (легенды);
- указатели направлений движения (стрелки);
- пиктограммы (знаки).

Типы навигационных указателей в медицинской организации ([Приложение 3 к Стандарту, рис. 1](#)):

- указатели направления - обозначают направление движения к объекту инфраструктуры;
- указатели объектов - это указатели, служащие для обозначения и идентификации объектов инфраструктуры;
- справочные указатели - информируют о расположении объектов и указывают направление к ним;
- предписывающие знаки - информируют посетителя о том, что запрещено и/или разрешено делать на данном объекте.

Принципы системы навигации:

- Актуальность, точность и достоверность

Информация, размещенная на указателях, должна полностью соответствовать объектам и событиям в данный момент времени. Быть точной и не допускать различных толкований. При изменениях в навигационной системе, информация обновляется на сайте медицинской организации.

- Непрерывность информирования

Информация должна предоставляться непрерывно на всём пути следования посетителей от начала маршрута до объекта назначения.

- Необходимость и достаточность

Система навигации должна содержать сведения и данные, необходимые посетителю на всем маршруте следования. Прочие информационные носители (стенды, объявления) не должны препятствовать восприятию навигационной информации и должны отличаться по стилю и визуальным характеристикам.

- **Единообразии и универсальности**

Вся визуальная и вербальная информация должна функционировать как часть единой системы и однозначно восприниматься на всех объектах инфраструктуры медицинской организации. Названия подразделений и отделений медицинской организации должны быть идентичными для наружной и внутренней навигации.

- **Доступности**

Навигация должна быть проста для понимания и для персонала медицинской организации, и для пациентов. При планировании навигационной системы необходимо соблюдать принцип оптимального восприятия сообщаемой посетителю информации:

- а) информация на указателях должна быть доступной для восприятия всеми группами пациентов;
- б) настенные элементы навигации внутри МО должны быть размещены на уровне глаз посетителей: нижняя граница вывески не ниже 1,2 м и не выше 1,6 м от поверхности пола.

При наполнении элементов навигации важно помнить, что человек комфортно воспринимает не более 4-5 блоков сгруппированной информации по 4-5 строк.

Размер вербальных знаков (буквы, цифры) внешних элементов навигации зависит от объема размещаемой информации и расстояния от точки принятия решения (остановки общественного транспорта, парковки) до указателя.

Информацию, используемую в навигационной системе в зависимости от ее приоритетности можно разделить на первичную и вторичную.

Первичная информация

Наиболее приоритетная информация, необходимая пациенту для принятия решения, связанного с получением медицинской помощи и обозначающая наиболее значимые и важные объекты, расположенные в поликлинике. Первичная информация сопровождается текстовым сообщением и, при наличии, пиктограммой ([Приложение 3 к Стандарту, рис. 2](#)).

К объектам первичной информации относятся:

- направления движения к зоне регистратуры и терминалов электронной очереди;
- направления к медицинским кабинетам;
- аптечные пункты;
- услуги инфраструктуры для лиц с ограниченными возможностями.

Вторичная информация

Информация, не являющаяся приоритетной и необходимой пациенту для принятия решения о направлении движения к объектам, не относящимся непосредственно к получению медицинской помощи. Вторичная информация может быть представлена в виде пиктограммы ([Приложение 3 к Стандарту, рис. 2](#)).

К объектам вторичной информации относятся:

- зоны комфортного пребывания;
- детские игровые зоны;
- буфет;
- гардероб;
- лифты, лестницы, этажи, выходы;
- туалеты и пр.

4.2. ВНЕШНЯЯ СИСТЕМА НАВИГАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

4.2.1. УКАЗАТЕЛИ ОБЪЕКТОВ

Указатели объектов обозначают местонахождение поликлиники и размещаются на здании медицинской организации.

Виды указателей объектов:

- основная наружная вывеска;
- консольная вывеска;
- режимная вывеска (далее - фасадная табличка).

Основная наружная вывеска

Основная наружная вывеска — это информационная конструкция, размещенная на фасаде или крыше здания (сооружения) над центральным входом для обозначения местонахождения поликлиники ([Приложение 3 к Стандарту, рис. 3, рис. 4](#)).

Требования к основной вывеске:

- основная вывеска должна содержать наименование и логотип организации. Название должно соответствовать надписи на указателе направления;
- размер букв на вывеске должен обеспечивать читабельность текста на расстоянии не менее 100 метров в дневное и вечернее время;
- дизайн вывески должен быть согласован в администрации муниципального образования, соответствовать требованиям безопасности и принятому фирменному стилю медицинской организации.

Консольная вывеска

Консольная вывеска — это двусторонняя вывеска, которая крепится перпендикулярно к фасаду здания. Консольная вывеска выступает в качестве дополнительного информационного и навигационного носителя и применяется если у здания есть проходной угол. Позволяет обозначить местонахождение поликлиники для пешеходов, которые не могут видеть лицевую часть здания, где расположена основная вывеска. Макет консольной вывески представлен в [приложении 3, рис.5](#).

Требования к консольной вывеске:

- консольная вывеска должна содержать наименование и логотип организации. Название должно соответствовать надписи на указателе направления;
- размер букв на вывеске должен обеспечивать читабельность текста на расстоянии не менее 15 метров в дневное и вечернее время;
- дизайн вывески должен соответствовать требованиям безопасности и принятому фирменному стилю медицинской организации;
- размещение вывески осуществляется в соответствии с утвержденным паспортом фасада.

Фасадная табличка

Фасадная табличка — это информационная конструкция для обозначения медицинской организации и графика работы ([Приложение 3, рис. 6](#)). Размещается параллельно к поверхности фасадов на внешней стене рядом с главным входом в поликлинику или на двери.

Требования к фасадной табличке:

- фасадная табличка должна содержать данные об организационно-правовой форме, наименование медицинской организации и часы работы;
- максимальный размер не должен превышать 800 x 600 мм. Информация должна быть продублирована шрифтом Брайля для слабовидящих, в соответствии с действующими нормативными документами;
- дизайн вывески должен соответствовать требованиям безопасности и принятому фирменному стилю медицинской организации.
- размещение вывески осуществляется в соответствии с утвержденным паспортом фасада.

4.3. ВНУТРЕННЯЯ СИСТЕМА НАВИГАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Для формирования внутренней навигационной системы необходимо определить перечень кабинетов, места расположения и виды элементов навигации. После чего сгруппировать информацию о кабинетах по общим признакам и приоритетности для пациента. Пример распределения представлен в таблице 1.

В поликлинике должен быть предусмотрен ряд указателей, способствующих эффективной ориентации пациента в здании от входа до выхода из него.

Эффективная система навигации должна обеспечивать поиск необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.) в точке ветвления маршрута не более чем за 30 секунд. Точки ветвления определяются с помощью поэтажных планов: на планы наносятся отметки в местах пересечения и/или поворотов коридоров, выходов из лифтов, лестничных площадок, холлах.

Таблица 1

Пример распределения кабинетов и функциональных зон

Группы	Критерии	Пример
Зоны общественного пользования	Помещения и зоны со свободным доступом для пациентов Вторичная информация	Туалет, лифт, зона комфортного пребывания, игровая зона, аптечный пункт и т.д.
Уникальные	Нет общего признака, объединяющего с другими кабинетами Первичная информация	Кабинет неотложной медицинской помощи, кабинет профилактики, кабинет организации плановой помощи и т.д.
Группируемые	Отделения, кабинеты, входящие в состав отделений или имеющие общий признак Первичная информация	Терапевтическое отделение, участковые терапевты, консультативно-диагностическое отделение, лучевая диагностика, врачи-специалисты и др.

Рекомендованный набор элементов внутренней навигации в типовой поликлинике:

- Стенды информирования и справочные указатели, включающие:
 - а) вывеску-каталог с наименованием групп медицинских кабинетов ([Приложение 3 к Стандарту, рис. 7](#));
 - б) информационные таблички и вывески-инструкции ([Приложение 3 к Стандарту, рис. 8](#)):

- информация о правилах в МО;
 - правила пользования информатом «Как получить талон в регистратуру»
 - правила пользования гардеробом, колясочной, т.п.;
 - правила безопасного поведения в игровой зоне, в лифте и т.п.;
 - предписывающие знаки («Осторожно, ступенька», «Производится видео- и аудиозапись», «Наденьте бахилы», «Наденьте респираторную маску», «Не курить», «Отключить мобильные устройства связи» и т.п.);
 - табличка о возможности оставить отзыв о работе поликлиники, специалистов, в т.ч., с помощью QR-кода ([Приложение 3 к Стандарту, рис.9](#));
 - план этажа с указанием кабинетов и обозначением маркера «Вы здесь» в точке расположения вывески, для помощи в топографическом определении местоположения пациента ([Приложение 3 к Стандарту, рис. 10](#)).
- Указатели направления, включающие:
- а) поэтажную вывеску-указатель направления ([Приложение 3 к Стандарту, рис. 11](#));
 - б) указатели направления к кабинетам и функциональным зонам, в том числе на туалеты и эвакуационные выходы, лестницы ([Приложение 3 к Стандарту, рис. 12](#)).
 - в) Указатели объектов, включающие:
 - г) вывеску-указатель объекта ([Приложение 3 к Стандарту, рис. 13](#));
 - д) информационные таблички на кабинетах специалистов ([Приложение 3 к Стандарту, рис.14, рис.15](#));
 - е) номерные таблички на двери или на стене рядом с кабинетом, в том числе, консольные ([Приложение 3 к Стандарту, рис.16](#)).

Для оперативного информирования пациентов рекомендуется разместить карманы формата А4: под объявления об изменениях в работе специалистов в данном кабинете (график приема, отмена приема, переадресации пациентов в другие кабинеты и т.д.). Формат и текст всех объявлений, размещенных на дверях медицинских кабинетов должен быть выполнен в едином стиле (пластиковый карман, либо покрытие объявления полимерной пленкой (ламинация) с прикреплением на двухсторонний скотч).

Рекомендовано использовать технические решения, позволяющие заменять необходимую информацию в оперативном режиме (например, крепление на магнитных лентах, использование пластиковых самоклеящихся карманов из прозрачного полипропилена горизонтального или вертикального размещения).

Навигация должна быть доступна всем группам пользователей и сохранять при этом информативные, эстетические и эргономические качества. Информация на элементах навигации, её места и способ размещения должны соответствовать установленным требованиям к местам обслуживания маломобильных групп населения в общественных зданиях.

Для безопасного пребывания в здании МО на всех этажах над выходами должен располагаться план эвакуации, а также световое табло «выход» / «эвакуационный выход» / «запасный выход». По периметру коридоров здания необходимо разместить наклейки (эвакуационная наклейка безопасности Е01-01), указывающие на направление движения к эвакуационным выходам.

4.4. СИСТЕМА ИНФОРМИРОВАНИЯ

Система информирования является одним из ключевых критериев качества и доступности медицинской помощи населению и входит в состав обязательных требований НММО в части организации пространства.

Информационное сопровождение должно быть организовано на всем пути следования пациентов от входа в МО до необходимого кабинета, а также соответствовать принципам доступности, актуальности, уместности.

Информационное сопровождение включает в себя ряд носителей со следующим содержанием, сгруппированных по тематике:

- **Расписание работы врачей (стенд №1)**

Стенд с расписанием (при технической возможности – электронное табло) размещается в вестибюле регистратуры в визуально доступном месте с возможностью оперативной замены информации при необходимости и отображает актуальное расписание приема врачей-специалистов, работы диагностических подразделений. Информация должна быть легкой для восприятия и понятной посетителям поликлиники. На стенде с расписанием работы врачей должны быть размещены:

- а) номер кабинета;
- б) ФИО специалиста;
- в) специальность;
- г) часы приема по дням недели;

- **Информация о медицинской организации (стенд №2)**

Размещается в зоне первичной видимости при входе в поликлинику и включает следующие обязательные сведения:

- а) о медицинской организации:
 - наименование медицинской организации, режим работы, контактная информация (место нахождения обособленных подразделений, контактные телефоны, электронная почта, адрес официального сайта в сети «Интернет», почтовый адрес),
 - структура медицинской организации с указанием подразделений, в том числе обособленных (Приложение 4 к Стандарту, рис.5),
 - система управления медицинской организации (поликлинического отделения) (Приложение 4 к Стандарту, рис. 6, рис. 7),
 - график приема граждан руководителем и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты, номера кабинета,
 - сведения о медицинских работниках поликлиники (об уровне их образования и квалификации),
 - копия свидетельства о государственной регистрации медицинской организации, копия действующей лицензии с приложениями;
- б) о противодействии коррупции;
- в) правила поведения пациента в медицинской организации;
- г) о возможности ознакомления с нормативными правовыми актами в регистратуре.

- **Информация об организации медицинской помощи (стенд №3)**

В холле регистратуры размещается информация, содержащая сведения:

- а) о видах, условиях и формах оказываемой медицинской помощи;
- б) о правилах записи на первичный прием, консультации, обследования и правилах подготовки к ним;

- в) о маршрутизации пациентов в условиях конкретной поликлиники (медицинской организации);
 - г) о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации;
 - д) о сроках и порядке проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;
 - е) о проведении вакцинации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;
 - ж) о правилах предоставления платных медицинских услуг (правила предоставления, перечень оказываемых платных медицинских услуг, информация о ценах, примеры оформления документов) (возможно размещение на отдельном стенде);
 - з) список «горячих линий» ДЗТО;
 - и) адреса и контактные телефоны ДЗТО, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
 - к) о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья.
- **Информация по предоставлению медицинской помощи в системе ОМС (стенд №4)**
В холле администрации размещается информация, содержащая сведения:
 - а) о страховых организациях, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;
 - б) о части действующей федеральной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с пометкой «с полной версией документа вы можете ознакомиться в регистратуре»;
 - в) о части действующей ТППГ с пометкой «с полной версией документа вы можете ознакомиться в регистратуре»;
 - г) о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных действующей ТППГ;
 - д) о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с федеральной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и действующей ТППГ;
 - е) о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, перечень лекарственных препаратов для льготных категорий граждан, утвержденный Минздравом Российской Федерации и органом исполнительной власти);
 - ж) о категориях граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение (федеральные, региональные);
 - з) правила льготного лекарственного обеспечения в МО;
 - и) телефон горячей линии ДЗТО по льготному лекарственному обеспечению.
 - **Информация о профилактике заболеваний и ЗОЖ (стенд №5)**
В местах ожидания пациентов размещается информация, содержащая сведения:
 - а) основные материалы – информация:
 - о вреде алкоголизма и табакокурения, существующих способах отказа от потребления алкоголя и табака, оказания медицинской помощи при никотиновой, алкогольной или наркотической зависимости;
 - о профилактике социально-значимых заболеваний;

- о жизнеугрожающих состояниях, заболеваниях и их осложнениях, обучении пациентов, членов их семей правилам первой помощи;
 - о профилактике хронических неинфекционных заболеваний и факторах риска;
 - о профилактике инфекционных заболеваний;
 - о здоровом образе жизни.
- б) обновляемую сезонную информацию:
- как защититься от острых респираторных вирусных инфекций, вакцинация от гриппа;
 - информация согласно датам Всемирной организации здравоохранения (например, Всемирный день без табака, Всемирный день иммунитета);
 - информация по актуальному для региона заболеванию (клещевой энцефалит, описторхоз и т.п.).

Основные требования к системе информирования:

- стенды должны быть выполнены в корпоративных цветах организации согласно брендбуку, утвержденного руководителем, или иному документу, в котором определен корпоративный стиль МО;
- настенные стенды для информационных материалов должны быть размещены:
 - а) с возможностью свободного доступа к информации;
 - б) на уровне глаз пользователя с высотой расположения не менее 1,2 м и не более 1,6 м от пола по нижнему краю стенда;
- размер шрифта информационных материалов должен быть читабельным с расстояния не менее 1 метра;
- информационные материалы должны быть структурированы в соответствии с тематическими блоками, с использованием заголовков, линий, пробелов, с применением полужирного начертания;
- на стендах с официальной информацией могут быть размещены следующие данные:
 - а) логотип МО;
 - б) полное наименование МО;
 - в) логотип АТО;
 - г) логотип ДЗТО;
 - д) название стенда;
 - е) телефоны регистратуры;
 - ж) адрес сайта МО;
 - з) e-mail для электронных писем.

Для размещения элементов информации рекомендуется использовать стенды, мониторы, электронные табло, напольные конструкции (буклетница с фризом и карманами), мобильные демонстрационные системы, официальный веб-сайт медицинской организации, баннеры. В [Приложении 4 к Стандарту](#) представлены возможные виды и форматы стендов для размещения в поликлинике.

Для информирования пациентов о методах профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни рекомендуется применять трансляцию видеороликов в холле регистратуры, в зоне ожидания, в отделении медицинской профилактики.

В поликлинике должно быть организовано управление системой навигации и информирования, включая назначение ответственных за своевременную актуализацию информации по блокам, оценку соответствия требованиям настоящего стандарта.

ВАЖНО!

Система навигации и информационные носители должны быть доступны для всех групп населения, в том числе для инвалидов, маломобильных групп населения и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения.

Информация должна быть понятной, доступной, представлять собой полный перечень нормативной документации и иной информации, необходимой пациенту.

Эффективность системы навигации, системы информирования и организации зоны отдыха (комфортного ожидания) должна соответствовать целевым значениям критериев первого уровня новой модели медицинской организации ([Приложение 1 к Стандарту](#)).

В поликлинике должен быть издан локальный НПА об организации системы информирования и навигации с назначением ответственных лиц, определением функционала и порядка и кратности мониторинга.

4.6. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ СИСТЕМЫ НАВИГАЦИИ И СИСТЕМЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1.	Система навигации выполнена в едином стиле, принятом в организации		
2	Маршрут от остановки общественного транспорта (от парковки) до главного входа в поликлинику очевиден для посетителя		
3.	Главный вход в поликлинику обозначен вывеской		
4.	Информация на вывесках внешнего и внутреннего контура читабельная, содержит актуальные сведения		
5.	Элементы навигации и информирования содержат общепринятые обозначения и термины, без излишних знаков пунктуации, орфографических и стилистических ошибок		
6.	Время поиска необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.) в точке ветвления маршрута занимает не более 30 секунд		
7.	В МО размещены 100% элементов информирования от требуемого настоящим стандартом объема		
9.	Информация структурирована в соответствии с тематическими блоками		
10.	Информация, размещенная в поликлинике, в том числе на дверях кабинетов, утверждена администрацией		
11.	Информация доступна для прочтения, доступ к информации не ограничен предметами мебели, интерьера и т.п.		
12.	<p>В поликлинике организовано управление системой информирования:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ есть утвержденный НПА ▪ распределена ответственность за актуализацию информации по блокам; ▪ внутренняя оценка системы информирования и навигации проводится не реже 1 раза в месяц; ▪ проводится анализ результатов оценки со стороны руководителя МО, включая принятие решений и их реализацию для достижения уровня соответствия настоящему стандарту. 		

5. ПРИЕМНАЯ ЗОНА

Приемная зона медицинской организации относится к местам общего пользования и создает первое впечатление о поликлинике у пациентов, сотрудников и других посетителей.

Приемная зона должна быть организована с учетом доступности для инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с Государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» и Сводом правил «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения».

В состав приемной зоны типовой поликлиники входят: колясочная (для детских поликлиник), холл (вестибюль), гардероб.

На входе в медицинскую организацию (структурное подразделение медицинской организации) рядом с дверью должна быть установлена кнопка вызова персонала для маломобильных пациентов.

На прозрачной входной двери должен быть размещен предупредительный знак для слабовидящих людей – желтый круг, выполненный в виде наклейки на стекло.

Требования к оформлению предупредительного знака «Осторожно (желтый круг)»:

- наклеивается с двух сторон на стеклянную дверь во избежание столкновения слабовидящего с дверью;
- имеет диаметр не менее 15 см;
- знак не имеет белых полей и обрезан по контуру;
- располагается на уровне глаз пользователя не ниже 1,2 м и не выше 1,6 м от поверхности пола.

5.1. КОЛЯСОЧНАЯ

Колясочная обустраивается в поликлиниках, оказывающих медицинскую помощь детскому населению. Колясочная зона должна обеспечивать защиту детских колясок от неблагоприятных погодных условий (дождь, снег, град и т.д.).

Месторасположение колясочной обозначается [вывеской-указателем объекта](#). Если колясочная находится на удалении от входа в поликлинику, то необходимо предусмотреть установку [указателей направления](#) к ней.

Требования к колясочной:

- площадь колясочной: не менее 6 кв. метров на 100 посещений в смену, согласно действующему своду правил о зданиях и помещениях медицинских организаций;
- наличие поручня на высоте 90-110 см от земли или пола с возможностью фиксации коляски;
- наличие информации о правилах пользования колясочной в доступной форме;
- обустройство колясочной не должно препятствовать свободному выходу через пути эвакуации.

Требования к санитарному содержанию колясочной:

- уборка колясочной зоны обеспечивается по мере загрязнения, но не реже 1 раза в неделю;
- контроль за содержанием колясочной ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка.

5.2. ГАРДЕРОБ

Организацию гардероба необходимо предусмотреть в непосредственной близости от входа в здание поликлиники. Согласно установленным санитарным требованиям к эксплуатации помещений и зданий, для амбулаторно-поликлинических отделений медицинских организаций с численностью от 20 посещений в смену должен быть организован гардероб для верхней (уличной) одежды. При наличии площадей допускается установка гардеробных шкафов в холлах помещений в количестве, обеспечивающем потребность населения (не менее 3 на каждый кабинет врача (среднего медицинского персонала)).

Местонахождение гардероба должно быть обозначено [информационной вывеской](#) с наименованием объекта. Рядом с окном приема одежды необходимо разместить информационную табличку о правилах передачи одежды на временное хранение и график работы гардероба. В случае приостановления деятельности гардероба в летний период, необходимо разместить соответствующую информацию около окна приема одежды.

Требования к организации гардероба:

- принятие вещей пациентов на хранение и выдача их осуществляется в установленные часы работы гардероба;
- при приеме вещей гардеробщик выдает пациенту номерной жетон, подтверждающий факт приема одежды на хранение. Номер на жетоне должен быть выполнен контрастным крупным шрифтом;
- перед гардеробом должны быть установлены места для сидения (не менее 3-х), зеркало, пеленальный столик (для детской поликлиники);
- должно быть обеспечено наличие плечиков для одежды (не менее 15% от номерного фонда), одноразовых полиэтиленовых пакетов для головных уборов, шарфов и перчаток.

В поликлинике должен быть организован бесперебойный процесс приема и выдачи вещей пациентов (без образования очереди). Непрерывность потока и равномерная нагрузка обеспечивается планированием графиков работы гардероба с учетом часов пиковой нагрузки на поликлинику, мощности и пропускной способности гардероба. Для этого можно использовать расписание работы врачей, рейсовых автобусов (для районных больниц) и другие механизмы.

5.3. Холл РЕГИСТРАТУРЫ

В холле регистратуры (вестибюле) должна быть сосредоточена информация о медицинской деятельности поликлиники, пространственной и функциональной структуре учреждения. Элементы навигации, включая [стенд с поэтажным каталогом кабинетов](#), [указатели гардероба](#), инфомата, [план 1-го этажа](#) с указанием лифтов, поворотов, лестниц, переходов следует располагать с учетом доступности для всех групп населения. Информация должна быть легкой для восприятия и понятной посетителям поликлиники.

В холле регистратуры должны быть организованы: рабочее место администратора холла (см. [раздел 10.3](#)), зона ожидания (см. [раздел 6.1](#)). В визуально доступном месте необходимо разместить информацию [о медицинской организации](#), [об организации медицинской помощи](#), [информационный стенд](#) (при технической возможности – электронное табло) с отображением актуального расписания приема врачей, работы диагностических подразделений с возможностью оперативной замены информации при необходимости.

ВАЖНО!

Соблюдение правил организации пространства приемной зоны является частью предоставления медицинской услуги. Основная задача – обеспечение максимально комфортного пребывания пациента в МО при получении медицинской помощи.

5.5. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ ОБУСТРОЙСТВА ВНУТРЕННЕГО ПРОСТРАНСТВА ПОЛИКЛИНИКИ И ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНЫХ КОМНАТ И ЗОН В КАБИНЕТАХ

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1.	Колясочная организована и обозначена указателем в системе навигации		
2.	Колясочная соответствует требованиям Стандарта: <ul style="list-style-type: none"> ▪ защита от погодных условий ▪ устройство для крепления колясок 		
3	Уборка территории колясочной организована по графику		
4.	Входная группа МО обеспечивает требования к доступности посещения поликлиники для маломобильных групп населения: есть пандус, кнопка вызова персонала, индикация входной двери (желтый знак)		
5.	Утвержден локальный нормативный документ, определяющий ответственное лицо и порядок работы с маломобильными группами населения и другими группами населения с ограниченными возможностями передвижения		
6.	Гардероб организован и обозначен в системе навигации		
7.	Гардероб работает по утвержденному графику		
8.	В пространстве перед гардеробом организована зона для снятия верхней одежды и подготовки к приему		
9.	Количество плечиков для одежды не менее 15% от номерного фонда		
10.	В холле регистратуры размещены элементы информирования и навигации: <ul style="list-style-type: none"> ▪ о медицинской организации; ▪ о расписании работы врачей; ▪ вывеска-каталог медицинских кабинетов поэтажный 		

* (применимо для детских поликлиник)

6. Зоны ОЖИДАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Внутреннее пространство медицинской организации обеспечивает безопасность и комфорт пребывания для пациентов в процессе получения медицинской услуги и включает: зону ожидания в холле у регистратуры, места для сидения у медицинских кабинетов, зоны отдыха, в т.ч., игровую зону и зону для кормления грудных детей в детских поликлиниках, санитарные комнаты.

Безопасность и комфорт (удобство) для сотрудников и пациентов достигается через организацию эргономичного пространства; использование исправного оборудования; обеспечение условий для отдыха, ожидания и дополнительного обслуживания, а также получения нужной информации.

При подъеме эпидемиологической заболеваемости необходимо предусмотреть реорганизацию зоны ожидания в соответствии с требованиями инфекционной безопасности.

6.1. Зоны ОЖИДАНИЯ

▪ В холле регистратуры

Зона ожидания в холле регистратуры организуется для ожидания приглашения к регистратору при очном обращении пациентов в поликлинику. Количество посадочных мест не менее 6 на 200 посещений в смену, с которых должен осуществляться беспрепятственный обзор регистратуры или мониторов, на которых отображаются номера талонов электронной очереди.

▪ У медицинских кабинетов

Организуются для ожидания приема или процедуры. Рекомендованное количество посадочных мест не более 3-х у одного кабинета. В зоне видимости пациентов могут быть размещены информационные материалы о медицинской помощи и профилактике заболеваний по профилю и функциональному назначению кабинетов.

▪ Зона комфортного ожидания

Служит нейтральной зоной ожидания, предназначена для людей, сопровождающих пациентов, либо для пациентов, у которых в перерыве между несколькими приёмами период ожидания более 30 минут.

Зоны комфортного ожидания могут быть организованы в холлах, коридорных нишах, вестибюльной группе поликлиники, в кабинетах и должны быть обозначены информационным указателем.

Не допускается организация зоны комфортного ожидания у кабинетов, в которых ведется прием пациентов (врачебный прием, процедурный, прививочные кабинеты и т.п.)

Требования к зоне комфортного ожидания:

Формат «минимум»:

- а) количество посадочных мест не менее 1 на 200 посещений в смену;
- б) наличие источника питьевой воды;
- в) наличие информационных материалов по профилактике и лечению заболеваний.

Формат «максимум»:

- а) место для сидения (не менее 1 на 200 посещений в смену);
- б) кулер с горячей и холодной водой, одноразовыми стаканами;
- в) вендинговые аппараты;
- г) кондиционер (сплит-система);
- д) телевизор (монитор) для демонстрации видеоматериалов профилактической направленности и др.

Ответственность за содержание зоны ожидания (уборка, доступность источника питьевой воды) определяется приказом главного врача медицинской организации.

6.2. ИГРОВАЯ ЗОНА

Игровая зона организуется в поликлиниках, ведущих амбулаторный прием детского населения. Функциональное назначение игровой зоны - организация комфортного ожидания для детей в перерывах между врачебными приемами и манипуляциями. Игровая зона может быть расположена в холле, карманах-холлах при коридорах, в кабинетах. Игровая зона должна быть обозначена информационным указателем в системе навигации.

Требования к игровой зоне

Формат «минимум»:

- а) детский стол, стул - 1 комплект;
- б) бумага и цветные карандаши.

Формат «максимум»:

- а) детский стол, стул - 1 комплект;
- б) игрушки из материалов, предусматривающих обработку моющими средствами,
- в) книжки-раскраски, цветные карандаши,
- г) телевизор (монитор) для трансляции мультфильмов.

Требования к уборке игровой зоны/комнаты детской поликлиники:

- все оборудование игровой зоны, мебель, игрушки должны подвергаться влажной уборке с использованием моющих и дезинфицирующих средств;
- санитарную обработку производит ответственный за уборку помещений, назначенный приказом главного врача, не реже 2-х раз в день (СанПиН 2.4.3648-20 Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи»);
- график уборки должен иметь стандартную форму (таблица 2):

Таблица 2

График уборки

Дата уборки	Время уборки	Подпись сотрудника, ответственного за уборку	Подпись ответственного лица

- не допускается наличие в игровой зоне мягконабивных и пенолатексных ворсованных игрушек;
- контроль за санитарной обработкой игровой зоны, мебели, игрушек ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка;
- ответственным лицом за гигиеническое содержание игровой зоны является кастелянша или сестра-хозяйка. В игровой зоне необходимо установить посадочные места для взрослых, сопровождающих детей, таким образом, чтобы дети находились были в зоне видимости родителей.

6.3. ЗОНА ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Зона для кормления грудных детей и детей раннего возраста должна быть предусмотрена во всех МО, оказывающих медицинскую помощь детям до 1 года жизни. Зоны для кормления могут быть организованы внутри кабинета здорового ребенка, в холле любого этажа или в отдельном кабинете с полупрозрачной дверью.

Требования к оснащению зоны для кормления

- раковина с холодной и горячей водой для мытья рук кормящей женщины или влажные салфетки и антисептические средства;
- разовые полотенца или автоматическая сушилка для рук;
- педальный контейнер для отходов;
- мягкое кресло или мягкий стул;
- настенная вешалка;
- пеленальный стол;
- информационный настенный стенд с информацией по технике грудного вскармливания.

Требования к уборке зоны для кормления грудных детей и детей раннего возраста в детской поликлинике:

- санитарную обработку в зоне для кормления грудных детей и детей раннего возраста производит ответственный за уборку помещений не реже 2-х раз в день;
- график уборки должен иметь стандартную форму ([таблица 2](#));
- контроль за санитарной обработкой в зоне для кормления грудных детей и детей раннего возраста ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка.

6.4. САНИТАРНЫЕ КОМНАТЫ

В медицинской организации должны быть организованы санитарные комнаты для пациентов с обеспечением открытого доступа для всех категорий пациентов в часы работы поликлиники.

Требования к санитарным комнатам:

- внутренняя отделка, оснащение и перечень предметов в санитарных комнатах и зонах в кабинетах должны соответствовать санитарным действующим правилам и требованиям к эксплуатации помещений, зданий;
- место расположения санитарных комнат должно быть обозначено в системе навигации [соответствующими указателями](#);
- должен быть обеспечен беспрепятственный доступ к помещению санитарных комнат и оборудованию первой необходимости для всех групп посетителей медицинской организации;
- санитарные комнаты должны быть обеспечены средствами гигиены;
- санитарные комнаты должны быть оснащены раковинами для мытья рук;
- не допускается использование помещения санитарных комнат под склады и хранение различного рода материалов;
- в санитарной комнате детской поликлиники рекомендуется установить пеленальный столик, позволяющий провести простые манипуляции ухода;
- уборка санитарных комнат должна проводиться не реже 1 раза в 2 часа, с отметкой в графике уборки о времени проведения уборки и наличии в санитарной комнате необходимых принадлежностей (туалетная бумага, бумажные полотенца, средства для мытья рук);
- график уборки ежедневно, до начала работы поликлиники, размещается в санитарной комнате кастеляншей или сестрой-хозяйкой и у нее же хранится в течение 1 месяца;

- график уборки должен иметь стандартную форму (таблица 3):

Таблица 3

График уборки санитарной комнаты

Дата уборки	Время уборки	Наличие необходимых принадлежностей			Подпись сотрудника	
		бумажные полотенца	мыло	туалетная бумага	исполнителя	сестры-хозяйки

- контроль за соблюдением графика уборки и наличием необходимых принадлежностей ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка.

Требования к санитарным зонам в кабинетах:

- необходимо наличие раковин с горячей и холодной водой;
- необходимо оснащение средствами гигиены;
- контроль за наличием необходимых принадлежностей ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка.

ВАЖНО!

Основным предназначением зоны ожидания и отдыха является обеспечение комфортных и безопасных условий для пациентов во время пребывания в поликлинике. Допускается планирование нескольких зон ожидания – на площадях холлов или коридоров на каждом этаже в условиях многоэтажного здания или в каждом крыле в условиях одноэтажного здания. В детских поликлиниках предусматривается наличие детской игровой зоны/комнаты. Организация зоны комфортного ожидания для пациентов обеспечивает достижение критериев первого уровня НММО и снижает риск пересечения потоков пациентов у медицинских кабинетов.

6.5. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ ОБУСТРОЙСТВА ВНУТРЕННЕГО ПРОСТРАНСТВА ПОЛИКЛИНИКИ

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1.	<p>Организована зона ожидания у регистратуры:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ количество посадочных мест не менее 6 на 200 посещений в смену; ▪ мониторы с отображением номеров электронной очереди в регистратуру находятся в зоне видимости с мест ожидания. 		
2.	<p>Зона комфортного ожидания соответствует требованиям:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ организована в удалении от кабинетов, в которых ведется прием пациентов; ▪ обозначена навигационным указателем объекта; ▪ месторасположение зоны ожидания обозначено в системе навигации. 		
3.	Количество мест в зоне комфортного ожидания соответствует расчетному количеству (1 на 200 посещений в смену)		
4.	В зоне комфортного ожидания организован доступ к питьевой воде		
5.	В зоне комфортного ожидания организован доступ к информационным материалам профилактической направленности и соответствует требованиям раздела 4. п.п. 4.4.		
	Игровая зона/комната*		
6.	Игровая зона оснащена минимальным набором мебели для детей: детский стол, стул.		
7.	В наличии карандаши и бумага		
8.	Места ожидания для родителей организованы с учетом видимости игровой зоны (не менее 3 мест)		
9.	Игрушки выполнены из материалов, устойчивых к обработке моющими средствами		
10.	График уборки игровой зоны соблюдается		
	Зона кормления грудных детей и детей раннего возраста*		
11.	Зона кормления организована, обозначена указателем в системе навигации, доступна для пользования		
12.	<p>В зоне кормления обеспечена возможность гигиенической обработки:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ установлены раковины с холодной и горячей водой и/или кожных антисептиков, влажных салфеток 		

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ в наличии бумажные полотенца или установлена электросушилка для рук 		
13.	Оснащение зоны для кормления соответствует Стандарту: педальный контейнер для отходов, комфортное место для сидения, пеленальный стол, информационные материалы		
14.	График уборки зоны для кормления соблюдается		
	Санитарные комнаты		
15.	Санитарные комнаты для пациентов обозначены указателями в системе навигации		
16.	Оборудование санитарных комнат исправно и доступно для использования		
17.	В санитарной комнате доступны гигиенические принадлежности		
18.	В санитарной комнате оборудован настенный пеленальный столик*		
19.	График уборки санитарной комнаты соблюдается		

* (применимо для детских поликлиник)

7. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧЕГО МЕСТА

7.1. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕГО ПРОСТРАНСТВА В МЕДИЦИНСКИХ КАБИНЕТАХ

Организация рабочего пространства (рабочей зоны) включает комплекс мероприятий, обеспечивающих необходимые условия для эффективного и безопасного труда сотрудников медицинской организации.

Правила организации рабочего места регламентируются федеральными и региональными законодательными актами, международными и государственными стандартами, санитарными правилами и нормами, трудовыми соглашениями и должностными инструкциями сотрудников. В данном разделе определены основные требования к организации и принципы стандартизации рабочих мест медицинских работников.

Руководитель медицинской организации должен назначить ответственное должностное лицо за организацию и стандартизацию рабочих мест в поликлинике.

Ответственность за результативность и эффективность стандартизации рабочих мест в структурном подразделении должна быть возложена на функциональных руководителей.

Ответственность за выполнение установленных требований к организации рабочего места несет персонал организации, выполняющий трудовую функцию на данном рабочем месте.

Основные требования к организации рабочих мест медицинских работников

- рабочее пространство должно быть организовано с учетом функциональных особенностей и не допускать пересечения потоков при выполнении процедур;
- рабочее место должно быть оснащено в соответствии с функциональным назначением кабинета и утвержденным порядком оказания медицинской помощи, не допускается размещение предметов мебели и оборудования не входящих в стандарт оснащения кабинета;
- мебель и оборудование должны быть исправны и размещены с учётом принципов эргономики и последовательности проведения работ (процедур);
- не допускается размещение на рабочем столе и в медицинских шкафах предметов, не относящихся к выполнению основных функций в т.ч.:
 - а) бытовых приборов и посуды;
 - б) продуктов питания;
 - в) избыточного количества сувениров, в т.ч., религиозной символики;
 - г) предметов, содержащих информацию рекламного характера (сувениры, печатные издания и пр.);
 - д) бланки, документы, журналы, не используемые в текущей деятельности.
- в режимных кабинетах (класс чистоты. А, Б) не допускается размещение гардеробной и обеденной зоны, хранение личных вещей.
- все информационные материалы, размещенные на стенах кабинета, должны быть изготовлены из материалов, устойчивых к обработке дезинфекционными средствами или ламинированы (рекомендуется определить перечень информации допустимой для размещения в медицинских кабинетах);
- рабочее место должно быть стандартизировано в соответствии с системой 5С ([Приложение 5 к Стандарту](#)).

7.2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧЕГО МЕСТА ПО СИСТЕМЕ 5С

Организация рабочего места — это система мероприятий по его оснащению средствами и предметами труда и размещению их в определенном порядке. Все медицинские кабинеты поликлиники должны быть организованы по системе 5С, включая регистратуру, кабинеты врачей, манипуляционные и диагностические кабинеты, помещения для хранения лекарственных препаратов и расходных материалов. В медицинской организации должен быть разработан и утвержден приказом руководителя стандарт, устанавливающий требования к содержанию рабочих мест по системе 5С.

В стандарте организации рабочих мест по системе 5С должны быть определены:

- общие требования к организации рабочего пространства кабинетов;
- функциональные требования к оснащению рабочих мест, в зависимости от вида медицинской помощи;
- пространственная организация рабочего места и порядок размещения оборудования, инструментов, материалов по каждому кабинету;
- организация обслуживания рабочего места, способы и средства коммуникации со службами обслуживания и управления;
- требования безопасности и охраны труда;
- документация на рабочем месте.

На каждом рабочем месте должна быть размещена информация, содержащая следующие сведения (рис. 1):

- наименование медицинской организации/руководитель;
- наименование кабинета/ответственный за содержание кабинета;
- наименование рабочего места/ответственный за содержание рабочего места;
- должностное лицо, ответственное за контроль организации рабочих мест по системе 5С;
- схема зонирования кабинета и размещения медицинского и офисного оборудования;
- перечень оснащения кабинета (инвентарная карта).

Для разработки стандарта организации рабочего места рекомендуется использовать шаблон, представленный в приложении 3 к Стандарту.

Метод 5С должен включать пять этапов по организации и поддержанию порядка на рабочих местах, начиная от поиска источников беспорядка до внедрения системы постоянного совершенствования рабочего пространства:

- На 1 этапе проводится сортировка, в результате которой должен быть определен перечень необходимых предметов, в т.ч., расходного материала, бланков и медикаментов, их количество, способы и сроки хранения, пополнения.
- 2 этап: систематизация (соблюдение порядка).

Оборудование и предметы на рабочем месте (рабочем пространстве) должны быть размещены с учетом принципов зонирования по функциональному назначению и частоте использования.

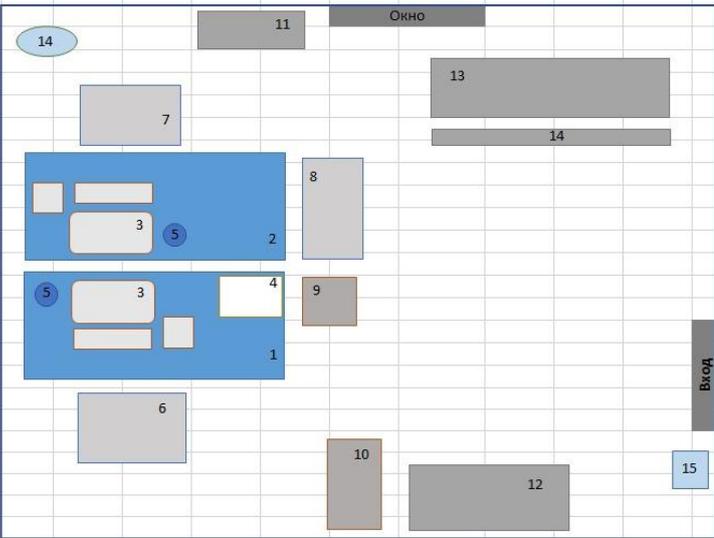
ОГАУЗ "Наименование МО"						
Стандарт рабочего места						
Кабинет	Наименование кабинета	Ответственный за содержание кабинета	ФИО	Подпись		
Рабочее место	Наименование рабочего места	Ответственный за содержание рабочего места	ФИО	Подпись		
		Наименование рабочей зоны: 1. Рабочее место медицинской сестры 2. Рабочее место врача 3. Персональный компьютер 4. Принтер 5. Подставка органайзер для канцелярии 6. Стул медицинской сестры 7. Стул врача 8. Стул пациента 9. Весы 10. Ростомер 11. Шкаф для документов 12. Шкаф для одежды 13. Кушетка 14. Мойка 15. Рециркулятор 16. Ширма				
Ответственный за контроль организации рабочих мест по системе 5S		ФИО	Подпись	Главный врач	ФИО	Подпись

Рисунок 1. Стандарт организации рабочего места

■ 3 этап: систематическая уборка (содержание в чистоте)

В рамках этого этапа организация должна определить правила (регламент) обеспечения и поддержания содержания рабочих мест/пространства, включающие:

- объекты (рабочие места/пространство, предметы);
- периодичность уборки;
- методы выполнения уборки;
- инструменты для уборки;
- ответственных лиц за проведение уборки по рабочим местам (рабочим пространствам);
- методы контроля уборки.

Персонал организации должен быть ознакомлен с правилами систематической уборки рабочего места/пространства, предметов согласно утвержденным правилам (регламенту).

Организация должна разработать и внедрить контрольные листы уборки, подтверждающие выполнение правил (регламента) и поддерживать их в актуальном состоянии.

■ 4 этап: стандартизация.

На этапе стандартизации утверждаются стандарты по выполнению первых трех шагов (стандарты рабочего места, содержания рабочих мест и иные регламентирующие документы).

Стандарт рабочего места включает в себя:

- перечень и количество необходимых предметов;
- схемы расположения необходимых предметов;
- фотографию образцового состояния рабочего места/пространства;
- лиц, ответственных за состояние рабочего места.

Стандарт содержания рабочих мест включает документы, регламентирующие:

- сортировку предметов;
- расположение предметов на рабочем месте;

- в) уборку на рабочем месте;
- г) контроль выполнения стандартов содержания рабочих мест.

- **5 этап: совершенствование.**

В поликлинике должны быть определен минимальный набор компетенций персонала в части реализации метода 5С, в т.ч.:

- а) знание метода организации рабочего пространства, основных документов в организации по реализации метода 5С, возможности и эффективности применения данного метода, передового опыта в области организации рабочего пространства;
- б) умение осуществлять организацию рабочего пространства в соответствии с требованиями, применять эффективные способы контроля и улучшения применения метода;
- в) владеть навыками самостоятельной работы в части реализации метода 5С и навыками обучения в части применения этого метода.

Контроль организации рабочего места

Проведение оценки с использованием проверочных листов ([Приложение 5 к Стандарту. Чек-лист 5С](#)) является обязанностью руководителя подразделения (непосредственного руководителя данного рабочего места в соответствии со штатным расписанием). Проверка рабочих мест проводится не реже 1 раза в месяц. При проведении проверки нужно заполнить чек-лист и подсчитать сумму баллов. График проверок оформляется в произвольном виде и должен быть размещен на проверочном стенде рабочего места.

Контроль организации рабочего места осуществляется на основании проверочной карты, которая располагается непосредственно на рабочем месте, где выполняется работа. Проверочную карту заполняет непосредственный исполнитель, чья работа отражена на карте.

На каждом рабочем месте должна быть размещена разработанная схема взаимодействия при возникновении проблем в процессе осуществления деятельности ([цепочка помощи](#)). Цепочка помощи содержит описание проблем, сгруппированных по блокам, и включает 3 уровня эскалации для их решения. Каждый уровень имеет свой временной промежуток и контакты ответственных лиц. Цепочка помощи должна содержать актуальную информацию, с сотрудниками должен быть проведен инструктаж по ее применению.

ВАЖНО!

Руководитель медицинской организации несет ответственность за результативность системы организации рабочего пространства медицинских кабинетов и обеспечение условий для эффективного и безопасного труда медицинских работников в соответствии с требованиями действующих стандартов к организации рабочих мест.

7.3. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕГО МЕСТА

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1	В МО определено ответственное должностное лицо за организацию и стандартизацию рабочих мест в поликлинике.		
2	Обеспечена поточность выполнения процедур и трудовых операций, отсутствует пересечение потоков при их выполнении.		
3	Отсутствуют бытовые приборы и предметы личного пользования в рабочей зоне.		
4	Кабинет соответствует утвержденному стандарту организации рабочего места по системе 5С		
5	Организован контроль за содержанием рабочего места со стороны функционального руководителя		

8. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

8.1 МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА

Организация процесса маршрутизации пациента начинается с момента его обращения в медицинскую организацию и заканчивается получением медицинской услуги.

Эффективность процесса маршрутизации достигается организационными решениями, направленными на сокращение количества пересечений потоков пациентов, обратившихся с разными целями и распределением нагрузки между структурными подразделениями медицинской организации с целью повышения доступности плановой записи на прием к врачу.

С целью сокращения количества пересечений потоков пациентов в поликлинике должна быть организована предварительная запись на прием к врачу, манипуляции, диагностическое обследование. Запись на первичный и повторный прием к врачу должна быть сбалансирована в соответствии с потребностями конкретной медицинской организации и может варьироваться с учетом эпидемиологической ситуации, уровня заболеваемости, иных объективных причин.

Минимизация количества пересечений потоков пациентов, обратившихся по заболеванию, с профилактической целью или для получения медицинских документов в рамках медицинской услуги, достигается, в том числе, организацией кабинета организации плановой медицинской помощи, кабинета (отделения медицинской профилактики), введения должности администратора в составе регистратуры для разделения потоков при очном обращении пациентов в поликлинику.

Оптимальный вариант разделения потоков пациентов, получающих медицинскую помощь в рамках ТППГ и пациентов, обратившихся за получением платных медицинских услуг – это создание отделения платных медицинских услуг. При отсутствии такой возможности необходимо разделить вышеуказанные потоки пациентов по времени с помощью предварительной записи в МИС ТО.

Для уменьшения количества возвратов пациентов в зону фронт-офиса регистратуры в рамках одного случая обращения, запись на повторный прием, лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов (в том числе в иные медицинские организации) осуществляется в кабинете врача, ведущего прием, с использованием функционала МИС ТО или в КОПП.

8.1.1 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА МАРШРУТИЗАЦИИ

Формирование потоков пациентов по цели посещения начинается с момента обращения пациента в регистратуру МО очно (администратор, фронт-офис регистратуры) или дистанционно (колл-центр, ЕПГУ). Прием и обработка обращений пациентов проводится в соответствии с установленными требованиями ДЗТО к порядку записи на прием к врачу в учреждениях здравоохранения.

В зависимости от повода обращения выделяют потоки пациентов:

- пациенты с запросами справочной информации;
- пациенты, нуждающиеся в оказании МП в плановой форме;
- пациенты, нуждающиеся в оказании МП в неотложной форме;
- пациенты, обращающиеся с целью прохождения медицинских осмотров, медицинских освидетельствований, профилактического медицинского осмотра (ПМО), диспансеризации и углубленной диспансеризации (ДОГВН);
- иные потоки в зависимости от профиля МО.

Рекомендованная схема формирования потоков и маршрутизации пациентов представлена в таблице 4. «Распределение потоков пациентов в зависимости от цели обращения».

Таблица 4

Распределение потоков пациентов в зависимости от цели обращения

Поток	Цель	Структурное подразделение (специалист)	Функции сотрудников структурного подразделения
Получение справочной информации и медицинских документов (справок, выписок, заключений, направлений, рецептов)	Получение информационной справки в устной форме	Регистратура при очном обращении. Колл-центр при дистанционном обращении (раздел 10. Регистратура)	Обработка обращения: – время работы; – график приема специалистов; – условия, порядок и сроки предоставления медицинской услуги и т.п.
	Оформление пакета документов на консультацию врача-специалиста, обследование, плановую госпитализацию	Кабинет организации плановой помощи (раздел 13. Кабинет организации плановой помощи)	– обработка обращения; – планирование маршрута – оформление пакета документов – передача пакета документов в регистратуру
	Получение рецепта на льготные лекарственные препараты	Кабинет выписки рецептов на лекарственные препараты (доврачебный кабинет, кабинет организации плановой помощи)	– обработка обращения; – выписка рецептов по назначению лечащего врача пациентам с хроническими заболеваниями с курсом лечения до 2-3 мес., не нуждающихся в коррекции назначения; – выдача оформленного рецепта на руки пациенту. По потребности возможна передача оформленного рецепта в регистратуру с последующей выдачей на руки пациенту.
	Получение медицинских справок, заключений на отсутствие медицинских противопоказаний к выполнению определенных видов деятельности	Кабинет платных услуг	– обработка обращения; – оформление медицинской документации на прохождение медицинских осмотров; – оформление и выдача справок, медицинских заключений.
Медицинская профилактика	ПМО, ДОГВН с углубленной диспансеризацией после COVID-19	Отделение (кабинет) медицинской профилактики	– обработка обращения; – оформление случая обращения, формирование пакета документов; – планирование профилактических мероприятий согласно

Поток	Цель	Структурное подразделение (специалист)	Функции сотрудников структурного подразделения
			целевой модели пациента (возраст, пол).
Неотложная медицинская помощь	Вызов на дом	Бригада неотложной медицинской помощи (Раздел 14. Неотложная медицинская помощь)	– прием вызова; – выезд на дом в течение 2 часов; – внесение результатов оказания передачи на дальнейшее наблюдение врачу-терапевту участковому.
	Амбулаторное посещение	Кабинет неотложной медицинской помощи (Раздел 14. Неотложная медицинская помощь)	– прием, осмотр и оказание неотложной медицинской помощи; – назначение и запись на обследование (по показаниям) – передача на дальнейшее наблюдение врачу-терапевту участковому.
Медицинская помощь в плановой форме	Врачебное посещение на дому	Участковый врач	– выезд, осмотр и оказание медицинской помощи; – назначение (коррекция) лечения, запись на обследование, консультации врачей-специалистов (по показаниям)
	Амбулаторное посещение	Кабинет участкового врача Кабинет врача-специалиста	– прием, осмотр и оказание медицинской помощи; – назначение (коррекция) лечения, запись на обследование, консультации врачей-специалистов (по показаниям).

- в КОПП направляются пациенты как по предварительной записи с приема врача, так и обратившиеся в поликлинику без предварительной записи для получения медицинской услуги, оказание которой не требует осмотра врачом в день обращения:
 - а) для оформления направлений и записи на обследование, назначенное лечащим врачом в ЭМК пациента и на обследование, необходимое перед госпитализацией при наличии направления от лечащего врача;
 - б) для оформления выписок из ЭМК пациента;
 - в) для оформления справок об обращении в медицинскую организацию, оформление которых не связано с необходимостью осмотра врачом;
 - г) при оформлении справок для получения санаторно-курортного лечения на основании рекомендаций, выданных лечащим врачом и зафиксированных в ЭМК пациента;
 - д) при необходимости разъяснения и получения рекомендаций по подготовке к исследованиям и процедурам;
- в КМП (ОМП) направляются пациенты как по предварительной записи с приема врача, так и обратившиеся в поликлинику без предварительной записи:

- а) через ЕПГУ, через регистратуру и с приема участковых врачей, врачей-специалистов - для проведения диспансеризации и ПМО и в рамках диспансерного наблюдения лиц, состоящих на Д-учете у врача медицинской профилактики;
- б) с приема участкового врача, врачей-специалистов - для коррекции факторов риска развития ХНИЗ и в рамках диспансерного наблюдения лиц, состоящих на Д-учете у врача медицинской профилактики.

- в КНМП направляются пациенты без предварительной записи, нуждающиеся в оказании неотложной медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи. Для пациентов, нуждающихся в НМП на дому, организуется вызов врача/фельдшера на дом.

Для исключения количества обращений пациентов без предварительной записи в поликлинике должна быть организована логистика движения пациентов с учетом следующих требований:

- организация предварительной записи на первичный прием к врачу;
 - а) через ЕПГУ, единый региональный портал «Единая электронная регистратура» и колл-центр регистратуры;
 - б) при личном обращении во фронт-офис регистратуры.
- организация предварительной записи по результатам первичного обращения производится на приеме врача, в т.ч.:
 - а) на обследования в диагностические кабинеты;
 - б) на консультации врачей-специалистов поликлиники;
 - в) на профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию;
 - г) на повторный прием, в т.ч. с целью коррекции лечения, продления/закрытия листка нетрудоспособности;
 - д) на прием в рамках диспансерного наблюдения.

Не допускается направление пациентов на плановый прием к врачу без предварительной записи в порядке «живой» очереди. При отсутствии свободных слотов, пациента, с его устного согласия, включают в «Лист ожидания» согласно алгоритму, представленному в приложении 7 к Стандарту. Исключение составляют категории граждан, имеющих право на внеочередной прием в соответствии с действующим законодательством, а также пациенты с неотложным состоянием.

Для пациентов без предварительной записи, нуждающихся во врачебном осмотре в день обращения, должен быть организован прием дежурного врача (терапевта, педиатра) в составе КОПП, КНМП или КМП.

Схема маршрутизации пациента, предназначенная для рациональной организации движения пациентов в МО, в наглядной форме представлена на рисунке 2. Указанная схема должна быть размещена внутри регистратуры МО и использоваться сотрудниками регистратуры в работе.

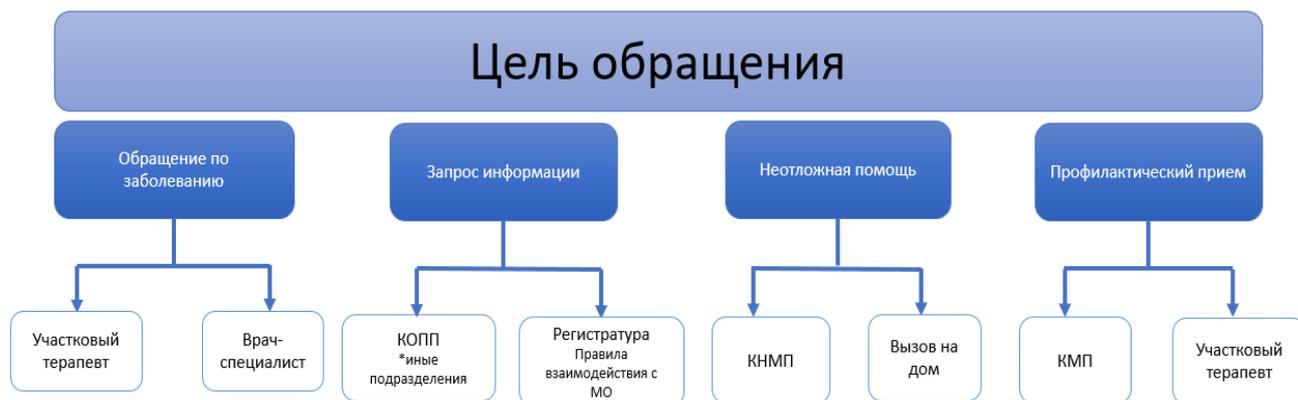


Рисунок 2. Схема маршрутизации потоков пациентов по цели обращения

8.2. ЭЛЕКТРОННАЯ ОЧЕРЕДЬ И ИНФОМАТ

Система электронной очереди предназначена для посетителей поликлиники и организуется посредством внедрения в МО определенных средств: программных и технических (не менее одного инфомата; плазменная панель для отображения очереди во все рабочие окна; система голосового сопровождения – приглашение пройти в рабочее окно; индивидуальное электронное табло для каждого рабочего окна регистратуры с функцией трансляции номера приглашенного талона). К ним предъявляются следующие требования:

- терминал самообслуживания (инфомат) должен обеспечивать возможность распечатки талона с номером очереди;
- рабочий экран инфомата может содержать следующие функциональные кнопки: «Регистратура», «Кабинет организации плановой помощи (прикрепление)», «Пациенты, обслуживаемые вне очереди («льготные» пациенты)»;
- диагональ электронного табло – не менее 1000 мм;
- программное обеспечение электронной очереди должно обеспечивать гибкий механизм работы с электронной очередью: возможность пригласить пропустившего очередь или удалить талон из очереди в случае неявки пациента и т.д.;
- программное обеспечение электронной очереди должно предусматривать сбор аналитической информации (количество пациентов, приглашенных к окну регистратуры в течение не менее 3-х минут с момента получения талона в инфомате, время ожидания приглашения к окну регистратуры) и систему электронного мониторинга данных показателей.

При мощности посещений поликлиники менее 150 в смену, допускается возложить распределение очереди на администратора холла.

8.3. РАСПИСАНИЕ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Расписание амбулаторного приема медицинских специалистов в МО должно быть открыто в МИС ТО для врачей, ведущих амбулаторный прием, диагностических кабинетов, КМП, КНМП, КОПП и ОПМУ:

- в медицинской организации должен быть утвержден график приема врачей, в соответствии с которым формируется расписание в МИС ТО. Порядок формирования и формат графика приема врачей должен соответствовать действующим требованиям Департамента здравоохранения Томской области к порядку организации записи на прием к врачу в учреждениях здравоохранения Томской области, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, с учетом структуры рабочего времени (утверждается локальными

актами для каждой МО), графиков отпусков за отработанное время и графиков учебных отпусков медицинских специалистов.

- на основании утвержденного графика формируется расписание в соответствии с утвержденным типовым набором слотов.

- горизонт записи для всех видов слотов должен составлять не менее 30 календарных дней с ежедневным продлением расписания не менее, чем на 1 день. Для планирования посещений в рамках диспансерного наблюдения рекомендовано открывать расписание на 6 календарных месяцев в количестве, соответствующему текущей потребности.

б) при внесении изменений в расписание амбулаторного приема врачей, новый график доводится до сотрудников регистратуры не позднее, чем за 14 дней до даты начала действия измененного расписания. Исключение составляют случаи временной нетрудоспособности врача. При возникновении внеплановых отсутствий медицинского персонала, ведущего амбулаторный прием, сотрудник действует по алгоритму, представленному в приложении 6 к Стандарту;

- количество слотов на прием к врачу, доступных для предварительной записи, должно соответствовать норме нагрузки на одну врачебную должность на определенный период времени.

- расписание амбулаторного приема врачей должно быть размещено в зоне ожидания регистратуры на электронном табло или стенде и должно содержать актуальные следующие актуальные сведения: ФИО врача, специальность, время работы, номер кабинета;

- помимо регистратуры, актуальные графики приема врачей должны быть размещены на порталах ЕЭРР и ЕПГУ;

- в случае отсутствия (в том числе временного) УЧ (терапевт, врач общей практики, педиатр, акушер-гинеколог) для пациентов соответствующего участка должно быть обеспечено наличие талонов на порталах ЕЭРР и ЕПГУ к врачам, замещающим вышеуказанных отсутствующих специалистов.

ВАЖНО!

В поликлинике должна быть организована предварительная запись на прием к врачу, манипуляцию, диагностическое обследование.

Повторные обращения в регистратуру, включая колл-центр, для записи на повторный прием, обследования и консультации в рамках одного случая обращения по заболеванию должны быть исключены.

Выполнение требований данного раздела стандарта влияет на достижение критериев

8.4. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1	Организована предварительная запись в МИС ТО на прием к врачу, манипуляции, диагностическое обследование		
2	Исключено направление пациентов без предварительной записи на плановый прием к врачу (за исключением льготных категорий и пациентов с неотложным состоянием)		
3	В МО организован мониторинг посещений пациентов без предварительной записи на прием		
4	Система электронной очереди соответствует требованиям настоящего Стандарта		
5	Электронное расписание открыто в МИС ТО и соответствует требованиям настоящего Стандарта		
6	Наличие возможности удаленной записи на прием к врачу через ЕПГУ, колл-центр, единую электронную регистратуру		
7	Организована система управления очередью в регистратуре, в т.ч., с привлечением администратора холла		

9. РЕГИСТРАТУРА

Регистратура является подразделением поликлиники, которое обеспечивает формирование и распределение потоков пациентов, их своевременную запись и регистрацию на прием, в том числе с применением информационных технологий.

Основными задачами регистратуры являются обеспечение регулирования интенсивности потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки по подразделениям и распределение его по видам оказываемой помощи, систематизированное хранение медицинской документации пациентов, обеспечение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей.

Для обеспечения качественной организации работы регистратуры для сотрудников должно быть организовано внутрикорпоративное обучение в соответствии с требованиями [раздела 16, подраздел 16.3.2 «Общие требования к организации обучения в поликлинике»](#).

Время работы регистратуры **должно соответствовать** времени работы поликлиники.

В структуре регистратуры выделяется четыре рабочие зоны: фронт-офис, колл-центр, картохранилище, рабочее место администратора холла. В рабочей зоне регистратуры должны храниться актуальные копии нормативных документов по профилю деятельности МО федерального, регионального и локального уровней и предоставляться по требованию пациента. Допускается хранение документов в электронном формате, за исключением НПА, входящих в перечень элементов информирования по критерию НММО «Организация системы информирования в медицинской организации».

9.1 ФРОНТ-ОФИС

Фронт-офис осуществляет взаимодействие с пациентами, очно обратившимися в регистратуру. В функционал сотрудников фронт-офиса также входит ведение картотеки и подбор амбулаторных карт на прием к врачу.

9.1.1 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ ФРОНТ-ОФИСА:

Фронт-офис должен располагаться на первом этаже амбулаторно-поликлинического подразделения, на площадях, рассчитанных в соответствии с плановым количеством посетителей, в непосредственной близости от входа в поликлинику.

Организация пространства фронт-офиса должна соответствовать следующим требованиям:

- рабочая зона сотрудника фронт-офиса должна быть визуально отделена от зоны ожидания красной линией.
 - для обеспечения возможности прямого контакта сотрудника с пациентом оборудуется открытая стойка фронт-офиса. Допускается установка прозрачных перегородок между рабочим местом регистратора и пациентом.
 - у стойки регистратуры должны быть установлены места для сидения пациентов.
- Требования к оснащению рабочего места сотрудника фронт-офиса:
- рабочий стол, офисный стул;
 - АРМ с подключением к МИС ТО;
 - оргтехника (принтер, МФУ);
 - телефон для внутренней связи в МО;
 - инструкции и алгоритмы, необходимые для работы, в том числе:
 - а) речевые модули;
 - б) схема маршрутизации пациентов;

- в) схема взаимодействия при возникновении сложной ситуации «цепочка помощи»;
- г) перечень медицинских специалистов с номерами телефонов и кабинетов.

9.1.2 ТРЕБОВАНИЯ К СОТРУДНИКАМ ФРОНТ-ОФИСА:

Количество сотрудников фронт-офиса определяется с учетом численности прикрепленного населения и его потребности в медицинской помощи, минимальное количество сотрудников в поликлинике – не менее 2 человек, а во врачебной амбулатории – не менее 1 человека.

Для выполнения своих функциональных обязанностей сотрудник должен:

- знать систему маршрутизации пациентов в МО и в Томской области и планировать маршрут пациенту в соответствии с требованиями настоящего стандарта;
- знать и выполнять требования документооборота в соответствии настоящим стандартом;
- предоставлять по требованию пациента копии НПА, обязательных для хранения в регистратуре МО;
- знать и уметь пользоваться «цепочкой помощи» при возникновении сложных ситуаций в работе;
- знать и использовать в работе речевые модули для взаимодействия с пациентами;
- уметь пользоваться оргтехникой и МИС ТО;
- следить за состоянием внешнего вида амбулаторных карт, правильностью заполнения лицевой стороны амбулаторной карты в соответствии с данными документа, удостоверяющего личность пациента;
- обеспечивать сохранность амбулаторных карт в картотеке и осуществлять контроль расстановки амбулаторных карт в картотеке в соответствии с принятой маркировкой.

9.1.3 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ

В процессе коммуникаций с пациентами регистратор использует речевые модули и алгоритмы обработки обращений пациентов ([Приложение 8 к Стандарту](#)).

До начала работы регистратор должен проверить работоспособность компьютерной и оргтехники на своем рабочем месте, получить у руководителя подразделения актуальную информацию, необходимую для работы.

С помощью системы управления электронной очередью регистратор приглашает пациента и уточняет цель обращения ([Приложение 9 к Стандарту](#)), в зависимости от которой выстраивает дальнейшее взаимодействие:

- обращение по заболеванию;
- неотложная помощь;
- запрос информации;
- прохождение профилактического медицинского осмотра (ПМО), диспансеризации и углублённой диспансеризации (ДОГВН).

При первичном обращении пациента по заболеванию регистратор планирует маршрут в соответствии с требованиями настоящего стандарта ([Раздел 8 подраздел 8.1.1 Требования к организации процесса маршрутизации](#)); распоряжением Департамента здравоохранения Томской области «Об утверждении порядка организации записи на прием к врачу в учреждениях здравоохранения Томской области, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», а так же действующими правилами МО. В зависимости от цели обращения пациент должен быть записан и направлен записан в КНМП (запись в день

обращения), к врачу (предварительная запись на первичный прием, допускается запись в день обращения по неотложным показаниям), в КМП, КОПП.

Предварительная запись на прием к врачу:

- пациентов, обратившихся по заболеванию и нуждающихся в медицинской помощи в день обращения, направляют в КНМП;
- пациентов, обратившихся по направлению лечащего врача внешней МО для подготовки к плановой госпитализации, проведения обследования направляют в КОПП;
- пациентов, обратившихся для предварительной записи к врачу, записывают на прием с использованием функционала МИС ТО ([Приложение 11 к Стандарту «СОП «Запись на прием к врачу в колл-центре и фронт-офисе регистратуры»](#));
- если запись произведена в день обращения и время ожидания превышает 30 минут, регистратор предлагает пациенту пройти в зону комфортного ожидания;
- в случае отсутствия доступной записи на плановый прием к врачу, при отсутствии показаний к оказанию неотложной или экстренной помощи, с устного согласия, пациента включают в «Лист ожидания» ([Приложение 7 к Стандарту](#)) на срок не более 7 календарных дней. К таким специалистам, как врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый, врач общей практики, включение в «Лист ожидания» допускается не более чем на 24 часа.

Оформление вызова врача на дом

Предоставление услуги «Оформление вызова на дом» во фронт-офис регистратуры осуществляется при личном обращении гражданина к сотруднику регистратуры. Оформление вызова на дом производится с использованием функционала МИС ТО – Модуль «Вызовы на дом» в соответствии с руководством пользователя системы. Порядок действий по оформлению вызова врача на дом к пациенту представлен в [Приложении 11 к Стандарту «СОП «Оформление вызова врача на дом к пациенту»](#).

В зависимости от повода вызова врача на дом регистратор должен:

- в случае неотложного вызова – передать вызов врачу/фельдшеру КНП с использованием модулей МИС ТО;
- при поступлении обращения от граждан по поводу, не имеющему оснований для оказания НМП (плановый осмотр, консультация нетранспортабельных и маломобильных пациентов), передать вызов УЧ (при его отсутствии на участке – дежурному врачу-терапевту (педиатру));
- распечатать лист вызовов для врача/фельдшера из МИС ТО.

Категорически запрещается отказ в приеме вызовов от граждан и профильных вызовов из диспетчерской службы СМП.

Мониторинг приема вызовов на дом по НП осуществляется старшим должностным лицом регистратуры в МИС ТО (не реже, чем 1 раз в 60 минут). Мониторинг обслуживания вызовов проводится ежедневно сотрудником регистратуры, который дежурит в данную смену, согласно приказу главного врача МО.

При выявлении нарушений по результатам мониторинга ответственное лицо, проводившее сверку вызовов, выясняет причину несоответствий и, в случае необходимости, перенаправляет вызов на другого исполнителя или передает информацию на следующий уровень в соответствии с утвержденной «цепочкой помощи».

Предоставление справочной информации

Запрос информации предполагает информирование гражданина, обратившегося лично к сотруднику регистратуры, по всем вопросам, связанным с правилами взаимодействия с МО, в том числе:

- графики работы, номера кабинетов, ФИО и компетенции медицинских специалистов и руководителей;
- условия, порядок и сроки получения медицинских услуг в поликлинике;
- местонахождение МО и схема проезда.

Предоставление справочной информации во фронт-офис регистратуры проводится в оперативном режиме:

- сотрудник регистратуры принимает запрос пациента и полно, в пределах своей компетенции, с использованием доступной базы знаний, справочной информации дает ответ на поступивший вопрос;
- в случае, когда ответ на поступивший вопрос, связанный с проблемами при получении медицинской помощи (длительное ожидание, отсутствие амбулаторной карты, поиск результатов анализов, рецептов и т.п.), не может быть найден исключительно собственными силами сотрудника регистратуры или ответ невозможно сформировать в течение установленного максимального срока обработки устного обращения, сотрудник регистратуры перенаправляет обращение на следующий уровень в соответствии с утвержденной «цепочкой помощи» сотрудника регистратуры и алгоритмом ее использования ([Приложение 10 к Стандарту](#)). Не допускается направление пациента для самостоятельного решения проблемы.

Для сокращения нагрузки на регистратуру по обработке информационных запросов необходимо обеспечить:

- информирование пациентов способами, не требующими постоянного прямого участия персонала в информировании и координации пациентов, посредством официального сайта медицинской организации, страницы в социальной сети, локальная система информирования МО;
- размещение на информационных стендах простых, интуитивно понятных схем маршрутизации пациентов в зависимости от цели обращения;
- наличие системы навигации внутри медицинской организации и на ее территории, для того, чтобы пациент самостоятельно смог найти нужный ему кабинет.

При обращении пациентов в регистратуру с целью получения медицинской документации, регистратура в соответствии с разработанным порядком маршрутизации потоков пациентов ([Приложение 9 к Стандарту](#)):

- принимает запросы в письменной форме;
- записывает и маршрутизирует в необходимый кабинет или к специалисту;
- предоставляет готовые медицинские документы пациентов, оформленных и переданных заранее другими подразделениями медицинской организации.

9.2. Колл-центр

Колл-центр осуществляет работу в режиме дистанционной обработки обращений, поступивших по телефону.

9.2.1 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ КОЛЛ-ЦЕНТРА

Колл-центр должен быть оснащен компьютерной и оргтехникой, облачной АТС.

Программное обеспечение АТС колл-центра в обязательном порядке должно обеспечивать следующие возможности:

- многоканальная телефонная линия;
- формирование виртуальной очереди вызовов;
- функция автоматического перезвона;
- запись телефонных разговоров;
- аналитические функции (сбор информации по каждому оператору с учетом различных параметров, в том числе по всем регистраторам города в едином окне).

Требования к оснащению рабочего места оператора колл-центра:

- рабочий стол, офисный стул;
- АРМ с подключением к МИС ТО;
- гарнитура;
- IP-телефон;
- инструкции и алгоритмы, необходимые для работы, в том числе:
 - а) речевые модули;
 - б) схема маршрутизации пациентов;
 - в) схема взаимодействия при возникновении сложной ситуации «цепочка помощи»;
 - г) перечень медицинских специалистов с номерами телефонов и кабинетов.

9.2.2 ТРЕБОВАНИЯ К СОТРУДНИКАМ КОЛЛ-ЦЕНТРА:

Количество операторов колл-центра определяется с учетом численности прикрепленного населения и его потребности в медицинской помощи, также возможно совмещение должности оператора и сотрудника регистратуры.

Для выполнения своих функциональных обязанностей оператор должен:

- знать систему маршрутизации пациентов в МО и в Томской области и планировать маршрут пациенту в соответствии с требованиями настоящего стандарта;
- знать и выполнять требования документооборота в соответствии настоящим стандартом;
- знать и уметь пользоваться «цепочкой помощи» при возникновении сложных ситуаций в работе;
- знать и использовать в работе речевые модули для взаимодействия с пациентами;
- уметь пользоваться оргтехникой и МИС ТО.

9.2.3 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ

В колл-центре регистратуры взаимодействие оператора с пациентами осуществляется при дистанционном обращении гражданина посредством телефонной связи.

В процессе коммуникаций с пациентами оператор использует речевые модули и алгоритмы обработки телефонных обращений ([Приложение 8 к стандарту](#)).

До начала работы оператор должен проверить работоспособность IP-телефонии, компьютерной и оргтехники на своем рабочем месте, получить у руководителя подразделения актуальную информацию, необходимую для работы.

Основные требования к организации процессов «Запись на прием к врачу» и «Оформление вызова врача на дом» идентичны аналогичным процессам во фронт-офисе ([подраздел 9.1.3 «Требования к организации процессов»](#)).

Дополнительные требования при вызове врача на дом:

- категорически запрещается отказ в приеме вызовов от граждан и профильных вызовов из диспетчерской службы СМП;
- при поступлении экстренного вызова от граждан обращение регистрируется по установленной форме и незамедлительно передается в диспетчерскую службу СМП.

Уведомление о записи на прием

В целях обеспечения явки пациентов по предварительной записи оператор обязан совершить напоминание по телефону о дате и времени приёма врача, зарезервированного за данным больным, не позднее чем за 24 часа до даты и времени запланированного приёма.

Для уведомления пациентов о записи на прием оператор должен:

- за день до запланированного визита сформировать списки пациентов, записанных на прием;
- набрать номер телефона пациента;
- после ответа пациента на телефонный вызов проинформировать его о предстоящем визите к врачу;
- в корректной форме и в соответствии [с речевыми модулями](#) подтвердить/отменить явку пациента на прием к врачу;
- в случае отмены визита к врачу, уточнить у пациента причину и предложить записаться на альтернативную дату и время: в случае согласия – забронировать новые дату и время; в случае отказа – освободить слот от записи;
- допускается использование технических средств уведомления.

Предоставление справочной информации

Предполагает информирование гражданина, обратившегося в колл-центр по вопросам, связанным с правилами взаимодействия с МО, в том числе:

- графики работы, номера кабинетов, ФИО и компетенции медицинских специалистов и руководителей;
- порядок получения медицинских услуг в поликлинике;
- местонахождение МО и схема проезда.

Предоставление справочной информации включает четыре этапа:

- 1 этап – прием обращения:
 - а) оператор принимает вызов пациента и полно, в пределах своей компетенции и возможностей доступной базы знаний, справочной информации и информационных баз данных, дает ответ на поступивший вопрос;
 - б) ответ должен быть выдержан в корректной форме, конкретным и не затянутым во времени, соответствовать речевому модулю;
 - в) в случае, если ответ на вопрос пользователя не может быть найден исключительно собственными силами оператора или ответ невозможно сформировать в течение установленного максимального срока обработки устного обращения, оператор формирует информационный запрос и уведомляет пользователя о сроках выполнения работы по подготовке ответа на его обращение.
- 2 этап – регистрация обращения:
 - а) на основании данных, поступивших от пользователя, оператор осуществляет регистрацию и запись основных сведений о запросе и контактные данные пациента *в журнале регистрации и контроля за обращениями пользователей в колл-центр*;
 - б) оператор уточняет у пациента предпочтительный способ и время связи для предоставления ответа;

- в) анонимные обращения (т.е. обращения без указания ФИО и адреса) и обращения, выраженные в некорректной форме, не регистрируются и не обрабатываются;
- 3 этап – формирование информационного запроса:
 - а) при формировании информационного запроса оператор сообщает пользователю максимальный срок подготовки ответа. Для телефонных обращений граждан, поступивших в колл-центр, устанавливается срок подготовки ответа с учетом информации по информационному запросу в течение 1,5 рабочих часов;
 - б) оператор в течение 20 минут с момента обращения пациента передает информационный запрос вышестоящему должностному лицу, ответственному за этот раздел работы в поликлинике в соответствии с «цепочкой помощи» и алгоритмом ее использования ([Приложение 10 к Стандарту](#));
 - в) старшее должностное лицо регистратуры контролирует статус информационного запроса и сроки получения ответов по информационным запросам;
 - г) при невозможности получения ответа в установленные сроки пользователю направляется информация с указанием всех причин задержки формирования полного ответа на вопрос и ожидаемого сроков исполнения;
- 4 этап – информирование пользователя:
 - а) оператор перезванивает и сообщает сформированный ответ пользователю с учетом полученной информации по запросу;
 - б) оператор обязан убедиться в том, что пациент понял полученную информацию, руководствуясь речевым модулем сотрудника регистратуры «Уточнение понимания»;
 - в) оператор сообщает пациенту о дополнительных возможностях получения информации на официальном сайте поликлиники и органов управления.

При обращении пациентов в колл-центр с целью получения медицинской документации, оператор в соответствии с разработанным порядком маршрутизации потоков пациентов:

- принимает обращение;
- записывает и маршрутизирует в кабинет.

9.2.4 Внутренняя система контроля качества колл-центр

Система управления колл-центром должна обеспечивать возможность автоматизации мониторинга и оценки качества работы колл-центра. Прозрачность процесса взаимодействия оператора с пациентом позволит повысить эффективность контроля и принимать соответствующие меры при достижении критических показателей (глубина очереди, компетентность оператора).

Внутренняя система контроля качества работы колл-центра включает:

- автоматизированные методы анализа работы колл-центра:
- непрерывный мониторинг телефонных линий фиксирует глубину очереди, недопустимые действия оператора (пропуск вызова, затянутый по времени ответ и пр.);
- непрерывный мониторинг показателей работы колл-центра: количество обращений, нагрузка по дням недели, времени дня, статистика по мотивам обращений, своевременность ответов оператора;
- автоматизированная оценка качества работы колл-центра:
 - а) статистика количества повторных обращений пациента для решения одного вопроса;
 - б) анкетирование пациентов с помощью системы автоматизированного интервью.

Внутренняя система контроля качества работы сотрудников колл-центра должна быть утверждена приказом главного врача с назначением ответственных лиц. Оценка качества деятельности оператора колл-центра должна быть организована поэтапно и иметь трехуровневую систему:

- первый уровень осуществляет ответственное должностное лицо, назначенное приказом главного врача:
 - а) выборочный мониторинг телефонных обращений в колл-центр регистратуры с ведением листков наблюдений не менее 3-х обращений в день;
 - б) отработка дефектов в оперативном режиме;
 - в) регистрация повторяющихся несоответствий;
 - г) внесение изменений в сценарии взаимодействия операторов с пациентами по результатам мониторинга;
 - д) обучение операторов по результатам мониторинга;
 - е) предоставление еженедельного отчета руководителю подразделения.
- второй уровень осуществляет должностное лицо, ответственное за организацию работы поликлиники (заведующий (руководитель) подразделением):
 - а) еженедельный анализ листков наблюдений и списка несоответствий и дефектов;
 - б) разработка плана мероприятий по устранению несоответствий и дефектов;
 - в) индивидуальные и групповые консультации с сотрудниками регистратуры;
 - г) подготовка ежемесячного отчета о деятельности регистратуры руководству поликлиники, курирующему данный раздел работы.
- третий уровень осуществляет высшее руководство поликлиникой:
 - а) анализ отчета о деятельности регистратуры;
 - б) согласование и утверждение плана мероприятий по совершенствованию деятельности регистратуры.

9.3 АДМИНИСТРАТОР ХОЛЛА

Основными задачами администратора холла являются информирование пациентов о порядке получения медицинской помощи в поликлинике, помощь в маршрутизации пациентов по цели обращения. Общение с администратором холла должно создать у пациента первое положительное впечатление. Администратор холла должен находиться в холле в часы пиковых нагрузок, при скоплении в холле более 5-ти пациентов. Координирует работу администратора холла руководитель регистратуры, и в случае снижения интенсивности пациентопотока может привлекать сотрудника на другие участки работы в регистратуре. Обязанности администратора холла могут быть возложены на регистраторов по графику.

Для эффективной организации работы администратора холла, в МО должен быть определен перечень обращений пациентов, не требующих осмотра врача в день обращения ([раздел 8.1.1 Требования к организации процесса маршрутизации пациентов](#)).

9.3.1 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ АДМИНИСТРАТОРА ХОЛЛА:

Рабочее место администратора располагается в холле регистратуры в визуально доступном месте и оборудуется стойкой с надписью «АДМИНИСТРАТОР». На рабочем месте администратора должна находиться информация, необходимая для работы, в том числе:

- речевые модули;
- схема маршрутизации пациентов;
- схема взаимодействия при возникновении сложной ситуации «цепочка помощи»;
- перечень медицинских специалистов с номерами телефонов и кабинетов.

9.3.2 ТРЕБОВАНИЯ К АДМИНИСТРАТОРУ ХОЛЛА

Для выполнения своих функциональных обязанностей администратор должен:

- знать систему маршрутизации пациентов в МО и в Томской области и планировать маршрут пациенту в соответствии с требованиями настоящего стандарта;
- знать и уметь пользоваться «цепочкой помощи» при возникновении проблем в работе;
- знать и использовать в работе речевые модули для взаимодействия с пациентами;
- уметь пользоваться оргтехникой и МИС ТО;
- обеспечивать консультирование посетителей по работе с инфоматом, находящимся в помещении холла МО;
- предотвращать и разрешать внештатные ситуации, в т.ч. конфликтные;
- должен быть обучен приемам оказания первой помощи, сердечно-легочной реанимации;
- должен иметь образование не ниже среднего специального.

9.3.3 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ

Администратор холла планирует маршрут в зависимости от цели визита посетителя в медицинскую организацию в соответствии с требованиями настоящего стандарта ([Раздел 8 подраздел 8.1.1 «Требования к организации процесса маршрутизации пациента»](#)). Если обращение пациента связано с получением медицинской услуги, не требующей осмотра врача в день обращения, пациент может быть направлен в КОПП, КМП. При неотложном состоянии администратор сопровождает пациента в КНМП или вызывает врача/фельдшера к пациенту.

В случае визита пациента ранее назначенного времени приема более, чем на 30 минут, администратор холла предлагает ему пройти в зону комфортного ожидания.

- администратор помогает пациенту выбрать оптимальный вариант получения услуги и выстраивает маршрут.
- администратор информирует сотрудников о скоплении очереди перед кабинетом;
- администратор оказывает помощь пациентам в части использования электронных сервисов (электронная очередь, электронная регистратура);
- администратор оказывает помощь в передвижении маломобильным гражданам.

9.3.4 ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

- администратор должен четко и доступно отвечать на вопросы посетителей о порядке работы МО, времени и месте приема врачей всех специальностей, видах оказываемой медицинской помощи, порядке прикрепления на медицинское обслуживание, выборе лечащего врача, о проводимых специальных акциях, программах и предоставлять иную необходимую информацию в пределах своей компетенции;
- администратор должен осуществлять контроль за состоянием информационных стендов, своевременным обновлением информации о режиме работы МО, медицинского персонала, введении дополнительных услуг;

- администратор должен информировать пациентов о порядке и об инстанциях подачи обращений, контролировать наличие анкет с опросом о качестве предоставленных услуг;
- внутренняя система контроля качества работы администратора организуется, в том числе, путем выборочного просмотра записей с камер видеонаблюдения в холле поликлиники.

9.4. КАРТОХРАНИЛИЩЕ

Картохранилище предназначено для хранения медицинских карт амбулаторных пациентов.

9.4.1 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ КАРТОХРАНИЛИЩА:

- хранение амбулаторных карт осуществляется на специально оборудованных площадях (допускается размещение в регистратуре);
- амбулаторные карты размещаются на стеллажах, высота полки в детских поликлиниках – 220 мм, во взрослых – 180 мм; размер стеллажа должен соответствовать количеству карт, согласно прикрепленному населению;
- амбулаторные карты размещаются согласно схеме хранения, принятой в МО и обеспечивающей поиск амбулаторной карты в короткие сроки. Хранение должно быть организовано по участкам, внутри участков – ФИО или адресам. Амбулаторные карты маркируются с использованием цветовой (например, 1 участок – синий, 2 участок – красный) и буквенной (ФИО) и номерной (по номеру карты) маркировки, а также путем их комбинирования. В визуальном доступном месте должна быть размещена легенда к маркировке и блок-схема поиска амбулаторной карты.
- отдельно размещается стеллаж-накопитель амбулаторных карт, подобранных с учетом списка пациентов, предварительно записавшихся на прием.

9.4.2 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ

Основными задачами сотрудников картохранилища являются:

- Подбор и доставка амбулаторных карт на прием к врачу ([Приложение 11 «СОП «Подбор и доставка амбулаторных карт в кабинет к врачу»](#)).
- а) подбор амбулаторных карт осуществляется ежедневно сотрудниками фронт-офис на основании списка пациентов, предварительно записавшихся на прием к врачу, сформированного с использованием МИС ТО;
- б) транспортировка амбулаторных карт осуществляется сотрудниками фронт-офис или медицинскими сестрами перед приемом врача в соответствующие кабинеты;
- в) данные по результатам приема в амбулаторную карту вносит врач посредством МИС ТО или на бумажном носителе (при оказании медицинской помощи на дому);
- г) в конце рабочей смены медицинская сестра передает карту в регистратуру. Исключения: врачи-педиатры могут оставлять у себя в кабинете амбулаторную карту до выздоровления ребенка; врачи-педиатры могут хранить у себя в кабинете карты детей первого года жизни; в случае временного отсутствия врача медицинская сестра передает карты в регистратуру;
- д) сотрудник регистратуры при приеме карт в картохранилище проводит сверку согласно списку пациентов, записанных на прием к врачу;
- е) после возврата карты специалист регистратуры раскладывает (сортирует) амбулаторные карты на стеллажи согласно принятой системе хранения и маркировки амбулаторных карт;

ж) при сортировке амбулаторных карт специалист регистратуры обращает внимание на их внешний вид и при необходимости обновляет маркировку, корректирует записи на титульном листе.

▪ Выдача амбулаторной карты пациенту:

- а) выдача амбулаторной карты (заверенной копии) на руки пациенту (законному представителю) возможна при его направлении лечащим врачом поликлиники на консультацию в другую МО или на лечение по решению врачебной комиссии, только после письменного заявления гражданина (законного представителя) с полным указанием ФИО, адреса места жительства, паспортных данных, контактных телефонов и с указанием обязательства возврата и срока возврата амбулаторной карты и только с разрешения заведующего поликлиникой МО;
- б) факт выдачи амбулаторной карты пациенту регистрируется сотрудником регистратуры МО в специальном журнале установленной формы на основании личного заявления пациента (законного представителя) с указанием причины выдачи и сроков возврата амбулаторной карты (письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.04.2005 г., № 734\МЗ-14 «О порядке хранения амбулаторной карты»); срок хранения журнала 1 год. Рекомендуется организовать регистрацию с использованием МИС ТО;
- в) выдача копий медицинских документов на руки пациенту (законному представителю) возможна после письменного заявления гражданина (законного представителя). Факт выдачи копий медицинских документов регистрируется медицинским сотрудником регистратуры в специальном журнале по форме, установленной МО.

9.5. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУРЫ

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1	Рабочая зона регистратуры организована по системе 5с		
2	Работа с пациентами осуществляется в соответствии с разработанными речевыми модулями и алгоритмами		
3	Время работы регистратуры соответствует времени работы поликлиники		
4	В структуре регистратуры выделены четыре рабочие зоны: фронт-офис, колл-центр, картохранилище, рабочее место администратора холла		
5	Сотрудники регистратуры знают и пользуются: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Речевыми модулями ▪ Цепочкой помощи ▪ Системой маршрутизации 		
6	Эскалация запросов пациентов осуществляется в соответствии с алгоритмом обработки обращений: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> в наличии <i>формы приема обращений для эскалации на следующий уровень</i> <input type="checkbox"/> в наличии журнал учета обращений пациентов, переданных на следующий уровень 		
7	Запись на прием к врачу осуществляется с использованием функционала МИС ТО		
8	Оформление вызова врача на дом осуществляется с использованием функционала МИС ТО		
9	Организована внутренняя система контроля качества работы регистратуры, что подтверждается отчетами о мониторинге и соответствующими управленческими решениями: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> в наличии карты мониторинга качества обработки обращений сотрудниками регистратуры; <input type="checkbox"/> отчеты о мониторинге качества для вышестоящего руководства 		
	Организация работы фронт-офиса		
10	Обустройство рабочей зоны не препятствуют прямому контакту с пациентом		
11	Рабочая зона фронт-офиса визуально отделена от зоны ожидания линией		
	Организация работы колл-центра		
11	Рабочая зона колл-центра оснащена АТС-системой, АРМ с подключением к МИС ТО, гарнитура, IP-телефония		

	Организация работы администратора холла		
12	Рабочая зона администратора холла организована в холле, в зоне видимости.		
13	Администратор холла обеспечивает консультирование посетителей по работе с инфоматами, находящимися в помещении холла МО;		
14	Администратор холла обучен приемам оказания первой помощи, сердечно-легочной реанимации		
	Картохранилище		
15	Амбулаторные карты хранятся в соответствии с разработанной системой: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Есть цветовая маркировка амбулаторных карт; ▪ Легенда маркировка в визуально доступном месте; ▪ Регистраторы знают, как пользоваться легендой. 		
16	Подбор амбулаторных карт осуществляется накануне приема и размещается на стеллаже-накопителе		
17	Выдача документов (амбулаторных карт) осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта: <ul style="list-style-type: none"> ▪ В наличии бланки заявлений на выдачу карт; ▪ В журнале регистрации выдачи амбулаторных карт ведется учет с заполнением всех полей 		

10. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ВРАЧЕБНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

10.1. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ

Рабочая зона кабинетов врачебного амбулаторного приема должна быть организована в соответствии с требованиями к организации рабочих мест по системе 5С ([раздел 7 подраздел 7.1. «Требования к организации рабочего пространства медицинских кабинетов»](#), [подраздел 7.2 «Организация рабочего места по системе 5С»](#)). В связи с особенностями проведения осмотра каждым из специалистов дополнительное медицинское оснащение должно располагаться с учётом процедур, выполняемых врачом или медицинской сестрой.

10.2. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ

Организация приема пациентов:

- прием пациента организован по предварительной записи;
- в случае наличия пациентов в очереди без времени или скопления возле кабинетов более 5 пациентов, сотрудник МО, (администратор, помощник врача, регистратор) управляет образовавшейся очередью. При наличии технической возможности могут быть использованы цифровые технологии для управления очередью и приглашению пациентов в кабинет по времени.
- при выявлении в очереди пациентов со временем ожидания более 30 минут до начала приема, ответственный сотрудник предлагает им пройти в зону комфортного ожидания;
- запись на повторный прием осуществляет врач или медицинская сестра сразу по окончанию приема. Недопустимо направлять пациента в регистратуру для записи на повторный прием;
- запись на исследования и консультации к врачам внутри МО осуществляет медицинская сестра на приеме. Недопустимо направлять пациента в регистратуру для записи на исследования и консультации;
- в случае отсутствия талонов предварительной слотов для записи на прием к врачу-специалисту и невозможности оказания медицинской помощи в установленные ТПГГ сроки, пациенту предлагается возможность получения медицинской помощи в другой МО или запись на дату, превышающую сроки, установленные ТПГГ. В последнем случае необходимо предусмотреть запись пациента в лист ожидания.

Направление на плановую госпитализацию:

- при направлении пациента на плановую госпитализацию, лечащий врач назначает пациенту комплекс догоспитального обследования;
- медицинская сестра оформляет направление на плановую госпитализацию (ф. 057/у), распечатывает и передает на подпись лечащему врачу;
- пациента записывают в КОПП для планирования дальнейшей маршрутизации в соответствии с назначенным планом обследования. Маршрут обследования может быть организован без очного участия пациента. В этом случае медсестра информирует пациента о том, что ему позвонит сотрудник КОПП и согласует с ним дату и время проведения обследования.

Направление на консультацию (обследование) во внешнюю МО

- решение о направлении пациента во внешнюю МО принимает лечащий врач;
- перечень внешних услуг и МО, оказывающих данные услуги, определен в Приложении к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Томской области «Прейскурант тарифов на оплату внешних медицинских услуг для проведения взаиморасчетов в рамках фондодержания (в том числе для использования при оплате внешних медицинских услуг при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара), в том числе при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованными за пределами Томской области»;
- в случае если необходимую медицинскую услугу оказывают несколько МО, в обязательном порядке пациенту озвучивается перечень данных организаций и предоставляется право выбора МО;
- при направлении на исследования во внешние МО:
 - а) медицинская сестра оформляет направление на консультацию (обследование) во внешнюю МО (ф. 057/у) в МИС ТО, распечатывает и передает на подпись лечащему врачу;
 - б) пациента записывают в КОПП для планирования дальнейшей маршрутизации в соответствии с назначенным планом обследования. Маршрут обследования может быть организован без очного участия пациента. В этом случае медсестра информирует пациента о том, что:
 - в течение 2-х дней позвонит сотрудник КОПП и согласует с ним дату и время проведения обследования;
 - после записи во внешнюю МО и на повторный прием к лечащему врачу, сотрудник КОПП сообщит пациенту дату, когда ему необходимо будет получить направления на исследования и маршрутную карту в регистратуре или в КОПП.

Если запись во внешнюю МО доступна в МИС ТО, пациента могут записать сразу на приеме.

- направление и запись пациента на исследования внутри МО оформляется медицинской сестрой или врачом во время приема;
- лечащий врач в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи определяет тактику обследования и лечения пациента. Основной перечень исследований, необходимых для консультации узкими специалистами консультативно-диагностической поликлиники и для плановой госпитализации в круглосуточный или дневной стационар представлен в приложении 12 к Стандарту.
- пациенту в доступной для него форме предоставляется информация о его состоянии здоровья, плане обследования и лечения. Пациент имеет право отказаться от любого вида медицинского вмешательства. Письменный отказ оформляется в установленном порядке;
- информация о проведении необходимых обследований и лечения вносится в электронную медицинскую карту пациента в МИС ТО;
- в результате посещения, при необходимости дообследования формируется маршрутная карта пациента, которая должна содержать информацию о наименовании обследования/приема врача-специалиста, адресе МО, ФИО врача, проводящего исследование (при его проведении внутри МО) и дате и времени проведения обследования. Дата и время обследования/приема назначаются исходя из оптимального маршрута

пациента и необходимого срока проведения обследования/приема с учетом рекомендаций по подготовке к обследованию/приему.

- запись на все назначенные консультации и обследования осуществляет медицинская сестра во время приема пациента. По возможности все обследования должны быть проведены в один день. При планировании процедур и их последовательности необходимо учитывать требования для подготовки к исследованиям;
- помимо маршрутной карты, пациенту выдается перечень рекомендаций по подготовке к исследованиям ([Приложению 13 к Стандарту](#)), сформированный в МИС ТО либо на заранее подготовленных бланках. Медицинская сестра (в ее отсутствие – врач) объясняет пациенту порядок подготовки к исследованиям.
- врач в обязательном порядке назначает пациенту дату повторной явки на прием с результатами обследования (если все назначенные исследования проводились внутри МО, а если исследования проводятся во внешних МО, то пациент направляется в КОПП).

10.3 ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОЙ СЛУЖБЫ

Работа участкового врача осуществляется по графику, составленному заведующим отделением и утвержденному руководителем учреждения. Амбулаторный прием участковых врачей должен быть организован по сменному графику, который составляется исходя из численности прикрепленного населения и мощности медицинской организации.

Оказание первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению по территориально-участковому принципу регламентируется действующими нормативными документами (перечислить). Результаты каждого этапа лечебно-диагностических и профилактических мероприятий регистрируются в соответствующем модуле МИС ТО.

Основные задачи участковой службы включают:

- назначение и выписку рецептов льготным категориям граждан;
- экспертизу случая временной нетрудоспособности;
- активное посещение пациентов с ограниченными возможностями, осуществление динамического медицинского наблюдения, осуществление обследования на дому, оформление рецептов для ЛЛО;
- активное посещение пациентов после выписки из стационара (после острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения);
- активное посещение пациентов с ЗНО IV клинической группы, получающих противоболевую терапию (оценка болевого синдрома);
- осуществление вызова бригады СМП для медицинской эвакуации пациента в МО;
- осуществление первичной профилактики в группах высокого риска;
- активное осуществление диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями;
- экспертиза временной нетрудоспособности больных, представление на врачебную комиссию, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу;
- выдача заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение, оформление санаторно-курортной карты;
- организационно-методическая и практическая работа по диспансеризации населения;
- планирование вакцинации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям.

Организационные решения по перераспределению трудовых функций между участниками процесса

В целях оптимизации нагрузки на врачей и увеличения доли рабочего времени для непосредственного оказания медицинской помощи, в МО должны быть приняты организационные решения по перераспределению трудовых функций между участниками процесса в соответствии с профессиональными стандартами и компетенциями.

Согласно методическим рекомендациям ЦНИИОИЗ «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры», трудовые функции должны быть перераспределены между медицинским и немедицинским персоналом. Рекомендованная схема перераспределения трудовых функций между врачом и медицинской сестрой представлена в таблице 5.

Таблица 5

Перераспределение трудовых функций между медицинским персоналом

№	Трудовая функция	Действия участников в рамках выполнения одной трудовой функции	
		Врач (участковый терапевт, педиатр)	Персонал со средним медицинским образованием (медсестра участковая, медбрат участковый)
1	Проведение медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических)	Заключительный врачебный прием по результатам ПМО, 1 и 2 этапов ДОГВН	Работа со списками пациентов, подлежащих диспансеризации и ПМО
2	Диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями	Врачебный осмотр с целью коррекции лечения, планирования диагностического обследования и определения тактики диспансерного наблюдения	1. Мониторинг состояния здоровья (опрос в т.ч. дистанционный и т.п.) амбулаторно и на дому 2. Организация диагностического обследования и консультаций в рамках плана ДН 3. Оформление записи пациента в расписании МИС ТО на Д-явку
3	Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина)	Анализ данных и принятие решения о введении карантина	Сбор информации
4	Оценка эффективности и безопасности применения медикаментозных и не медикаментозных методов лечения	Назначение лечения и мониторинг состояния пациента	1. Мониторинг состояния здоровья (динамика лечения, побочные реакции, непереносимость лекарственных препаратов) при посещении пациентов на дому 2. Передача информации о состоянии пациента врачу
5	Предоставление отчетности о деятельности врача-терапевта участкового или терапевтического отделения	Сверка и согласование данных отчета	Сверка данных отчета

6	Активное посещение маломобильных пациентов на дому для динамического наблюдения.	1. Согласование плана посещений ММГН на дому 2. Врачебный осмотр с целью коррекции лечения, планирования диагностического обследования, и определения тактики наблюдения	1. Формирование плана посещений ММГН на дому 2. Доврачебные посещения с целью мониторинга состояния здоровья (опрос в т.ч. дистанционный и т.п.) 3. Внесение результатов доврачебного посещения
7	Организация и проведение школ здоровья	Проведение школ здоровья	1. Составление плана мероприятий 2. Определение аудитории для проведения школ здоровья 3. Ведение отчетных форм по организации и проведению школ здоровья
8	Оформление экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания, пищевом, острым профессиональном отравлении	Выявление случая инфекционного заболевания	1. Оформление бланка экстренного извещения 2. Отправка сведений в Роспотребнадзор
9	Контроль проведения профилактических мероприятий	Анализ выполнения плана профилактических мероприятий	Мониторинг выполнения плана иммунизации населения участка и обследования на туберкулез легких
10	Работа с медицинской документацией	Оформление направлений на МСЭ, СКЛ в МИС ТО, эпикризов на ВК, выписка из медицинской карты и т.п.	Ксерокопирование документов (удостоверяющих выписок из сторонних МО, результатов обследования в сторонних МО и т.п.)
11	Направление пациента на лабораторные и инструментальные обследования	Выявление показаний для назначения обследования	1. Информирование о правилах подготовки к обследованию 2. Оформление направлений и запись на лабораторные и инструментальные обследование в МИС ТО

При выполнении данных трудовых функций, некоторые действия могут быть перераспределены на немедицинский персонал: мониторинг выполнения плана посещения по Д-наблюдению; выгрузка отчетов из МИС ТО и предоставление руководителю в электронном или бумажном формате; планирование графиков выездов и уведомление о визите при посещении маломобильных пациентов врачом; мониторинг динамики выполнения плана диспансеризации и профилактических медицинских осмотров по данным МИС ТО; ксерокопирование документов.

Такие функции, как подготовка списков для диспансеризации населения и проведение санитарно-гигиенического просвещения населения рекомендуется полностью передать от врача к среднему медицинскому персоналу (таблица 6). При этом при выполнении таких действий, как выгрузка списков пациентов, подлежащих диспансеризации из МИС ТО по участкам и передача списков участковым бригадам может быть задействован немедицинский персонал.

Передача трудовых функций на средний медицинский персонал

№	Трудовая функция	Действия участников в рамках выполнения одной трудовой функции
		Персонал со средним медицинским образованием (медсестра участковая, медбрат участковый)
1	Подготовка списков для диспансеризации населения	Планирование явок пациентов на диспансеризации
2	Проведение санитарно-гигиенического просвещения населения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Составление плана мероприятий 2. Определение аудитории для проведения санитарно-гигиенического просвещения 3. Проведение санитарно-гигиенических мероприятий 4. Ведение отчетных форм по организации и проведению мероприятий

Кроме того, определены функции персонала со средним медицинским образованием, которые можно передать на немедицинских работников (таблица 7).

Таблица 7

Передача трудовых функций на немедицинский персонал

№	Трудовая функция	Действия участников в рамках выполнения одной трудовой функции
		Персонал без медицинского образования (вне терапевтического отделения - кабинет медицинской статистики или регистратура)
1	Ведение паспорта врачебного (терапевтического) участка	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выгрузка паспортов врачебных (терапевтических, педиатрических) участков из МИС ТО 2. Передача паспортов врачебных (терапевтических участков) в инстанции по запросу
2	Ведение персонального учета, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживаемого населения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внесение (изменение) данных о пациенте в МИС ТО (ФИО, паспортные данные, СНИЛС, полис ОМС, контактные данные и другие) 2. Внесение сведений о выполненных прививках 3. Внесение сведений в МИС ТО о проведенных профилактических мероприятиях МО
3	Информирование пациентов о врачебном приеме, в том числе с целью прохождения диспансерного наблюдения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Уведомление пациента о дате и времени врачебного приема 2. Подтверждение явки пациента на прием
4	Сопровождение пациентов на диагностические и лечебные процедуры	<ol style="list-style-type: none"> 1. Встреча пациента с ограниченными физическими возможностями 2. Сопровождение до нужного кабинета
5	Регулировка потока пациентов на врачебном приеме	<ol style="list-style-type: none"> 1. Распределение пациентов в кабинеты врачей по времени записи 2. Регулирование образовавшейся очереди возле кабинетов

6	Предоставление информации по вопросам приема населения непосредственно или с использованием технических средств, в том числе электронных	1. Размещение в сети интернет и на информационных стендах информации о графике работы МО, расписании врачей-специалистов, графике приема граждан, правилах записи на прием 2. Обработка информационных запросов от пациентов по вопросам связанным с расписанием приемов врачей и правилами записи на прием
7	Получение результатов лабораторных и других исследований пациентов и внесение сведений в медицинскую документацию (в бумажном формате)	1. Прием результатов и раскладка в картотеке по ФИО направившего врача 2. Вклеивание результатов в амбулаторную карту пациента 3. Внесение результатов исследований в МИС ТО
8	Организация амбулаторного приема врача-специалиста	1. Определение цели входящих обращений пациентов 2. Маршрутизация пациента в зависимости от цели обращения. 3. Запись пациента на консультацию к врачу-специалисту в МИС ТО 4. Информирование пациента о месте, дате и времени приема врача-специалиста

Функция «Ведение паспорта врачебного участка» в настоящее время автоматизирована, так как функционал, включенный в паспорт (подсчет общей численности населения участка, распределение по полу, возрасту и социальному статусу, группам риска, инвалидности, заболеваниям и другим параметрам) реализован в МИС ТО (путь: Отчеты → Поликлиника → Паспорта → Форма 030у-ТЕР Паспорт врачебного участка (терапевтического)). На конец отчетного года паспорт заверяется участковым врачом и направляется в отдел (кабинет) кабинет медицинской статистики. Выгрузка паспорта и передача участковому врачу и участковой медицинской сестре для сверки осуществляется сотрудниками кабинета медицинской статистики (организационно-методического отдела).

Оценка деятельности участкового врача проводится по следующим показателям:

- Характеристика амбулаторного приема – почасовая нагрузка, нагрузка при обслуживании больных на дому, процент активных посещений.
- Общая заболеваемость – количество зарегистрированных заболеваний в абсолютных цифрах и относительных показателях по отдельным нозологическим формам.
- Заболеваемость с временной утратой трудоспособности.
- Смертность на 1000 населения. Особому анализу подвергаются случаи смерти от острого инфаркта миокарда, сахарного диабета, туберкулеза, бронхиальной астмы, ХОБЛ, пневмонии; а также смертности на дому, в том числе лиц трудоспособного возраста.
- Летальность - частота смертей в % от какой-либо болезни за определенный период времени.
- Процент экстренной и плановой госпитализации.
- Полнота охвата периодическими осмотрами
- Показатели качества диспансеризации (полнота охвата диспансеризацией по отдельным нозологическим формам).
- Показатели качества диспансерного наблюдения (полнота обследования диспансерных больных в % по отношению ко всем наблюдаемым в данной группе).
- Объем профилактической и санитарно-просветительной работы.

10.4. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ

Отделения (кабинеты) первичной специализированную медико-санитарной помощи организуются в МО для консультативно-диагностического обеспечения населения, определения рекомендаций по тактике ведения и лечения пациентов по профилю заболевания.

Работа врачей-специалистов осуществляется по графику, составленному заведующим отделением и утвержденному руководителем учреждения. Амбулаторный прием врачей-специалистов должен быть организован, по возможности, в две смены.

Результаты каждого этапа лечебно-диагностических и профилактических мероприятий регистрируются в соответствующем модуле МИС ТО.

Основные функции врачей-специалистов определяются нормативными документами в части организации первичной специализированной медико-санитарной помощи населению, утверждаются должностными инструкциями МО и включают:

- назначение и выписку рецептов льготным категориям граждан;
- активное посещение пациентов с ограниченными возможностями, осуществление динамического медицинского наблюдения, осуществление обследования на дому, оформление рецептов для ЛЛО, МСЭ;
- запись на исследования, в т.ч. перед плановой госпитализацией;
- направление на плановую госпитализацию;
- заполнение справок, выписок из медицинской документации;
- осуществление вызова бригады СМП для медицинской эвакуации пациента в МО;
- осуществление первичной профилактики в группах высокого риска по профилю специальности;
- осуществление диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями;
- экспертиза временной нетрудоспособности больных, представление на врачебную комиссию, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу;
- выдача заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение, оформление санаторно-курортной карты.

В целях оптимизации нагрузки на врачей и увеличения доли рабочего времени для непосредственного оказания медицинской помощи, в МО должны быть приняты организационные решения по перераспределению трудовых функций между участниками процесса в соответствии с профессиональными стандартами и компетенциями (см. подраздел 10.3 - *Организационные решения по перераспределению трудовых функций между участниками процесса*).

ВАЖНО!

Запись пациента на диагностические исследования, консультации специалистов и повторный прием медицинская сестра производит непосредственно на приеме. Дату повторного приема пациент планирует после проведения всех назначенных исследований и консультаций. Не допускается направление пациента в регистратуру для записи на повторный прием, диагностические исследования и консультации специалистов.

После приема пациент должен иметь четкое представление о своих последующих действиях, понимать свой маршрут и схему дальнейшего обследования или лечения (в том числе дату и время повторного приема, если это необходимо).

10.5. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ ПМСП

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1	Рабочая зона организована по системе 5с		
2	Работа с пациентами осуществляется в соответствии с правилами коммуникации и разработанными речевыми модулями		
3	Прием пациентов ведется по предварительной записи на определенное время		
5	Запись пациента на повторный прием осуществляет медсестра/врач на приеме		
6	Запись пациента на госпитализацию осуществляется по маршрутизации согласно настоящему стандарту		
7	Запись на обследование, консультации внутри МО оформляется медицинской сестрой или врачом во время приема		
8	Пациенту в доступной для него форме предоставляется информация о его состоянии здоровья, плане обследования и лечения		
9	По результатам приема пациенту выдаются рекомендации по лечению и профилактике и маршрутная карта		
10	Пациентам, состоящим на ДУ, запланированы явки по диспансерному наблюдению с записью в МИС ТО		
11	Врач и медсестра работают в соответствии с утвержденными СОП		

11. ПРОЦЕДУРНЫЙ КАБИНЕТ

Процедурный кабинет медицинской организации является специально организованным кабинетом, обеспечивающим забор проб биологических жидкостей (крови), внутривенных, внутримышечных, подкожных, внутрикожных инъекций и других лечебно-диагностических мероприятий. Деятельность процедурного кабинета и его оснащение должно соответствовать действующими порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, отвечать всем требованиям СанПиН.

Требования к штатной структуре, режиму работы кабинета определяются руководителем МО исходя из целей, задач и функционала подразделения.

В кабинете должен быть утвержденный график выполнения манипуляций (взятие биологического материала (крови), инъекции, уборка) в соответствии с требованиями санитарного законодательства. Не допускается пересечение потоков пациентов, направленных на взятие биологического материала (крови) и направленных на инъекции. Так же не допускается пересечение потоков пациентов, направленных на взятие биологического материала (крови) с профилактической целью (в том числе по ДОГВН) и по заболеванию.

Пропускная способность кабинета устанавливается по результатам хронометражных наблюдений и нормирования нагрузки на 1 рабочее место медицинской сестры процедурного кабинета.

В обязательном порядке формируется расписание работы кабинета с возможностью предварительной записи в МИС ТО. Запись пациента в процедурный кабинет осуществляется по направлению лечащего врача непосредственно на приеме или в КОПП. Работа с направлениями, отметка о взятии материала, формирование различных видов отчетности производится с использованием ЛИС МИС ТО в соответствии с руководством пользователя.

Пациенты приглашаются в процедурный кабинет медицинской сестрой по времени предварительной записи в МИС ТО или с использованием системы электронной очереди; пациенты, направленные из КНП, и граждане, имеющие право на внеочередное оказание МП приглашаются вне очереди.

11.1. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ ПРОЦЕДУРНОГО КАБИНЕТА

Требования к рабочей зоне процедурного кабинета:

- Рабочие места в кабинете должны быть организованы по системе 5С: все материалы в рабочей зоне легко найти и вернуть на свое место, предметы мебели и расходные материалы расположены в пространстве так, чтобы минимизировать лишние движения и перемещения.
- Пространство процедурного кабинета должно быть организовано с учётом требований инфекционной безопасности:
 - а) функциональное зонирование кабинета: стерильная (асептическая) зона, рабочая зона, зона дезинфекции (хозяйственная зона);
 - б) перемещения процедурной медсестры и пациентов должны быть минимальными, последовательными и соответствовать циклу операций.
 - в) должен быть размещен проверочный лист соответствия кабинета системе 5С, график уборки и ответственные сотрудники за его соблюдение.

С целью содержания документов в надлежащем качестве, защиты их от воздействия влаги, дезинфицирующих средств, выгорания на солнце, под ультрафиолетовым излучением бактерицидных ламп, механических повреждений возможно использование специальной ламинирующей пленки.

Обеспечение кабинета лекарственными средствами/изделиями медицинского назначения/расходными материалами должно быть организовано по принципу «точно вовремя» в соответствии с [требованиями к организации снабжения кабинета материальными запасами](#):

- В размещенных в процедурном кабинете стеллажах/шкафах/тумбах визуализированы и промаркированы материальные запасы.
- Имеется маркировка, сигнализирующая о необходимости их пополнения (в соответствии с рассчитанной нормой снабжения кабинета).
- Уровень запасов не превышает недельную норму расходования.

11.2. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ

Очередь перед кабинетом регулируется медицинской сестрой или с помощью электронной очереди. В случае возникновения задержки приема пациентов медицинская сестра информирует пациентов об этом.

Идентификация пациента

Для идентификации пациента медицинская сестра должна:

- спросить у пациента его ФИО, дату рождения;
- принять у пациента направления на исследования;
- сверить информацию пациента с записью в МИС ТО.

Подготовка к манипуляции

При подготовке к взятию биологического материала (крови) медицинская сестра должна:

- объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры;
- найти запись о направлении на исследования в разделе МИС ТО «Рабочие места» - «Лаборатория» - «Взятие материала» модуля ЛИС;
- приготовить вакуумные системы для взятия биологического материала (крови);
- провести маркировку пробирок (наклеивание идентичных штрих-кодов на пробирку).

При подготовке к инъекционному введению лекарственных препаратов медицинская сестра должна:

- объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, убедиться в наличии информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимости;
- проверить упаковку лекарственного препарата и его пригодность (наименование, дозу, срок годности, внешний вид упаковки); сверить с назначением врача;
- предложить пациенту занять удобное положение (сидя или лежа) или помочь ему это сделать. Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата.

Выполнение манипуляции

От техники выполнения манипуляции зависит качество лабораторной диагностики и лечения, поэтому должны соблюдаться все требования нормативных документов (ГОСТ Р. 53079.4-2008 и ГОСТ Р 52623.4-2015), а медицинская сестра в ходе проведения манипуляций пациенту, не должна отвлекаться, вести записи, прикасаться к телефонной трубке и т.д.

Окончание процедуры

После окончания взятия биологического материала (крови) медицинская сестра должна:

- убедиться в хорошем самочувствии пациента;
- проинформировать пациента о дате готовности результатов исследования, месте и графике их выдачи (кабинет врача или регистратура);
- поставить отметку в МИС ТО о взятии биологического материала (крови);
- провести дезинфекцию рабочего места;
- пригласить следующего пациента.

После окончания введения лекарственных препаратов медицинская сестра должна:

- убедиться в хорошем самочувствии пациента;
- проинформировать пациента о дате следующего визита в процедурный кабинет (либо об окончании цикла инъекций);
- поставить отметку в МИС ТО о введении лекарственного препарата;
- провести дезинфекцию рабочего места;
- пригласить следующего пациента.

ВАЖНО!

Не допускается отказ пациенту в проведении взятия крови в течение всего рабочего дня при условии наличия направления и соответствующей отметки (*cito!*) в направлении, а также при опоздании пациента к назначенному времени, но успевающего в период времени, отведенного для взятия биологического материала (при соблюдении рекомендаций по подготовке к исследованиям, указанных в [Приложении 13 к Стандарту](#)).

Медицинский персонал процедурного кабинета обязан обеспечить качество проведения манипуляции, качество взятия биоматериала и регистрации образцов, достоверность информации о пациенте.

Пациент должен быть проинформирован о дате готовности результатов исследования, месте и графике их выдачи (кабинет врача или регистратура).

11.3. Контрольный лист оценки работы процедурного кабинета

Контрольный лист оценки организации работы участковой службы		Медицинская организация:	
		Заполнил:	Дата:
№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1	Рабочая зона организована по системе 5с		
2	Работа с пациентами осуществляется в соответствии с утвержденными речевыми модулями		
4	Потоки пациентов разделены по времени в зависимости от цели обращения		
6	Потоки пациентов, направленных на взятие биологического материала (крови) и направленных на инъекции, не пересекаются		
7	Сформировано расписание работы кабинета; предварительная запись осуществляется через МИС ТО в соответствии с маршрутизацией пациента		
8	Соблюдается время и очередность приглашения пациентов в кабинет, учет льготных категорий и неотложных пациентов		
9	Лекарственные препараты и расходные материалы хранятся по системе канбан и в соответствии с требованиями законодательства к учету и хранению		
10	Журналы регистрации пациентов и учет процедур ведутся в электронном формате		
11	Процесс работы с пациентом осуществляется в соответствии с утвержденными СОП		
12	Процесс заказа, получения и хранения медикаментов осуществляется в соответствии с утвержденным СОП		

12. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЛАНОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Организация плановой помощи пациентам должна обеспечивать рациональную маршрутизацию пациентов на всех этапах лечебно-диагностического процесса от направления на обследование, лечение, консультацию до получения результатов проведенных лечебно-диагностических мероприятий и назначения лечения.

Основные функции КОПП МО, направляющей пациента на обследование, лечение, консультацию:

- запись пациента на консультации и исследования в плановом порядке во внешние МО, в том числе с использованием МИС ТО и/или защищенных каналов передачи информации (ViPNet);
- формирование пакета документов и запись пациентов на плановую госпитализацию, в том числе с использованием МИС ТО и/или защищенных каналов передачи информации (ViPNet);
- взаимодействие с медицинскими отделениями и подразделениями при планировании маршрута лечебно-диагностического процесса;
- учет и регистрация направлений пациентов, направленных во внешние МО, мониторинг выполнения назначенного плана лечения и обследования.

Основные функции КОПП МО, принимающей пациента на обследование, лечение, консультацию при централизованном направлении пациентов из КОПП направившей МО:

- прием и регистрация документов пациентов, направленных на обследование, лечение, консультацию, в т.ч., посредством электронного документооборота;
- взаимодействие с медицинскими отделениями и подразделениями в процессе рассмотрения документов, обеспечение своевременности отправки заключений в КОПП, направившей МО;
- информирование КОПП направляющей МО о результатах рассмотрения документов пациентов, дате и времени назначения обследования, консультации или лечения;
- планирование маршрута и запись пациента на обследование, лечение, консультацию пациентов, прикрепленных к МО.

Дополнительные функции КОПП:

- прикрепление населения к МО;
- оформление листков временной нетрудоспособности;
- оформление медицинских документов при обращении пациентов при наличии сведений или рекомендаций в ЭМК пациента в МИС ТО;
- доврачебный прием и маршрутизация пациентов, обратившихся в поликлинику без предварительной записи и не нуждающихся в НМП или очном приеме врача в день обращения.

12.1. ТРЕБОВАНИЯ К СОТРУДНИКАМ КОПП

Требования к штатной структуре и квалификации сотрудников КОПП определяются руководителем МО исходя из целей, задач и функционала подразделения. Назначение сотрудника и определение обязанностей по выполнению функционала КОПП обеспечивается приказом главного врача МО.

12.2. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ

Требования к оснащению рабочего места:

- рабочий стол;

- стул;
- АРМ с подключением к МИС ТО;
- телефон/факс, организационная техника (принтер, сканер, копировальный аппарат).

12.3. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ

Процесс организации плановой помощи начинается с момента поступления в КОПП соответствующих документов для оформления пациента на лечебно-диагностические мероприятия (направления установленной формы, иные документы, необходимые для получения медицинской услуги, на которую направляется пациент). Документы могут быть переданы в КОПП сотрудниками МО без участия пациента, а также посредством электронного документооборота.

Взаимодействие между МО при организации плановой МП осуществляется в соответствии с установленным порядком направления застрахованных лиц в медицинские организации.

Основные требования к организации процессов в КОПП:

- Разработан и утвержден внутренний нормативный документ, в котором определены цель и задачи, штатная структура кабинета и функциональные обязанности сотрудников.
- Разработаны и утверждены стандартизирующие документы по основным направлениям деятельности кабинета (организации плановой МП при направлении во внешнюю МО, внутри МО).
- По результатам первого обращения в КОПП (очно или дистанционно) пациент должен получить исчерпывающую информацию о МО, в которую выдано направление, дате и времени записи.
- Должен быть организован мониторинг прохождения пациентом, назначенного плана обследования и (или) лечения.
- Все изменения в плане обследования по инициативе внешней МО должны быть согласованы с лечащим врачом или иным должностным лицом, уполномоченным для решения этих вопросов.

Для повышения качества организации плановой МП рекомендовано организовать контроль организации работы КОПП со стороны руководства МО.

Рекомендуемый Порядок организации плановой помощи при направлении пациентов во внешние медицинские организации представлен в [приложении 14 к настоящему Стандарту](#).

ВАЖНО!

По итогам посещения КОПП или телефонного разговора с сотрудником КОПП пациент должен четко представлять схему дальнейшего обследования, должен знать о дате визита к лечащему врачу и предполагаемой дате госпитализации.

12.4. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ КАБИНЕТА ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАНОВОЙ ПОМОЩИ

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1.	Рабочая зона организована по системе 5С		
2.	Работа с пациентами осуществляется в соответствии с утвержденными речевыми модулями		
3.	Режим работы кабинета организации плановой помощи совпадает с режимом работы поликлиники		
4.	Прием пациентов осуществляется в соответствии с утвержденным СОП		
5.	Пациенту выдается маршрутная карта с перечнем обследования, датой и временем приема, адреса МО и №кабинета.		
6.	Запись пациента на плановую госпитализацию организована в соответствии с действующими требованиями		
7.	Запись пациента на внешние услуги организована в соответствии с требованиями настоящего стандарта (имеется журнал учета направлений, доступ сотрудника к МИС ТО и ViPNet, памятки по подготовке к исследованиям)		
8.	Обратная связь с другими МО организована в соответствии с требованиями настоящего стандарта		

13. НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

КНМП организуется для оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи. В КНМП работают специалисты со средним медицинским образованием (фельдшер), при наличии возможности – врач (терапевт, педиатр). Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника, для этого в КНМП должно работать 2 сотрудника (один сотрудник ведет прием пациентов в КНМП, второй сотрудник осуществляет выезды на дом).

Режим работы КНМП: понедельник – воскресенье, в часы работы медицинской организации.

Направление пациента в КНМП осуществляется через обращение в регистратуру очно или по телефону при вызове врача на дом.

В зависимости от степени проявления симптомов и тяжести состояния, категории пациента (возраст до 3-х лет и старше 65 лет, ограниченная способность к передвижению) и эпидемиологической ситуации принимается решение об оказании НМП на дому.

В случае иных экстренных состояний (боли в животе и грудной клетке, обращение по поводу ухудшения состояния ребенка в возрасте до 3 лет и др.) при вызове врача на дом осуществляется перенаправление вызова на СМП.

После оказания НМП пациенту и устранения либо уменьшения проявлений неотложного состояния врач (фельдшер) КНМП передает участковому врачу сведения о пациенте с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение) **в течение суток.**

Длительность ожидания оказания НМП при обращении в КНМП не должна превышать времени, предусмотренного действующей ТППГ.

13.1. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ

Требование к рабочей зоне кабинета неотложной помощи:

- кабинет должен располагаться на первом этаже для оптимального разделения потоков пациентов, с учетом особенностей здания поликлиники.
- рабочая зона КНМП должна быть организована в соответствии с системой 5С.

13.2. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ

Маршрутизация пациента при обращении в КНМП осуществляется согласно рисунку

3.

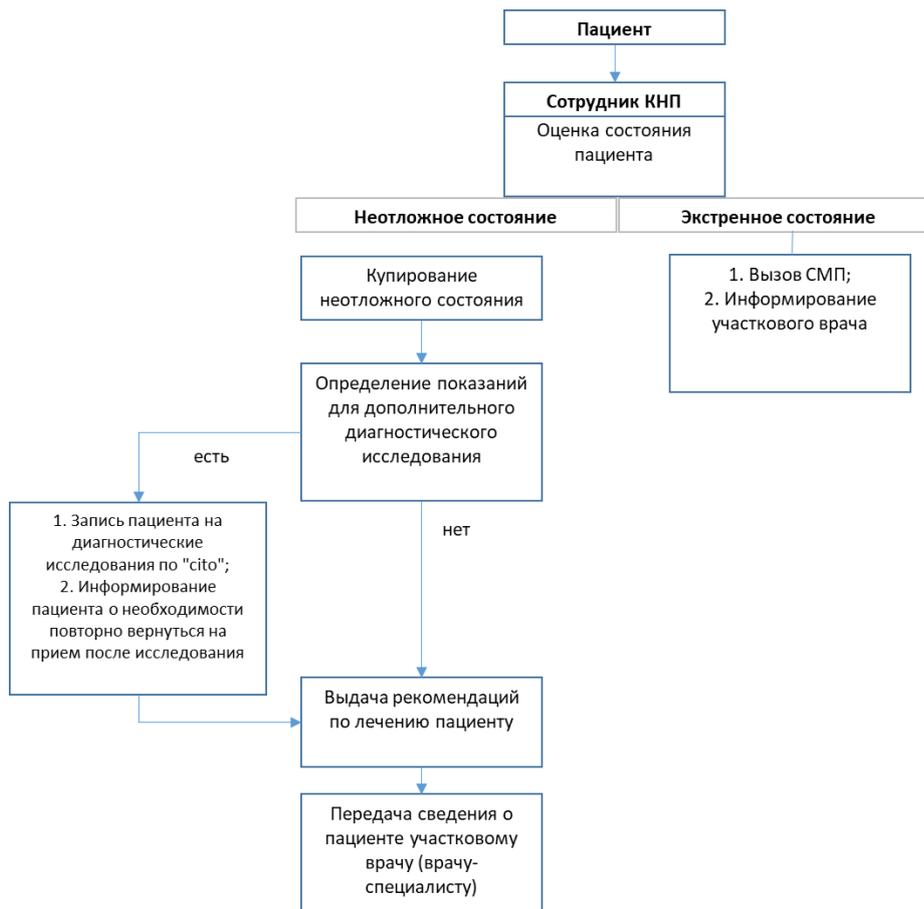


Рисунок 3. Схема маршрутизации пациента КНМП

Пояснение схемы маршрутизации пациента:

- Сотрудник КНМП купирует неотложное состояние:
 - а) при наличии показаний записывает пациента на диагностическое исследование по "cito!" или в процедурный кабинет (если в МО есть своя лаборатория);
 - б) с результатами обследований пациент возвращается в КНМП.
- Сотрудник КНМП:
 - а) дает рекомендации по лечению на дому и передает сведения о пациенте участковому врачу, если пациент здоров;
 - б) передает сведения о пациенте участковому врачу (врачу - специалисту) и записывает пациента к нему на прием, если не требуется экстренная помощь;
 - в) осуществляет вызов бригады СМП для медицинской эвакуации пациента в МО и передает сведения о пациенте участковому врачу, если требуется оказание экстренной помощи.

Функции кабинета неотложной помощи в поликлинике:

- направление на диагностические исследования и/или в процедурный кабинет (если в МО есть лаборатория) в случае неотложного состояния. Врач (медицинская сестра) в диагностическом и/или процедурном кабинете принимает пациента с неотложным состоянием вне очереди;
- прием больных для решения вопроса о срочности направления к УЧ либо другому специалисту;
- оказание НП при острых состояниях и обострениях хронических заболеваний, травмах, отравлениях и неотложных состояниях, не опасных для жизни и не требующих

экстренной медицинской помощи в соответствии с примерным перечнем состояний, в том числе детям старше 3 лет;

- осуществление преемственности с отделением СМП, участковой службой МО;
- осуществление вызова бригады СМП для медицинской эвакуации пациента;
- осуществление вызова бригады СМП при наличии соответствующих показаний у больного, а также оказание медицинской помощи в возможном объеме до приезда бригады СМП;

Функции кабинета неотложной помощи при оказании неотложной помощи на дому:

- выезд на неотложный вызов осуществляется на автотранспорте поликлиники в течение 2-х часов;
- оказание НП при острых состояниях и обострениях хронических заболеваний, травмах, отравлениях, не опасных для жизни и не требующих экстренной помощи, пациентам на дому, в том числе детям старше 3 лет;
- доврачебная диагностика и оценка состояния пациента;
- организация вызова бригады СМП в случае отсутствия эффекта от оказываемой медицинской помощи, ухудшении состояния больного и возникновении угрожающих жизни состояний;
- планирование лечебно-диагностических мероприятий в зависимости от показаний после устранения симптомов неотложного состояния;
- внесение данных о вызове и об объеме проведенных мероприятий в электронную карту МИС ТО.

ВАЖНО!

После посещения КНМП пациент должен иметь четкое представление о всех этапах прохождения обследования, а также знать о дате и времени визита к лечащему врачу.

Длительность ожидания оказания НП при обращении в КНМП не должна превышать сроков, установленных действующей ТППГ.

Не допускается отсутствие врача/фельдшера в КНМП на рабочем месте более 15 минут. При выезде врача/фельдшера в КНМП на дом к пациенту для оказания НМП и в случае отсутствия второго сотрудника в КНМП, обязанности по оказанию НМП должны быть возложены на дежурного врача/фельдшера поликлиники.

13.3. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ РАБОТЫ КАБИНЕТА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1	Рабочие зоны в кабинете организованы по системе 5с		
2	Работа с пациентами осуществляется в соответствии с утвержденными речевыми модулями		
4	Неотложная помощь пациентам организована ежедневно в часы работы поликлиники		
5	Обращение пациента по неотложной помощи осуществляется через: 1) личное обращение; 2) по телефону через регистратуру.		
6	Потоки пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, не пересекаются с пациентами по иным целям обращений		
7	Длительность ожидания неотложной помощи не превышает 2-х часов		
8	После окончания приема сведения переданы участковому врачу в течение суток через МИС ТО		
9	Кабинет неотложной помощи располагается на первом этаже		
10	Неотложная медицинская помощь пациентам осуществляется в соответствии с утвержденными СОП		

14. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ

Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры взрослого населения

Порядок проведения ПМО и ДОГВН предусматривает ежегодное проведение ПМО для всех взрослых граждан России и ДОГВН для граждан в возрасте 18-39 лет 1 раз в 3 года, а в возрасте 40 лет и старше – ежегодно. ПМО и ДОГВН, в том числе углубленная диспансеризация (УДВН) включают раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации.

В медицинских организациях, в которых проводятся ПМО и ДОГВН должен быть организован кабинет (отделение) медицинской профилактики (КМП).

Основными функциями КМП при организации и проведении ПМО, ДОГВН и УДВН являются:

- составление плана проведения ПМО, ДОГВН и УДВН в текущем календарном году;
- участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в МО, о проведении ПМО, ДОГВН и УДВН, их целях, а также в проведении разъяснительной работы и мотивировании граждан к прохождению ПМО, ДОГВН и УДВН;
- организация и проведение комплекса диагностических мероприятий в рамках 1 этапа ПМО, ДОГВН и УДВН, включая маршрутизацию пациентов и мониторинг своевременности прохождения пациентом назначенных МУ.
- осуществление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- осуществление мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;
- организация и проведение диспансерного наблюдения за пациентами 2 группы здоровья;
- осуществление мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14.1. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Требования к рабочей зоне кабинета (отделения) медицинской профилактики:

- КМП (ОМП) рекомендовано размещать отдельным блоком, с учетом особенностей здания поликлиники, для разделения потоков пациентов по цели обращения: профилактическая или лечебно-диагностическая;
- службы КМП (ОМП) необходимо разместить в непосредственной близости друг от друга, с учетом особенностей здания поликлиники;
- в профилактическом отделении рекомендуется организовать зону ожидания для пациентов с обеспечением возможности демонстрации материалов профилактической направленности;
- в связи с особенностями проведения осмотра каждым из специалистов дополнительное медицинское оснащение должно располагаться с учётом процедур, выполняемых врачом или медицинской сестрой.

14.2. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ

- Режим работы КМП (ОМП) должен совпадать с режимом работы поликлиники.

- В КМП (ОМП) должна быть организована предварительная запись на первичный прием в рамках ПМО, ДОГВН и УДВН для проведения мероприятий доврачебного скрининга и дальнейшей маршрутизации пациента.
- Количество слотов для предварительной записи в КМП (ОМП) должно соответствовать плановой потребности МО.
- Потоки пациентов с профилактической целью и лечебно-диагностической должны быть разделены в пространстве или по времени.
- Взятие биологического материала (крови) должно быть организовано в течение всего рабочего дня работы КМП (ОМП). Взятие биологического материала (крови) для лабораторных исследований может быть организовано непосредственно в КМП (ОМП), при соблюдении установленных требований санитарно-эпидемиологического законодательства.

14.2.1 ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ (В Т.Ч., УГЛУБЛЕННАЯ) ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ (ДОГВН И ПМО)

ДОГВН и ПМО проводится в КМП/ОМП и состоит из нескольких этапов (рис. 4).

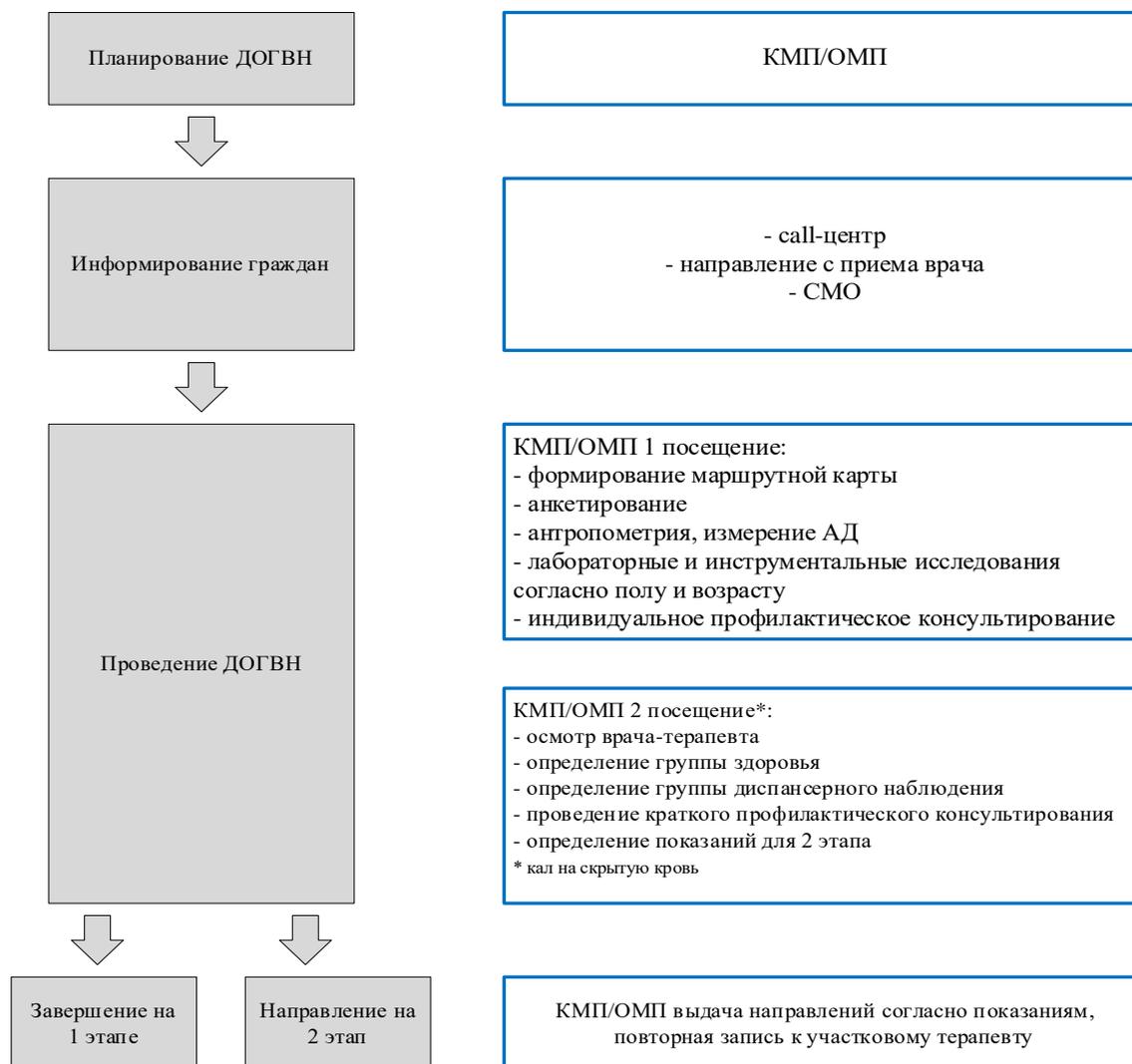


Рисунок 4. Этапы процесса ДОГВН

Планирование и контроль

- формирование списков граждан, подлежащих ДОГВН и ПМО в текущем году по участкам и возрастам с использованием МИС ТО. В начале года (январь) руководителем КМП (ОМП) или лицом, назначенным главным врачом МО, составляется сетевой план-график выполнения ДОГВН согласно объемам медицинской помощи, доведенным ДЗТО, который утверждается приказом главного врача. На основе сетевого плана-графика руководитель КМП (ОМП) формирует список пациентов, запланированных для проведения ДОГВН и ПМО, с разбивкой по кварталам. Данные списки согласовываются с УЧ (врачами ОВП). После согласования данные списки направляются в СМО для информирования граждан о необходимости пройти ДОГВН и ПМО. Списки корректируются по итогам каждого квартала с учетом явки граждан;
- руководитель КМП (ОМП) осуществляет контроль выполнения календарных планов-графиков прохождения ДОГВН и ПМО по каждому терапевтическому участку (ФАП),

представляет промежуточные отчеты по итогам выполнения плана ДОГВН и ПМО два раза в месяц на производственных совещаниях;

- лицо, назначенное главным врачом МО ответственным за организацию и проведение ДОГВН и ПМО, осуществляет проверку правильности оформления медицинской документации, заполненной в рамках ДОГВН и ПМО; проводит инструктажи с медицинским персоналом; подводит совместно с руководителем КМП (ОМП) итоги первого и второго этапов диспансеризации в соответствии с критериями эффективности ДОГВН и ПМО.

Привлечение граждан к прохождению ДОГВН и ПМО

Граждане приглашаются на профилактический осмотр несколькими способами:

- информирование пациента о необходимости прохождения ДОГВН при обращении в МО на прием или в диагностический кабинет.
- активное информирование граждан сотрудником КМП (ОМП) и/или операторами колл-центра по спискам. Сотрудник предлагает гражданину удобное для него время посещения поликлиники (при необходимости – организуется работа МО по ДОГВН в выходные дни), информирует об объеме планируемых исследований и подготовке к ним (прийти натощак, принести кал для анализа по показаниям согласно возрасту). При согласовании даты оператор вносит пациента в электронное расписание МИС ТО;
- информирование граждан страховыми представителями СМО согласно регламенту взаимодействия МО с СМО при организации ДОГВН и ПМО лицам застрахованным в системе ОМС;
- организация самозаписи через сервис ЕЭРР, ЕПГУ;
- могут использоваться другие формы привлечения населения, не противоречащие законодательству.

Заведующий КМП (ОМП) осуществляет взаимодействие:

- со специалистом по связям с общественностью МО (или с лицом, ответственным за наполнение сайта) с целью размещения информации на сайте МО (в группах в социальных сетях) и в СМИ о возможности пройти ДОГВН и правилах прохождения;
- с ответственными сотрудниками МО с целью размещения информации на территории МО (например, прокат видеороликов, размещение плакатов и др.);
- с работодателями с целью информирования о возможности проведения ряда исследований профосмотра в рамках ДОГВН (экономия финансовых средств) и повышения ответственности работодателя за здоровье работников предприятия.

Организация ПМО или I этапа ДОГВН

Процесс проведения ПМО или I этапа ДОГВН можно разделить на доврачебный и врачебный блоки:

- доврачебный блок включает следующие мероприятия:
 - а) оформление первичной медицинской документации: маршрутная карта, информированное добровольное согласие (отказ) на медицинское вмешательство и обработку персональных данных, карта учета диспансеризации;
 - б) открытие электронной медицинской карты (ЭМК) в модуле «Медосмотры» в МИС ТО;
 - в) инструктаж пациентов о порядке прохождения ПМО или ДОГВН, объеме и последовательности проведения обследования;
 - г) выполнение необходимого объема доврачебных медицинских обследований ПМО или 1 этапа ДОГВН в соответствии с действующим порядком;

- д) оформление направлений и запись пациента на исследования в зависимости от необходимого объема и маршрутной карты первого этапа, которая содержит информацию, где и в какое время можно пройти исследования (номера кабинетов, режим их работы, название МО, если исследование проводится во внешних МО);
- е) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, в соответствии с Порядком;
- ж) расчет относительного и абсолютного сердечно-сосудистых рисков;
- з) формирование пакета документов по итогам прохождения первого этапа диспансеризации с последующей его передачей врачу-терапевту;
- и) запись на заключительный прием к УЧ либо к терапевту КМП (ОМП);

▪ мероприятия врачебного блока:

- а) заключительный прием врача-терапевта с определением тактики по результатам диагностического скрининга, данных осмотра и анамнеза;
- б) направление на углубленное профилактическое консультирование в КМП (ОМП);
- в) направление на дополнительную диагностику/обследование, не входящее в объем ПМО или 1 этапа ДОГВН, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;
- г) назначение лечения;
- д) взятие на диспансерное наблюдение;
- е) направление на II этап ДОГВН.

После завершения ПМО или I этапа ДОГВН врач КМП (ОМП):

- информирует гражданина о результатах ПМО или ДОГВН;
- на основе сведений о прохождении гражданином диспансеризации сотрудниками КМП (ОМП) заполняется «Карта учёта диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)».

Организация II этапа ДОГВН

- второй этап ДОГВН проводится с целью дополнительного обследования, уточнения диагноза заболевания (состояния) и назначения лечения;
- объем мероприятий II этапа ДОГВН зависит от выявленных на I этапе факторов риска и подозрений на наличие заболеваний (состояний);
- по завершению исследований II этапа ДОГВН с установлением (уточнением) диагноза врач-терапевт КМП (ОМП) передает информацию о состоянии здоровья пациентов УЧ по утвержденной форме для дальнейшего наблюдения.

Примечания:

Маршрут пациента формируется таким образом, чтобы количество посещений в поликлинику при прохождении первого этапа ДОГВН не превышало 3-х визитов.

Сотрудник подбирает удобные для пациента даты и время прохождения исследований и посещения врача-терапевта по итогам ПМО и 1 этапа ДОГВН; выдает пациенту направления на исследования (при необходимости) и маршрутную карту, которая содержит информацию, где и в какое время можно пройти исследования (номера кабинетов, режим их работы, название МО, если исследование проводится во внешних организациях).

Результаты проведения профилактических мероприятий регистрируются в первичной учетной документации в соответствии с действующими требованиями к организации учета проведения ДОГВН и ПМО.

Тактика ведения граждан, прошедших ПМО и ДОГВН, должна соответствовать требованиям действующего законодательства в части организации и проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров гражданам.

14.2.2 ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

- профилактические осмотры детей первого года жизни осуществляются в соответствии с планом-графиком, утвержденным руководителем МО;
- в случае изменения численности несовершеннолетних (вновь прибывших или выбывших детей), подлежащих профилактическим осмотрам, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, представляет дополнительный поименный список уполномоченному должностному лицу МО, на основании которого уполномоченным должностным лицом (заведующей педиатрическим отделением) МО утверждается дополнительный календарный план;
- формирование групп пациентов на каждый час проведения профосмотра осуществляется с учетом количества кабинетов специалистов, ведущих профилактические осмотры;
- уведомление о необходимости прохождения профилактического осмотра осуществляется участковыми медицинскими сестрами за 5 дней до проведения профилактических осмотров в соответствии с утвержденным планом-графиком и списком пациентов, подлежащих профилактическому осмотру;
- за 1 день до проведения профилактического медицинского осмотра участковые медицинские сестры путем обзвона уточняют возможность явки пациента. В случае невозможности посещения пациентом поликлиники в назначенный день и назначенное время по объективным причинам проводится корректировка сформированной группы;
- уполномоченное должностное лицо информирует родителя о процедуре проведения профилактического осмотра, целях и факторах риска;
- пациенту выдается маршрутная карта в день прохождения профосмотра с указанием последовательного прохождения кабинетов специалистов, в том числе с какого именно кабинета начинается профосмотр. Пример маршрутной карты проведения профосмотра детей первого года жизни приведен на рисунке 5.
- после проведения профилактического медицинского осмотра врачами специалистами и проведения инструментальных методов обследования пациенту назначается дата и время осмотра участковым врачом педиатром.

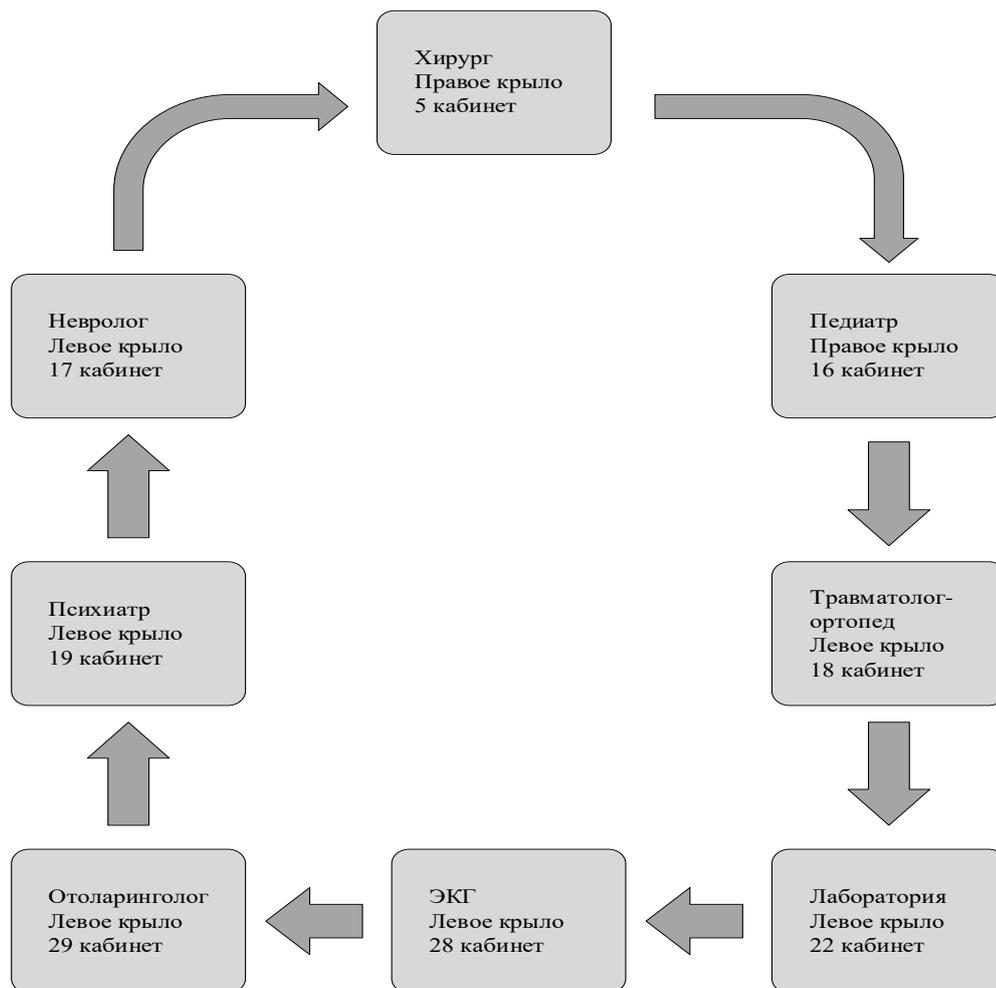


Рисунок 5. Пример маршрутной карты проведения профосмотра детей первого года жизни

ВАЖНО!

По итогам прохождения профилактических мероприятий у пациента или его представителя должно быть понимание о факторах риска, ЗОЖ, а также о способах укрепить и сохранить здоровье.

Длительность ожидания исследований не должна превышать сроков, установленных действующей ТППГ.

14.3. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ КАБИНЕТА (ОТДЕЛЕНИЯ) МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1	Рабочая зона организована по системе 5с		
2	Работа с пациентами осуществляется в соответствии с утвержденными речевыми модулями		
3	Время ожидания приема в кабинет профилактики не превышает 20 минут		
4	Прием в КМП (ОМП) организован по предварительной записи в МИС ТО		
5	По результатам доврачебного приема пациенту выдается маршрутная карта		
6	Запись пациента на заключительный прием к терапевту осуществляет медсестра/врач на приеме		
7	Кабинет (отделение) медицинской профилактики размещен отдельным блоком		
8	Забор анализов организован в течение всего рабочего дня работы кабинета		
9	Режим работы кабинета медицинской профилактики совпадает с режимом работы поликлиники		
10	Документация ведется в соответствии с требованиями настоящего стандарта и соответствует требованиям действующего законодательства		
11	Процессы ДОГВН и профосмотров организованы в соответствии с утвержденными СОП и действующим законодательством		
Профилактический осмотр детей первого года жизни *			
12	Профилактические осмотры детей первого года жизни осуществляются в соответствии с планом-графиком		
13	Формирование групп пациентов осуществляется с учетом количества кабинетов специалистов		
14	Уведомление о необходимости прохождения профилактического осмотра осуществляется участковыми медицинскими сестрами за 5 дней до проведения профилактических в соответствии с утвержденным планом-графиком		
15	Уполномоченное должностное лицо информирует родителя о процедуре проведения профилактического осмотра, целях и факторах риска;		
16	Пациенту выдается маршрутная карта, соответствующая требованиям настоящего стандарта		
17	Профилактические осмотры детей первого года жизни осуществляются в соответствии с планом-графиком		

18	Формирование групп пациентов осуществляется с учетом количества кабинетов специалистов		
19	Уполномоченное должностное лицо информирует родителя о процедуре проведения профилактического осмотра, целях и факторах риска;		
20	Пациенту выдается маршрутная карта, соответствующая требованиям настоящего стандарта		

* (применимо для детских поликлиник)

15. УПРАВЛЕНИЕ ЗАПАСАМИ ТОВАРОВ АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

К товарам аптечного ассортимента в медицинской организации относятся лекарственные средства, изделия медицинского назначения (далее ЛС и ИМН), применяемые в процессе оказания медицинской помощи пациентам. Процесс управления аптечными запасами является одним из наиболее ресурсоёмких разделов работы в медицинской организации. Важной особенностью ЛС и ИМН является ограниченный срок годности, в связи с чем, их избыточные запасы влекут не только расходы на их хранение, потери при списании просроченных товаров, но и расходы по утилизации медицинских отходов специализированными фирмами, имеющими соответствующую лицензию. Поэтому задача управления аптечными запасами всегда актуальна для медицинских организаций, при этом оптимизация этого процесса даёт значительный экономический эффект.

В настоящем разделе стандарта определены основные требования к обеспечению подразделений ЛС и ИМН. Основные этапы включают:

- расчет годовой потребности медицинской организации в медикаментах:
 - а) сбор заявок подразделений и консолидация годовых потребностей МО в медикаментах;
 - б) формирование плана-графика закупок на следующий календарный год;
 - в) формирование лотов и формирование извещений о закупке по 44-ФЗ или 223-ФЗ (для государственных и муниципальных учреждений);
 - г) заключение контракта на поставку, в спецификации к контракту указывается перечень закупаемых товаров.
- обеспечение текущей потребностей подразделений и кабинетов поликлиники в ЛС и ИМН:
 - а) сбор заявок из отделений в соответствии с графиком;
 - б) оформление заказов на поставку ЛС и ИМН;
 - в) прием и хранение товаров аптечного ассортимента на складе медицинской организации;
 - г) квартальная корректировка годовых потребностей (плана графика);
- распределение ЛС и ИМН по подразделениям:
 - а) выдача ЛС и ИМН в подразделения в соответствии с заявками;
 - б) размещение и хранение в подразделениях и кабинетах по методу бережливого производства канбан, обеспечивающему организацию непрерывного материального потока при отсутствии излишних запасов;
 - в) анализ эффективности расходования ЛС и ИМН.

15.1 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛС И ИМН

- уровень запасов на складе медицинской организации не должен превышать четверти объема годовой закупки;
- уровень запасов в медицинских кабинетах не должен превышать недельную норму расходования (за исключением определенного перечня лекарственных средств, требующих специальных условий учета и хранения);
- в организации должен быть определен перечень товаров аптечного ассортимента, которые требуются для лечения и профилактики конкретных нозологий и обеспечения инфекционной безопасности, согласно стандартам оказания медицинской помощи;

- в организации должен быть определен годовой запас товаров аптечного ассортимента по каждому заболеванию и направлению деятельности (профилактические мероприятия и обеспечение инфекционной безопасности);
- в организации должны быть определены минимальные и максимальные запасы по каждой позиции ЛС и ИМН для обеспечения потребности на 1 месяц и на 10 рабочих дней в каждом подразделении.

15.2. ОРГАНИЗАЦИЯ ХРАНЕНИЯ ЛС И ИМН ПО СИСТЕМЕ КАНБАН

Помещение для хранения ЛС и ИМН должно быть организовано по системе 5 С в соответствии с требованиями раздела 7. Организация рабочего пространства медицинских кабинетов и подразделений.

Хранения ЛС и ИМН ПО в медицинской организации должно быть организовано по системе канбан:

- старшая медсестра рассчитывает нужный запас ЛС и ИМН, руководствуясь стандартными перечнями, созданными для функциональных кабинетов. Также анализирует фактически сложившийся расход препаратов в отделении. Определяет объем минимального и максимального запаса в отделении на 10 рабочих дней.
- затем старшая медсестра представляет сводную информацию заведующему подразделением для расчета необходимого объема ЛС и ИМН для формирования годовой заявки.
- старшая медсестра размещает на внутренней поверхности дверцы шкафа для хранения ЛС и ИМН пластиковые карманы с разделами «Потребность», «В работе», «Дефектура».
- на каждое наименование старшая медсестра оформляет карточку канбан, которая содержит следующую информацию:
 - а) официальное название лекарства, его дозировку и лекарственную форму;
 - б) необходимый минимальный запас;
 - в) требуемое количество к заказу при достижении минимального запаса;
 - г) шифр местоположения медикамента (буква или цвет шкафа, полки).
- карточки канбан хранятся вместе с ЛС и ИМН, так, чтобы они были заметны медработнику;
- заполненная карточка канбан помещается между упаковками так, чтобы перед ней находился имеющийся запас средства, а за ней – минимальный запас;
- по достижению минимального запаса карточка становится доступной для обозрения, и медсестра кабинета перекладывает ее в карман «Потребность».
- в кармане «Дефектура» находятся карточки канбан, по которым заказ не выполнен. Карточка будет находиться в кармане «Дефектура» до тех пор, пока не придет заказ или не подберется аналог требуемых медикаментов.

Структура обеспечения ЛС и ИМН в МО

- Медицинская сестра кабинетов лечебно-диагностического приема:
 - а) заказ ЛС и ИМН при возникновении потребности (карточка канбан становится доступной для обозрения);
 - б) прием ЛС и ИМН от старшей медсестры в объеме, не превышающем 10-дневный запас, за исключением медикаментов, минимальный расход которых составляет одну и менее упаковок в месяц;
 - в) размещение ЛС и ИМН в местах хранения по системе канбан. После получения ЛС и ИМН, медсестра кабинета размещает упаковки в соответствующем месте

хранения и размещает карточку канбан из кармана «В работе» между упаковками препаратов;

- Главная (старшая) медицинская сестра или руководитель подразделения:
 - а) отслеживание потребности в ЛС и ИМН по наличию карточек канбан в кармашке "Потребность" и/или "Дефектура". Главная (старшая) медсестра совершает сбор карточек канбан по графику, фиксирует заказ по карточке в кармане «Потребность» и перекладывает карточку в карман «В работе». Карточка канбан будет находиться там до получения заявленных ЛС и ИМН;
 - б) формирование сводной заявки при возникновении потребности;
 - в) получение ЛС и ИМН со склада хранения в медицинской организации;
 - г) распределение ЛС и ИМН по кабинетам в соответствии с выявленной потребностью;
 - д) контроль хранения ЛС и ИМН в медицинских кабинетах.

Уровень запасов не должен превышать 10-ти дневную норму расходования (для кабинетов врачебного приема, процедурных, перевязочных, кабинетов забора биоматериала). За исключением определенного перечня лекарственных средств, требующих специальных условий учета и хранения.

15.3. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ УПРАВЛЕНИЯ ЗАПАСАМИ ТОВАРОВ АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

№	Критерий	Заполнил:	Дата:
		Соответствует (да/нет)	Примечание
1	Хранение ЛС и ИМН организовано по системе канбан		
2	В МО назначены ответственные лица за обеспечение подразделений ЛС и ИМН		
3	В МО определен перечень ЛС и ИМН с указанием минимального и максимального запаса для обеспечения потребностей подразделений на 10 дней, месяц и 1 год		
4	Уровень запасов на складе МО не превышает четверть годового объема		
5	Уровень запасов ЛС и ИМН в медицинских кабинетах не превышает недельный расход		

16. УПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЕМ И КОРПОРАТИВНАЯ КУЛЬТУРА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

16.1. МИССИЯ И ЦЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ

Самое важное в значении миссии организации – это то, что она является «компасом» для деятельности, задает общий вектор развития, определяет характер и ключевые принципы работы, диктует нормы поведения для сотрудников организации и формирует корпоративную культуру.

Единая миссия МО Томской области – сохранение и восстановление здоровья населения региона. Она проявляется в качественном оказании услуг с соблюдением принципа пациент-ориентированности.

Исходя из основной миссии, каждая МО должна сформулировать ряд задач, которые ставит перед собой коллектив.

С миссией и задачами своей МО необходимо ознакомить каждого члена коллектива. Ответственным за данное направление в коллективе является руководитель МО.

16.2. КОРПОРАТИВНЫЙ СТИЛЬ

Для визуализации корпоративной культуры в организации необходимо разработать фирменный стиль, который станет отличительной особенностью МО, располагая к себе пациента с момента входа.

Основные визуальные элементы корпоративного стиля:

- интерьер и экстерьер. Подбор элементов интерьера и экстерьера осуществлён с учётом основных и дополнительных фирменных цветов;
- униформа сотрудников. Цвет униформы соответствует фирменной цветовой гамме и является одинаковым для всех сотрудников. На униформу сотрудников (халат, медицинский костюм) наносится логотип в формате нашивки, наклейки, либо он размещается на бейдже сотрудника;
- информационные носители (инфо-доски, стенды, стойки и размещаемая на них информация) должны быть исполнены в фирменных шрифтах и цветах, с нанесением логотипа и декорированием паттерном (при наличии);
- средства навигации (вывески, указатели, таблички) должны быть в фирменных шрифтах и цветах, при возможности, с нанесением логотипа;
- интернет-сайт. Страницы сайта должны быть выполнены в фирменных цветах с размещением логотипа, текст на сайте должен быть размещён с применением фирменных шрифтов. При наличии паттерна – использование его в оформлении веб-страниц;
- фирменные цвета должны быть определены в количестве не более 3-х основных и 2-х вспомогательных цветов. Цвета должны гармонично сочетаться между собой, соответствовать философии организации;
- логотип должен представлять собой сочетание символа (знака) и наименования организации, содержать фирменные цвета, соответствовать философии организации;
- фирменные шрифты должны сочетаться с логотипом;
- визитные карточки также должны быть исполнены в фирменных шрифтах и цветах, с нанесением логотипа;
- бейджи сотрудников должны быть выполнены в фирменных шрифтах и цветах, с нанесением логотипа;
- печатная продукция (памятки, брошюры, инструкции и прочее) должны быть выполнены в фирменных шрифтах и цветах, с нанесением логотипа.

Варианты элементов корпоративного стиля представлены в [приложении 15 к Стандарту](#).

16.3. ТРЕБОВАНИЯ К СОТРУДНИКАМ

Требования к сотрудникам поликлиники (врачи, средний медицинский персонал, сотрудники регистратуры, руководство МО и структурных подразделений).

- Коммуникации и внешний вид:
 - а) вежливость и эмпатия в общении с пациентами;
 - б) речь четкая, внятная, энергичная; внимательность, навыки заинтересованного слушания собеседника; отвечать так быстро, как только возможно; если собеседником допущена грубость, сдерживаться и быть корректным; не обсуждать проблему с эмоционально расстроенным человеком, давать ему успокоиться;
 - в) не допускается отвлечение на посторонние разговоры с персоналом и разговоры по мобильным телефонам/смартфонам;
 - г) внешний вид выдержан в строгом стиле (длинные волосы сотрудника должны быть аккуратно собраны; отсутствие яркого макияжа, парфюмерии с резким запахом, маникюра с использованием яркого лака; отсутствие ювелирных украшений и бижутерии в больших количествах); удобная обувь с целью профилактики травматизма на рабочем месте и т.д.; форма одежды должна соответствовать единому корпоративному стилю, выбранного МО; наличие бейджа с указанием наименования организации, должностью и ФИО сотрудника.

16.3.1 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ОБУЧЕНИЯ СОТРУДНИКОВ

Профессиональное развитие и обучение сотрудников является важнейшим условием эффективности медицинской организации. В условиях стремительного развития информационных технологий, прогресса медицинской науки и техники значительно ускоряется процесс устаревания профессиональных знаний и навыков медицинского персонала.

Профессиональное развитие и обучение представляет собой процесс подготовки сотрудника к выполнению профессиональных функций с учетом изменений требований и/или технологий, а также к занятию новых должностей. Мероприятиями по профессиональному развитию персонала являются различные методы обучения, в том числе:

- внутрикорпоративное обучение:
 - а) обучение на рабочем месте для врачей, среднего медицинского персонала и сотрудников регистратуры, в том числе:
 - по знанию требований локальных документов медицинской организации, в т.ч., миссии и стратегии развития;
 - по применению нормативных документов, обязательных для ведения профессиональной деятельности по профилю специалиста, требований должностных инструкций;
 - по владению речевыми модулями и бесконфликтным коммуникациям;
 - по владению навыками работы в МИС ТО;
 - по знанию методов системы организации рабочего места (5С);

- по знанию основных требований Декларации о пациент-ориентированном здравоохранении Томской области, базовым ценностям, кодексу профессиональной этики врача/медицинской сестры.
- б) наставничество;
- в) ротация.
- внутриотраслевой обмен опытом и методологическое сопровождение:
 - а) лекции и семинары;
 - б) тренинги и деловые игры для освоения и отработки новых навыков и компетенций;
 - в) конференции, семинары и т.д.
- обучение в профильных образовательных организациях:
 - а) профессиональная переподготовка;
 - б) повышение квалификации (общее и тематическое усовершенствование);
 - в) краткосрочные модульные программы, в т.ч., с применением дистанционных технологий.

Обучение сотрудников МО должно проводиться на постоянной основе. При планировании повышения квалификации сотрудников МО необходимо выбирать образовательные программы, включающие модули по следующим тематикам:

- управление конфликтами (обучение 1 раз в 3 года);
- профессиональная этика и деонтология (обучение 1 раз в 3 года);
- управлению проектами (обязательное обучение только для руководства МО и структурных подразделений);
- основы бережливого производства. Для руководящего состава МО (главный врач, заместители, заведующие) обязательно наличие документа о прохождении обучения (разовое обучение), в том числе в рамках программ непрерывного медицинского образования.

16.3.2 ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Организация обучения в медицинской организации включает несколько этапов: анализ потребностей в обучении, планирование обучения, формирование групп на обучение, разработка программы обучения (при внутрикорпоративном обучении) или согласование программы при обучении во внешней организации, оценка эффективности обучения, в т.ч., аттестация.

- план-график обучения сотрудников МО составляется начальником отдела кадров и утверждается руководителем МО. Помимо них, в организации обучения участвуют руководители структурных подразделений, сотрудники финансового отдела;
- все сотрудники МО должны быть ознакомлены с графиком обучения и порядком аттестации в течение 1 месяца с момента внедрения Стандарта или приема на работу;
- прохождение обучения/аттестации должно учитываться при общей оценке деятельности персонала;
- сотрудники вправе вносить предложения по выбору интересующих их тем;
- за каждым вновь принятым сотрудником без опыта работы рекомендуется закреплять наставника из числа наиболее опытных работников с целью оказания помощи и оценки его знаний.

Аттестация проводится для оценки соответствия навыков и компетенций сотрудников функциональным требованиям к выполнению профессиональной деятельности, в том числе:

- по знанию требований локальных документов медицинской организации, в т.ч., миссии и стратегии развития;
- по знанию нормативных документов, обязательных для ведения профессиональной деятельности по профилю специалиста, требований должностных инструкций;
- по владению речевыми модулями и бесконфликтным коммуникациям (не реже 1 раза в квартал);
- по владению навыками работы в МИС ТО (не реже 2 раз в год);
- по знанию методов системы организации рабочего места (5С), внутренних нормативных актов;
- по знанию основных требований Декларации о пациент-ориентированном здравоохранении Томской области, базовым ценностям, кодексу профессиональной этики врача/медицинской сестры (не реже 1 раза в 3 года).

16.3.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНО-УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

В целях эффективной реализации формирования корпоративной культуры в МО Томской области, отвечающей современным требованиям, рекомендуется проведение обучения для административно-управленческого персонала (далее – АУП) медицинской организации базовым основам корпоративной культуры. В рамках образовательного процесса должны быть достигнуты следующие цели:

- понимание базовых требований при формулировании миссии и целей организации, создания корпоративной культуры, целей и задач этого процесса;
 - составление плана развития корпоративной культуры организации для каждой МО.
- Минимальный перечень тем, рекомендуемый к включению в образовательную программу:

- основы корпоративной культуры: философия, принципы, основные составляющие;
- кадровая политика и взаимоотношения в коллективе;
- корпоративный стиль: предназначение, применение и управление;
- внутренние и внешние коммуникации: принципы организации и управление.

Перечень сотрудников, рекомендованных для прохождения данного обучения:

- руководитель МО и заместители руководителя;
- начальник кадровой службы и/или специалист по работе с персоналом;
- начальник пресс-службы и/или специалист по связям общественностью.

Длительность обучения – не менее 36 академических часов. Форма обучения – очная или дистанционная (онлайн-формат). Результат обучения - план по развитию корпоративной культуры или конкретного проекта в данном направлении для своей МО в перспективе на 1 календарный год.

16.3.4. КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА

Кадровая политика представляет собой совокупность принципов и мероприятий, которые определяют направление и содержание работы с персоналом. Выделяется 5 основных направлений работы с персоналом в рамках кадровой политики, которые представлены в контексте принципов их организации и соответствующих им мероприятий (таблица 8).

Направления, принципы и мероприятия кадровой политики

Направления	Принципы	Мероприятия
1. Подбор и ротация кадров.	1. Профессиональная компетентность. 2. Учёт индивидуальных качеств и возможностей.	1. Создание (описание) образа идеального кандидата на каждую должность, с указанием не только обязательных профессиональных компетенций, но и необходимых гибких навыков, а также личных качеств. 2. Ознакомление действующих сотрудников организации с профессиональными требованиями. 3. Тестирование сотрудников на соответствие требованиям к занимаемой должности. 4. При необходимости – организация обучения сотрудников в соответствии с недостающими компетенциями. 5. Организация ротации кадров, в том числе в управленческое звено в формате стажировки, для выявления возможностей профессионального роста сотрудников. 6. Плановая смена должностей по вертикали и горизонтали, подготовка резерва на конкретную должность по индивидуальной программе. 7. Отбор кандидатов на открытой конкурсной основе методом собеседования, тестирования, решения кейсов для демонстрации профессиональных знаний, гибких навыков и личных качеств. 8. Организация найма новых сотрудников, максимально близких к описанию идеального сотрудника для данной должности.
2. Оценка и аттестация персонала.	1. Регулярность. 2. Учёт ежедневной деятельности. 3. Мотивация.	1. Разработка системы оценки персонала, установление периодичности её проведения и формы учёта ежедневной деятельности сотрудников. 2. Утверждение системы бонусов за достижения в работе и успешное прохождение аттестации. 3. Ознакомление сотрудников с системой оценки и мотивации. 4. Проведение оценки.
3. Управление персоналом организацией.	1. Учёт мнения сотрудников при принятии решений 2. Непредвзятое отношение к сотрудникам 3. Эффективность коммуникаций	1. Оценка эффективности каналов коммуникации руководства с сотрудниками. 2. Модернизация каналов и форм коммуникации руководства и сотрудников, создание площадки для совместного обсуждения направлений развития организации. 3. Мотивация сотрудников к осмыслению деятельности и внесению предложений по её улучшению.
4. Развитие персонала.	1. Повышение квалификации, самообразование 2. Самовыражение 3. Мотивация	1. Проведение оценки профессиональных компетенций и гибких навыков сотрудников. 2. Сбор образовательных запросов сотрудников.

		<p>3. Формирование индивидуальных образовательных траекторий сотрудников и подбор соответствующих учебных мероприятий.</p> <p>4. Формирование и реализация плана обучения сотрудников.</p> <p>5. Контроль за повышением квалификации сотрудников.</p>
5. Мотивация и стимулирование персонала, оплата труда.	<p>1. Открытость</p> <p>2. Ясность</p> <p>3. Справедливость</p>	<p>1. Утверждение перечня задач, обязанностей и показателей работы сотрудников.</p> <p>2. Разработка эффективной системы оплаты труда, предусмотрение возможностей получения премий в качестве мотивации к улучшению показателей деятельности.</p> <p>3. Предоставление социальных бонусов в нематериальной форме в качестве мотивации к труду (оплата занятий спортом, культурных мероприятий, иного досуга).</p> <p>4. Разработка системы наказаний за несоблюдение должностных инструкций и невыполнение показателей (рассмотрение причин и вынесение решения проводится в индивидуальном порядке).</p> <p>5. Донесение информации до сотрудников о системе мотивации.</p> <p>6. Организация нематериальной мотивации: проведение корпоративных мероприятий для повышения сплочённости коллектива, повышение знаний истории организации среди сотрудников, поддержка традиций и обычаев, организация мероприятий для самореализации сотрудников (конкурсы, фотовыставки, прочее).</p>

ВАЖНО!

Выполняя свои обязанности, медицинские работники и сотрудники МО руководствуются принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, законодательством, регулирующим взаимоотношения врача и пациента. В МО должна быть сформирована система обучения и повышения квалификации, соответствующая требованиям действующего законодательства и настоящего Стандарта.

16.4. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА

Выполняя свои обязанности, медицинские работники и сотрудники МО руководствуются принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, законодательством, регулирующим взаимоотношения врача и пациента. На территории Томской области в рамках настоящего Стандарта разработаны и приняты Кодексы этики врача и медицинской сестры ([Приложение 16](#), [Приложение 17 к Стандарту](#)).

По отношению к пациентам:

- врач должен оказывать медицинскую помощь любому в ней нуждающемуся, независимо от возраста, пола, расы, национальности, вероисповедания, социального положения, политических взглядов, гражданства и других немедицинских факторов, включая материальное положение;
- врач должен добросовестно выполнять взятые на себя обязательства по отношению к организации, в которой он работает;
- врач обязан доступными ему средствами (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.) пропагандировать ЗОЖ. Поведение врача не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью;
- врач отвечает за качество оказываемой пациентам медицинской помощи. В своей работе он обязан руководствоваться законами Российской Федерации, действующими нормативными документами для врачебной практики (медицинскими стандартами), но в рамках этих предписаний, учитывая особенности заболевания, выбирать те методы профилактики, диагностики и лечения, которые сочтет наиболее эффективными в каждом конкретном случае, руководствуясь интересами больного. При необходимости врач обязан воспользоваться помощью своих коллег;
- врач не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. Врач должен действовать во благо интересов пациента, оказывая медицинскую помощь;
- врач должен уважать право пациента на выбор врача и участие в принятии решений о проведении лечебно-профилактических мер;
- врач должен уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно, уважать его права на личную тайну, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием больного;
- самореклама при общении врача с больным недопустима;
- врач должен отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит желание пациента добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами (коррупциогенный фактор). Врач вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не унижающей человеческого достоинства обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм;
- каждый пациент имеет право на сохранение личной тайны, и врач обязан сохранять врачебную тайну даже после смерти пациента, как и сам факт обращения за медицинской помощью, если больной не распорядился иначе. Врач должен следить за тем, чтобы лица, принимающие участие в лечении больного, также соблюдали профессиональную тайну. Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны сохранять в тайне все полученные о пациенте сведения.

По отношению к коллегам:

- врач должен вести себя по отношению к своим коллегам этично и уважительно. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений при исполнении ими профессиональных обязанностей недопустим;
- профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в неоскорбительной форме, желательно в личной беседе, прежде чем о них будет проинформировано медицинское сообщество или вопрос будет вынесен на обсуждение этического комитета (комиссии);
- в трудных клинических случаях опытные врачи должны давать советы и оказывать помощь менее опытным коллегам в корректной форме. Но за процесс лечения всю полноту ответственности несет только лечащий врач, который вправе принять рекомендации коллег или от них отказаться, руководствуясь при этом исключительно интересами больного;
- сотрудники МО должны быть осведомлены о корпоративных нормах своей МО, обязаны придерживаться их, а также имеют право вносить предложения по совершенствованию корпоративной культуры своей организации с целью создания максимально комфортной рабочей обстановки, позволяющей повысить уровень работы организации.

Рекомендуется создание комиссии по этике внутри МО во главе с руководителем, выполняющей следующие функции:

- разбор жалоб от населения, основным вопросом которых является несоблюдение этики и деонтологии;
- устранение претензий пациентов, не требующих больших финансовых вложений;
- разбор конфликтов внутри коллектива, разработка мер по снятию напряжения.

16.4.1 ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ

Во время выполнения своих должностных обязанностей медицинский работник должен руководствоваться основными правилами этики и деонтологии и общепринятыми правилами поведения как во взаимодействии с пациентом, так и с коллегами. Основные правила поведения медицинского работника:

- в беседе с пациентом необходимо правильно и четко задавать вопросы и выслушивать ответы; использовать принципы доброжелательности, невербальной открытости, исключить избыточную жестикуляцию и мимику, проявляющую неуважение к эмоциям; доступно доводить всю необходимую информацию; использовать приемы активного слушания (взгляд, кивки, вопросы, эмоциональные реакции и др.);
- медицинский работник должен поздороваться и попрощаться с пациентом любого возраста и пола в вежливой форме, постараться ответить на любой вопрос, касающийся его проблемы; детально объяснить пациенту, как правильно проводить лечение;
- при общении с пациентом недопустимо:
 - а) игнорировать вопросы пациента;
 - б) комментировать свою загруженность, временное ограничение приема, высказывать эмоции по поводу своего самочувствия;
 - в) негативно комментировать действия других медицинских специалистов;
 - г) повышать голос;
 - д) использовать пациента в качестве помощника в процессе оказания медицинской помощи;
 - е) прерывать прием по личным причинам;

- рекомендуемые фразы при общении с пациентом: «Я могу вам в этом помочь...», «Мы ценим ваше время...», «Вот, что мы можем для вас сделать...», «Остались ли у вас еще вопросы?»;
- если пациент настроен агрессивно, медицинскому работнику или сотруднику МО необходимо выдержать паузу и дать возможность высказаться, после чего проявить искренней интерес к его проблемам и дать почувствовать пациенту сочувствие и соучастие. При общении необходимо использовать такие фразы, как «Я разделяю ваши чувства», «Я согласен с тем, что...», «Я очень хорошо понимаю, что...». Необходимо найти причины недовольства пациента и решить проблему всеми возможными способами;

Важную роль во взаимодействии с пациентами играет общение по телефону. При ответе на телефонный звонок необходимо следить за построением фразы и интонацией в голосе, использовать вежливые формулировки. В ходе разговора необходимо выяснить цель звонка и сделать все необходимое, чтобы ответить на запрос пациента.

В беседе между коллегами необходимо правильно и конкретно задавать вопросы, касающиеся лечебного процесса; придерживаться невербальной открытости и непредвзятости; придерживаться позиции «на равных»; следить за мимикой и жестами, использовать приемы активного слушания (взгляд, кивки, вопросы, эмоциональные реакции и др.).

Отношения между коллегами строятся на взаимном уважении, вежливости, доброжелательности, соблюдении субординации, взаимопомощи. Для успешной работы необходимо поддерживать в коллективе позитивный настрой; стараться в любой ситуации выработать единую точку зрения; уметь спокойно выслушать. В общении с коллегами недопустимо:

- использование рабочего времени для общения на отвлеченные темы;
- негативизм в его любой форме;
- обсуждения действий специалистов;
- фамильярность, использование обиходных выражений в рабочее время;
 - рекомендуемые фразы при общении с коллегами: «Я ценю ваше мнение по данному вопросу...», «Мы можем обсудить решение этой проблемы...», «Я могу вам в этом помочь...».

Вне выполнения своих должностных обязанностей медицинских работник за пределами МО должен соблюдать общепринятые принципы этики и деонтологии; помнить о своей профессиональной роли; строить общение с медицинскими работниками и пациентами на взаимном уважении, вежливости и доброжелательности.

16.5. СИСТЕМА КОММУНИКАЦИИ

Системы коммуникации в поликлинике – это системы, реализующие различные виды социального взаимодействия в процессе осуществления медицинской деятельности. Основопологающими признаками коммуникационной системы являются объектность (наличие объекта, сущностей, элементов), структура (сеть отношений или связей между элементами) и целостность (обеспечивающая составляющая функционирования системы как единства).

Коммуникация - это обмен информацией, на основе которого руководитель получает информацию, необходимую для принятия эффективных решений, и доводит принятые решения до сотрудников организации.

Коммуникации в МО необходимы для того, чтобы наладить связь между руководством и исполнителями, построить эффективное взаимодействие с коллегами и тем

самым обеспечить действенный и четкий обмен данными без информационных и временных потерь.

Крайне важно, чтобы эти взаимодействия работали во всех направлениях, то есть не только снизу вверх – от сотрудников к начальству, но и от начальства к сотрудникам. Без коммуникативной связи каждый работник находится в своем собственном «информационном мире» и не вполне понимает, как его деятельность связана с целями и задачами организации.

16.5.1 КОММУНИКАТИВНАЯ МОДЕЛЬ «РУКОВОДСТВО-СОТРУДНИКИ»

Отношения руководителей и сотрудников МО должны строиться на основе взаимного уважения и поддерживаться в формате открытого диалога, позволяющего совершенствовать деятельность МО и оперативно решать возникающие вопросы.

Руководство должно откровенно высказывать свои пожелания и четко преподносить критику. А также предоставлять обратную связь, отмечая успехи своих подчиненных.

Задача руководителя – сплотить команду сотрудников и дать проявить себя заинтересованным в развитии организации сотрудникам, поощряя их активность и вклад в совершенствование работы организации.

В организации должны быть определены эффективные каналы передачи информации.

Перечень обязательных к использованию каналов коммуникации руководства и сотрудников:

- личная беседа с сотрудником. Могут быть регулярными, либо в рамках выделенных часов приёма;
- электронная почта для передачи официальной информации;
- общие собрания работников.

Необходимо определить:

- формат проведения – очное совещание, онлайн конференция, видеозапись обращения руководителя к сотрудникам, общение в чате и т.д.;
- график;
- участников;
- каналы и способы оповещения;
- информационные стенды.

Стенды могут быть размещены в административных зданиях, в подразделениях, помещениях для отдыха сотрудников. Рядом с ними расположены места для раздаточного материала (листок новостей, газета, буклет, копии коллективных договоров и др.) и ящики для обратной связи.

Перечень возможных и рекомендуемых к использованию каналов коммуникации:

- общий чат в социальных мессенджерах;
- внутренний сайт для работы и досуга;

Необходимо определить:

- график обновления информации;
- ответственного сотрудника за модерацию сообщений и сайтов;
- участников коммуникации.

В рамках вовлечения и мотивации сотрудников в достижении целей медицинской организации и формировании приверженности к ее миссии и ценностям должна быть разработана и утверждена система подачи и реализации предложений по улучшению от сотрудников. При разработке системы необходимо определить:

- каким образом собирать, систематизировать и обобщать предложения;

- критерии отбора предложений для реализации;
- метод мотивации персонала.

Типовое положение представлено в [приложении 18 к Стандарту](#).

16.5.2 КОММУНИКАТИВНАЯ МОДЕЛЬ «СОТРУДНИК-СОТРУДНИК»

По отношению друг к другу сотрудники должны быть предельно вежливы и корректны. Между сотрудниками должно действовать четкое разделение обязанностей, прав и зон ответственности.

Коллектив МО должен быть единой сплоченной командой, члены которой уважают и поддерживают друг друга вне зависимости от занимаемой должности, работа которых нацелена на исполнение миссии их труда.

Перечень обязательных к использованию каналов коммуникации сотрудник и сотрудник:

- личные беседы. Во время личных бесед необходимо соблюдать принципы – уважение, поддержка, сотрудничество, в том числе по отношению к сотрудникам, не участвующим в беседе;
- лист предложений и проблем;
- стенд для объявлений в помещениях, предназначенных для отдыха сотрудников;
- встречи, собрания. Для совместного решения текущих задач может быть собрана часть коллектива, имеющая отношение к обсуждаемым вопросам. Инициатором собрания может выступить любой член коллектива, если видит в этом необходимость.

Рекомендуемые каналы коммуникации:

- групповые чаты. В данных чатах сотрудники имеют возможность задать вопрос друг другу или руководству и получить оперативный ответ. Также это оперативный обмен информацией. Необходимо создать правила чата и ответственных по направлениям решаемых вопросов (по типу «цепочки помощи»);
- справочник для нового сотрудника. Такой справочник лучше сделать в электронном виде и хранить его в локальной сети вместе с другой необходимой справочной информацией. Справочник должен быть кратким, емким, актуальным. В справочнике может быть следующая информация:

- а) список всех сотрудников организации с фотографиями, должностями, телефонами, адресами корпоративной электронной почты и днями рождений;
- б) правила внутреннего документооборота: правила написания служебных, докладных и пояснительных записок, заявлений, правила согласования договоров, инструкций по делопроизводству и т.д.;
- в) информация о регулярных курсах повышения квалификации.

16.5.3 КОММУНИКАТИВНАЯ МОДЕЛЬ «СОТРУДНИК-ПАЦИЕНТ»

Общение специалиста с пациентом во время оказания медицинской услуги должно происходить в вежливой форме с использованием терминологии, доступной для понимания пациента (медицинские термины должны быть разъяснены пациенту). По окончании разговора сотрудник может сказать ободряющие слова пациенту, пожелав выздоровления и задав позитивный настрой. В таблицах 9 - 12 представлены примеры использования речевых модулей при работе с пациентами.

Перечень обязательных к использованию каналов коммуникации сотрудников организации с пациентами являются:

- личная беседа. Основными условиями эффективности профессионального общения медработника являются: демонстрация доброжелательности, такта, внимания, интереса,

профессиональной компетентности. Необходимо знать особенности психологического отражения своего состояния пациентами разного возраста и осуществлять соответственно по отношению к ним деонтологическую тактику общения;

- лист проблем и предложений;
- телефонная связь: вежливое и внимательное отношение к пациентам, обратившимся по телефону в регистратуру МО, также является показателем культуры;
- сайт МО: помимо официальной информации, необходимой к размещению на сайте, рекомендуется выстроить дополнительную коммуникацию с пациентами через этот ресурс. Каналы обратной связи, такие как рубрика «Вопрос-Ответ», или организация форума, где пациенты могут получить комментарий специалиста по вопросу, не требующему обращения в МО;
- социальные сети: данный канал коммуникации сегодня является одним из обязательных для организаций, оказывающих услуги населению. Необходимо определить график обновления информации, ответственного, характер и объем информации.

Рекомендуемым элементом системы коммуникации является справочник для пациента. Справочник должен быть размещен в наиболее доступных для прочтения местах – на сайте МО, на стойке регистратуры, на информационной доске, в папке в зоне ожидания. Что может входить в справочник:

- краткая информация о МО;
- режим и график работы МО и время приема ее руководства;
- где и как можно записаться на прием;
- перечень предоставляемых медицинских услуг, прайс на услуги (при наличии платных медицинских услуг), информацию о порядке оказания медицинских услуг);
- порядок выдачи справок, направлений, выписок;
- регламент действий при возникновении конфликтных ситуаций между пациентом и сотрудниками МО;
- ответы на часто возникающие вопросы.

Речевые модули сотрудника регистратуры

Работа с очередью:	
Вы работаете с одним посетителем, а второй ждет:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ дождитесь паузы в общении с первым или извинитесь и прервите на секунду разговор «Прошу прощения...»; ▪ обратитесь ко второму: «Добрый день! Я сейчас освобожусь и помогу Вам, хорошо?»; ▪ завершив с первым – прощаемся с ним и начинаем обслуживание второго с фразы: «Спасибо за ожидание. Слушаю Вас!».
Вы работаете с одним посетителем и второй обратился к вам за помощью (задает вопрос):	<ul style="list-style-type: none"> ▪ если вопрос требует короткого ответа, извинитесь, сделайте паузу в общении с первым и ответьте на вопрос (первому: «Прошу прощения, я отвечу на вопрос?», второму – ответ..., первому: «Спасибо за ожидание»); ▪ если вопрос требует длительной консультации: «Сейчас я освобожусь и подробно вам все расскажу (помогу Вам), хорошо?».
Вы долго работаете с одним пациентом и несколько нетерпеливо ожидают в очереди:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ регулируйте очередь, сделайте паузу в общении с первым и дайте информацию. Первому: «Прошу прощения, я сделаю объявление, хорошо?» Очереди: «Уважаемые пациенты, добрый день! Мы понимаем, что у каждого из вас есть вопрос (что ожидание в очереди утомляет). Мы (я) сейчас, насколько возможно быстро, поможем (помогу) каждому из вас, хорошо? Спасибо за ваше понимание!».

Речевые модули для КОПП

Работа с пациентом для кабинета организации плановой помощи	
Приветствие	Здравствуйте, мое имя (_____). Представьтесь, пожалуйста.
Выявление причин обращения или ответ на запрос пациента	На какие процедуры вас записать? Какие даты и время Вам удобнее?
Предложение варианта	Давайте посмотрим варианты... Можем предложить (День, Время, Врача (специализация, категория)), что скажете?
Инструктаж	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Для посещения (госпитализации) Вам необходимы следующие документы.... ▪ Подойдите, пожалуйста, на прием (Дата, Время, Кабинет, Этаж); Или: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Хорошо, Вы записаны на прием к (Специалист, День, Время, Кабинет, Этаж); ▪ С собой необходимо принести ▪ Если будут изменения и Вы не сможете подойти на прием – позвоните, пожалуйста, по тел..., хорошо?
Разговор специалиста кабинета организации плановой помощи (телефонный разговор)	
Приветствие	Здравствуйте, звоню Вам из МО _____, мое имя (_____). Я разговариваю с _____? Можете ли Вы продолжить разговор?
Начало разговора	Я звоню вам для согласования времени и даты вашего обследования (госпитализации), назначенного Вам врачом _____.
Инструктаж	Вы записаны на (День, Время, Врач (специализация, категория)), что скажете? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Удобны ли Вам время и дата? ▪ Хорошо, тогда Вам с собой необходимо принести... Или <ul style="list-style-type: none"> ▪ Тогда давайте подберем удобные для Вас время и дату. ▪ Если будут изменения и Вы не сможете подойти на прием – позвоните, пожалуйста, по телефону..., хорошо?

Речевые модули врача

Базовые условия эффективности:

- принятие пациента таким, какой он есть, без попытки его как-то изменить, дает возможность относиться терпеливо к чужим недостаткам;
- безоценочное реагирование на мысли и чувства пациента;
- уважение к личности пациента;
- комфортная для общения окружающая среда.

Навыки слушателя:

- простые фразы, подтверждающие наличие контакта;
- повторение и перефразирование;
- задавайте вопросы: открытые – для получения информации, закрытые – для уточнения информации;
- интерпретация;
- резюмирование.

Навыки коммуникатора:

- сообщение должно быть кратким, четким, структурированным;
- информированность способствует развитию мотивации на излечение;
- говорите на языке собеседника;
- с осторожностью употребляйте медицинские термины;
- основную информацию можно записать.

Этапы:

- согласие;
- уточнение;
- аргументация;
- побуждение к действию.

Таблица 11

Речевой модуль «Работа с возражениями»

Этап	Речевой модуль
Согласие Согласитесь с пациентом, а не с его словами	Речевой модуль «Мне понятна Ваша реакция»; «Полностью с Вами согласен, важно выбрать именно оптимальный вариант лечения»; «Действительно, нужно удостовериться в отсутствии противопоказаний, прежде чем принимать лекарство».
Уточнение Узнайте побольше о причине отказа	Речевой модуль «Мне понятна Ваша реакция. А как Вы пришли к такому мнению?»; «Полностью с Вами согласен, важно выбрать именно оптимальный вариант лечения. А что Вы считаете оптимальным?»; «Согласен, важно убедиться в отсутствии противопоказаний. А что именно вас беспокоит?»
Аргументация	Речевой модуль

На каждую причину для отказа необходимо привести доводы в пользу назначения	«Я понимаю ваши опасения. Конечно, риск есть, так как не существует абсолютно безопасных препаратов (методов лечения). Механизм действия этого препарата (метода лечения) позволит улучшить Ваше состояние. Если Вы откажетесь, то последствия будут такими (перечислить)».
Побуждение к действию Задайте вопрос, который поможет перейти к действию	Речевой модуль «Вы же хотите улучшить свое состояние? ... Для этого надо выполнять назначения врача. Итак, Вы готовы принимать данный препарат (метод лечения)?»

Таблица 12

Речевой модуль «Конфликтный пациент»

Этап	Речевой модуль
Выслушайте пациента	«Пойдемте со мной, я отведу Вас в спокойное место (кабинет, просто отойти от скопления пациентов и т.п.), где Вы сможете рассказать мне, что произошло, и я помогу Вам найти решение»
Держите себя в руках Никогда не отвечайте агрессией на агрессию	«Вы расстроены, сердиты. Давайте поищем вместе выход из этой ситуации»
Извинитесь или выразите сожаление	Если в возникновении ситуации есть ваша вина или вина вашей МО, то обязательно принесите пациенту извинения («Я приношу свои извинения», «Приношу вам извинения от лица нашей организации!»). Если виноват пациент – не надо извиняться, но следует проявить своё соучастие и понимание («Я сожалею о происшедшем, понимаю вас, это действительно неприятная ситуация»).
Уточните	Уточнение применяется только, если пациент многословно выражает претензии. Если коротко и четко, то пропустите этот этап. «Позвольте мне уточнить ...» или «Правильно ли я Вас понял, суть возникшей проблемы...»
Предложите решение проблемы	«Я предлагаю такое решение проблемы ...», «Я не могу решить эту проблему самостоятельно, поэтому давайте обратимся за помощью к тому, кто может это сделать. Пройдемте к ... (заведующему отделением, главному врачу и т.п.)».
Если ни вы, ни ваш начальник не видите решение возникшей конфликтной ситуации, то поинтересуйтесь мнением пациента по поводу возможного решения: «Каким вам видится решение данной ситуации?», «Какое решение позволило бы нам исчерпать возникший конфликт?». Найдите взаимоприемлемый вариант.	

16.5.4 ВНЕШНИЕ КАНАЛЫ КОММУНИКАЦИИ И ИМИДЖ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Внешние коммуникации – коммуникации между МО и внешней средой. Факторы внешней среды очень сильно влияют на деятельность организации.

Задача внешних коммуникаций – удовлетворить информационные потребности организации, наладить связи с государственными органами, общественностью, поставщиками, пациентами. С помощью внешних коммуникаций формируется и поддерживается имидж МО.

Перечень обязательных к использованию внешних каналов коммуникации:

- сайт и страницы в социальных сетях. Официальный сайт должен представлять собой удобную для пользователя динамичную платформу, посредством которой пациенты могут получить информацию об актуальных новостях и достижениях МО. Рекомендации по сайту:
 - а) у посетителя сайта не должно возникать трудностей с поиском информации, все разделы сайта должны быть выстроены логично, а информация соответствовать заголовкам разделов;
 - б) внешний вид сайта должен выглядеть органично, цветовая гамма и шрифты быть едиными для всех страниц, гармонично сочетаться, а информация в их оформлении – легко считываться. Наличие версии для слабовидящих является обязательным;
 - в) на сайте должны быть реализованы каналы обратной связи: рубрика «Вопрос-Ответ», где пациент может оставить свой вопрос в специальной форме, форум пациентов, форма для жалоб и предложений;
 - г) помимо размещения обязательной для МО информации на сайте необходимо регулярно публиковать имиджевую информацию – новости МО или сферы здравоохранения, полезную информацию для пациентов. Рекомендуемая периодичность публикаций – не реже 4 раз в месяц.
- ведение официальных публичных страниц или групп организации в социальных сетях. Требования к публикациям – не менее 3-х постов в неделю. Требования к контенту (содержанию) совпадают с рекомендованным для сайта, но в социальных сетях он должен быть представлен в более короткой форме (не больше 500 знаков) и сопровождаться иллюстрациями. Рекомендуется подбирать и оформлять иллюстрации в соответствии с корпоративным стилем.

Рекомендуются следующие внешние каналы коммуникации:

- социальная активность. Повод для создания позитивной информации об организации может быть инициирован организацией в формате социальной активности с привлечением к участию общественности (проведение конкурсов, организация выставок);
- СМИ. Публикация общественно значимых новостей МО в прессе, на Интернет-порталах или съёмка новостного сюжета для телевизионного выпуска новостей используются с целью донесения актуальной информации до максимального количества людей, а также формирования позитивного имиджа МО во внешней среде.

Организацией формирования позитивного имиджа должен заниматься специалист по связям с общественностью, либо сотрудник, в обязанности которого входят данные функции.

ВАЖНО!

В каждой МО должен быть внутренний локальный акт, в котором прописаны каналы коммуникаций для всех возможных коммуникативных связей. Речевые модули должны находиться на каждом рабочем месте в распечатанном виде.

16.6. УПРАВЛЕНИЕ ПРОЕКТАМИ ПРИ УЛУЧШЕНИИ ПРОЦЕССОВ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ

Данный раздел регламентирует проектную деятельность в медицинских организациях в соответствии с требованиями Минздрава.

В рамках реализации проектов по улучшениям решаются следующие задачи:

- формирование логистически эффективных потоков пациентов (в зависимости от цели посещения) и персонала при организации медицинской помощи;
- сокращение сроков ожидания пациентами медицинской помощи;
- повышение доступности медицинской помощи;
- повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи;
- стандартизация лечебно-диагностических процессов;
- оптимизация рабочего пространства, обеспечивающая безопасность сотрудников и пациентов в медицинской организации;
- выравнивание нагрузки между врачами и средним медицинским персоналом, а также разделение функций персонала внутри отдельных структурных подразделений;
- эффективное использование зданий, сооружений, медицинской техники и оборудования, кадровых и финансовых ресурсов медицинской организации;
- сокращение всех видов потерь, формирующихся в ходе текущей деятельности медицинской организации;
- создание эффективно функционирующих моделей тех или иных процессов для тиражирования опыта в другие медицинские организации;
- формирование лидерской среды в медицинской организации, способной проводить улучшения на основе применения проектного подхода.

Проблемы, при решении которых использование методов бережливого производства не является эффективным:

- кадровая ситуация в медицинской организации;
- увеличение объема оказываемых платных медицинских услуг;
- обучение персонала IT-навыкам;
- психологические особенности поведения посетителей медицинской организации.

16.6.1 РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Проект по улучшению в медицинской организации реализуется комплексно, на всех уровнях системы организации медицинской помощи, с участием большинства сотрудников.

Внедрение принципов бережливого производства происходит «сверху вниз»: необходимым условием успешной долгосрочной стратегии развития медицинской организации является сотрудничество между ее руководством и заинтересованными в переменах сотрудниками. Важным элементом является вовлеченность руководства в процесс положительных изменений в медицинской организации.

На старте проекта по улучшению задачей руководителя медицинской организации является формирование положительного отношения персонала медицинской организации к проектной деятельности, убеждения в важности начинаемой работы как для пациентов, так и для самих сотрудников, проявление личной заинтересованности и уверенности в успешной реализации проекта. В соответствии с критериями, руководитель МО, а также каждый его заместитель должны реализовать не менее одного проекта в год.

Руководитель медицинской организации должен принимать активное участие во внедрении принципов бережливого производства, в том числе подразумевающее

приоритетное выделение необходимых ресурсов, консультирование команды по вопросам компетенции, проявление интереса к достижениям команды, присутствие на стартовых совещаниях (kick-off), поощрение участников рабочей группы (команды) проекта по результатам работы.

Руководитель должен быть заинтересован в проведении обучения сотрудников философии, принципам, инструментам и методам бережливого производства.

Кроме того, руководитель должен пройти соответствующее обучение наряду с персоналом медицинской организации, формируя своим примером приверженность принципам бережливого производства у всего коллектива.

16.6.2 ТИПОВЫЕ ЭТАПЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ПО УЛУЧШЕНИЮ

Принято выделять следующие этапы реализации проекта по улучшению:

- Этап 1 – «Подготовка и открытие проекта» – 2-3 недели;
- Этап 2 – «Диагностика и целевое состояние» – 4-5 недель;
- Этап 3 – «Внедрение улучшений» – 8-10 недель;
- Этап 4 – «Закрепление результатов и закрытие проекта» – 3-4 недели ([приложение 19 к Стандарту, «Порядок реализации проектов в медицинских организациях»](#))

Этап 1 «Открытие и подготовка проекта»

На первом этапе осуществляется:

- определение приоритетных (проблемных) направлений для улучшений;
- формирование команды проекта, обучение философии, принципам, инструментам и методам бережливого производства;
- формирование пакета распорядительных документов о реализации в медицинской организации проектов по улучшениям;
- оформление стенда проекта.

Определение приоритетных (проблемных) направлений

Для этого используются несколько подходов:

- принятие решения на общем собрании администрации медицинской организации и участников (владельцев) процесса после открытого обсуждения;
- по результатам анкетирования пациентов и сотрудников медицинской организации;
- с помощью использования листов проблем и листов предложений для пациентов и сотрудников медицинской организации.

Инструкция по заполнению листов проблем и листов предложений представлена в [приложении 19 к Стандарту «Порядок применения листа проблем и листа предложений при реализации проекта по улучшению»](#);

- принятие инициативного решения о тиражировании лучших практик, полученных по результатам реализации проектов по улучшениям в иных медицинских организациях, актуальных и имеющих область применения в данной медицинской организации.

Формирование команды проекта по улучшению, обучение философии, принципам и методам бережливого производства

Успешная разработка и реализация проекта по улучшению зависит от создания компетентной и сплоченной команды проекта по улучшению – рабочей группы. Рабочая группа (команда) проекта по улучшению представляет собой временное организационное объединение инициативных сотрудников различных структурных подразделений медицинской организации с целью реализации конкретного проекта по улучшению. Задачи и цели деятельности рабочей группы проекта, ее полномочия и состав утверждаются приказом (распоряжением) руководителя медицинской организации.

Оптимальная численность рабочей группы – от 5 до 7 человек. Для успешной деятельности рабочих групп в медицинской организации рекомендуется выделение отдельного помещения, в котором проходят совещания по реализации проектов по улучшению. Совещания рекомендуется проводить по мере необходимости, но не реже 1 раза в неделю.

Формирование пакета распорядительных документов о реализации в медицинской организации проектов по улучшениям

Для реализации мероприятий проекта необходимо формирование пакета документов – приказов (распоряжений) руководителя медицинской организации, которые должны содержать информацию о:

- реализации проекта (проектов) по улучшению;
- создании рабочих групп по направлениям с указанием регламентированного времени их работы и распределении обязанностей (при наличии) в рабочих группах;
- внесении изменений в составы рабочих групп;
- системе подачи предложений по улучшению.

Данный этап завершается оформлением [стенда проекта](#), наполнение которого осуществляется в течение всего процесса реализации проекта по улучшению, и формированием [паспорта проекта](#).

Этап 2 «Диагностика и целевое состояние»

На данном этапе проводится картирование ПСЦ с анализом текущего состояния процессов, выявление проблем и работа с ними, составление карты целевого состояния ([приложение 19 к Стандарту, «Методика картирования»](#)).

Данный этап завершается стартовым совещанием (Kick-off).

Стартовое совещание рекомендуется проводить при участии представителей органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, Территориального фонда обязательного медицинского страхования, Территориального органа Росздравнадзора, Территориального органа Роспотребнадзора, Регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи, руководства медицинской организации, команды проекта, представителей иных медицинских организаций, внедряющих принципы бережливого производства в свою работу.

На стартовом совещании происходит защита проекта (проектов) по улучшению и официально объявляется о начале реализации плана мероприятий по достижению целевого состояния.

Для графической визуализации плана мероприятий рекомендовано использование диаграммы Ганта.

Результатом данного этапа является утверждение Плана мероприятий по достижению целевого состояния, утвержденный заказчиком проекта по улучшению.

Этап 3 «Внедрение улучшений»

Данный этап формируется из следующих действий:

- выполнение плана мероприятий согласно установленным срокам;
- периодическая оценка достижения целевых показателей процесса и корректировка плана мероприятий при необходимости;
- еженедельный отчет команды проекта заказчику – руководителю медицинской организации или его заместителям – о ходе реализации проекта по улучшению непосредственно на рабочей площадке.

Результатами данного этапа является достижение целевого состояния или иного

состояния, обусловленного объективными причинами.

Этап 4 «Закрепление результатов и закрытие проекта»

На данном этапе проводится мониторинг устойчивости улучшений, при необходимости – проведение корректирующих действий.

Результатом данного этапа является стандартизация процесса с целью сохранения и стабилизации достигнутых результатов.

Стоит учитывать тот факт, что совершенствование процесса продолжается и после его стандартизации. Пересмотр разработанных стандартов улучшенных процессов должен происходить не реже 1 раза в год с обновлением имеющихся стандартов по мере необходимости, в том числе при дополнительном оснащении структурных подразделений новым медицинским оборудованием (техникой) или ее модернизации, внедрении новых методик и пр.

Стоит учитывать, что борьба с потерями может осуществляться как путем открытия полноценных проектов, так и без этого: часть потерь может быть устранена путем применения инструмента 5С (приложение 5 к Стандарту).

16.7. КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1.	Миссия поликлиники разработана и размещена информационных стендах поликлиники и на официальном сайте		
2.	Сотрудники знают цели и задачи своей медицинской организации		
3.	В организации утвержден план-график обучения сотрудников		
4.	Специалисты проходят обучение по соответствующим программам, согласно утвержденному плану		
5.	Сотрудники знают базовые принципы бесконфликтной коммуникации		
6.	Сотрудники имеют соответствующий внешний вид, одежда соответствует корпоративному стилю; все сотрудники имеют бейдж		
7.	В организации внедрена и действует система коммуникации: 1) есть график совещаний с сотрудниками; 2) размещены и используются каналы обратной связи с сотрудниками и пациентами (листы/книга отзывов и предложений, вопрос-ответ, анкеты и прочее); 4) цепочка помощи актуальная и применяется в работе; 5) есть каналы для оперативного информирования сотрудников; 6) новости и объявления на сайте и информационных носителях актуальные, есть график размещения и ответственный; Соответствует при отметке всех значений		
8	Организована система подачи и реализации предложений от сотрудников.		
9	Управление проектами В МО реализуются проекты по улучшениям (не менее 1 у руководителя и каждого заместителя руководителя): 1) издан приказ о реализации проекта; 2) организован и ведется инфостенд проекта в кабинете руководителя проекта; 3) разработан график совещаний рабочих групп по проекту; 4) определено место проведения совещаний рабочих групп. Соответствует при отметке всех значений		

17. СИСТЕМА ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Оценка работы медицинской организации направлена на выявление «проблемных зон» в учреждении и улучшение работы медицинской организации в целом.

17.1. СИСТЕМА ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОМ

Оценка работы поликлиники пациентом (в том числе независимая качества условий оказания услуг) является одной из форм общественного контроля, и проводится в целях предоставления получателям медицинских услуг информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями.

17.1.1. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ОЦЕНКИ

Основная информация о потребностях пациентов и степени их удовлетворенности исходит из оценки работы поликлиники.

Пациент должен иметь возможность оставить оценку о работе поликлиники и её структурных подразделениях с помощью:

- сайта организации в специальном разделе;
- листов проблем и предложений, размещенных в холле поликлиники, зоне комфортного ожидания, структурных подразделениях. Формат листов проблем и предложений произвольный на усмотрение медицинской организации.
- книг жалоб и предложений, находящихся в открытом доступе в регистратуре.
- информационных табличек с QR-кодом (рис. 6) для онлайн-оценки удовлетворенности пациента визитом в медицинскую организацию.



Рисунок 6. Пример онлайн-опросника оценки удовлетворенности пациента визитом в медицинскую организацию.

Руководитель МО обязан контролировать доступность вышеперечисленных источников для пациентов.

17.1.2. ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ОЦЕНКИ ПАЦИЕНТОМ

Приказом главного врача должен быть назначен ответственный за проведение и обеспечение оценки поликлиники пациентом, порядок и формы проведения оценки с указанием сроков рассмотрения проблем и предложений, оставленных пациентами.

- для оценки работы поликлиники пациентом на сайте МО должен быть создан специальный раздел, в котором:
 - а) создана форма для отзывов пациентов, которая позволяет оценить обращение в поликлинику по 5-ти балльной шкале и выявить «проблемные зоны»;
 - б) на сайте МО должна быть размещена анкета независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями (анкета НОК).
- обработка листов проблем и предложений осуществляется руководителями структурного подразделения и ответственными за выполнение на местах.

- информация об оценке деятельности структурных подразделений, размещенная на листах предложений в холле передаётся при необходимости руководителю структурного подразделения и ответственным за выполнение на местах;
- на каждый написанный в книге жалоб отзыв, уполномоченный сотрудник, ответственный за выполнение конкретного процесса, должен дать ответ по оставленным координатам;
- QR-кодирование применяется в оценке качества работы МО при обслуживании пациентов;
- рядом с кабинетами, в которых проходит стандартизация, рекомендуется размещать информацию о возможности зафиксировать факт выявления недостатков в работе поликлиники пациентом;
- при обнаружении недостатков в работе поликлиники, пациент может обратиться к администратору холла или в регистратуру и оставить обращение по принятой в организации форме.

17.2. СИСТЕМА МОНИТОРИНГА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

17.2.1. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Для проведения внутренней оценки реализации настоящего Стандарта необходимо использовать контрольные листы оценки, которые представлены в конце каждого раздела Стандарта:

- ответственное лицо за проведение внутренней оценки назначается главным врачом и утверждается приказом;
- в приказе указывается периодичность внутренней оценки, шаблон акта/протокола (или другого документа, который составляется после проведения внутренней оценки);
- при выявлении несоответствий в ходе внутренней оценки должен быть разработан план корректирующих мероприятий и назначено ответственное лицо, осуществляющее контроль выполнения плана;
- руководитель МО обязан контролировать результаты внутренней оценки медицинской организации.

17.2.2. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Проводить внешнюю оценку медицинской организации могут сотрудники РЦ ПМСП, уполномоченные сотрудники ДЗТО, уполномоченные сотрудники АТО.

Очная оценка медицинской организации проводится сотрудниками РЦ ПМСП (ДЗТО/АТО) с использованием контрольных листов оценки, которые представлены в конце каждого раздела Стандарта.

- внешняя оценка проводится сотрудниками РЦ ПМСП;
- по результатам внешней оценки составляется Акт/Протокол, в котором указываются несоответствия Стандарту, рекомендации и другая информация;
- на основании Акта/Протокола в медицинской организации составляется план корректирующих мероприятий, подписывается руководителем МО и направляется в РЦ ПМСП в течение 3 рабочих дней после получения Акта/Протокола;
- повторная внешняя оценка проводится по истечению сроков, указанных в плане корректирующих мероприятий, но не позднее 1 месяца с момента оценки;

Мониторинг показателей по данным МИС ТО:

- перечень показателей, оцениваемых по данным МИС ТО, представлен в [приложении 20 к Стандарту](#);
- мониторинг показателей МИС ТО проводится сотрудниками медицинской организации не реже 1 раза в месяц;
- на основании результата анализа показателей в медицинской организации составляется план корректирующих мероприятий, подписывается руководителем МО и передается в работу;
- контроль выполнения плана корректирующих мероприятий проводится по анализу показателей в следующем месяце;

Мониторинг показателей по данным единой системы мониторинга колл-центра и электронной регистратуры:

- перечень показателей, оцениваемых по данным единой системы мониторинга колл-центра и электронной регистратуры, представлен в [приложении 21 к Стандарту](#);
- на основании анализа в медицинской организации составляется план корректирующих мероприятий, подписывается руководителем МО и передается в работу;
- контроль выполнения плана корректирующих мероприятий проводится по анализу показателей в следующем месяце;

Мониторинг колл-центра сотрудниками РЦ ПМСП:

- мониторинг колл-центра сотрудниками РЦ ПМСП проводится систематически с целью оценки реализации Стандарта;
- для мониторинга разрабатывается кейс (ситуация или проблема, с которой может обратиться любой пациент в МО по телефону);
- ответ сотрудника колл-центра МО оценивается по балльной системе ([Приложение 22 к Стандарту](#));
- информация с результатами мониторинга направляется в МО для принятия управленческих решений;
- контроль проведенных мероприятий по работе колл-центра МО оценивается при последующих мониторингах.

ВАЖНО!

Руководство поликлиники обязано принимать необходимые управленческие решения для усовершенствования «проблемных зон», которые низко оценены пациентами поликлиники.

17.3. Контрольный лист оценки организации работы по оценке поликлиники пациентом

№	Критерий	Соответствует (да/нет)	Примечание
1	Утвержден и действует порядок оценки обращения в поликлинику пациентом		
2	Листы проблем и предложений размещены в установленных местах		
3	Предоставлен доступ к книге жалоб и предложений для пациентов		
4	На сайте есть возможность проведения оценки обращения в поликлинику и форма обратной связи для пациента		
5	В МО организован внутренний контроль выполнения требований стандарта по листам оценки		
6	В МО ведется управленческий анализ проблем и несоответствий, выявленных в ходе внутренней и внешней оценки с принятием решений		
7	Устранение дефектов и выполнение предписаний по результатам внутренних и внешних проверок соответствует установленным срокам		

Приложение № 1
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

КРИТЕРИИ НОВОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ НА ТЕРРИТОРИИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Критерии новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на территории Томской области

(в соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава России «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

(3-е изд. от 17.05.2023 г.)

№ критерия НММО	Наименование критерия	Целевое значение
Блок 1. Управление потоками пациентов		
1	Количество пересечений потоков при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике, единица	Не более 3 пересечений
2	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, единица	Не более 1 пересечения
3	Количество возвратов пациента по потоку создания ценности, обусловленных организацией процесса оказания медицинской помощи в поликлинике, единица	Не более 1 возврата
Блок 2. Качество пространства		
4	Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности поликлиники, единица	Не менее 1 зоны, соответствующей формат «минимум» (пункт 6.1 настоящего стандарта)
5	Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов, секунда	Время поиска необходимой информации в точках ветвления маршрута, занимает менее 30 секунд
6	Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С, %	Реализованы 5 шагов в организации и поддержании порядка на рабочих местах по системе 5С на не менее 70%

		рабочих мест медицинских работников
7	Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации, %	Наличие 100% элементов информации от их общего объема, указанного в Контрольном листе оценки системы информирования в медицинской организации
Блок 3. Управление запасами		
8	Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов (), размещенных на складе/складах поликлиники, %	Не более 25%
9	Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов () размещенных в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов, %	Не более 100%
Блок 4. Стандартизация процессов		
10	Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы, %	Не менее 100% процессов
Блок 6. Доступность медицинской помощи		
11	Доля времени приемов врача для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи, %	Не менее 90% - доля посещений по предварительной записи
12	Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи, %	Не менее 80% - доля посещений по установленному времени
13	Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей, %	Не более 40% записей, произведенных при обращении в регистратуру
14	Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра	Не более 3 (трех) посещений

	или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, единица	
Блок 7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов		
15	Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей, единица	Не менее 1 завершеного проекта по улучшению в год у руководителя медицинской организации и его заместителей

* в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», 3-е изд. от 17.05.2023 г., приложение 3.

ПРИЛОЖЕНИЕ №2
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

РЕКОМЕНДАЦИИ К ОФОРМЛЕНИЮ СИСТЕМЫ НАВИГАЦИИ, ИНФОРМИРОВАНИЯ В
СООТВЕТСТВИИ С ОСНОВНЫМИ ПОЛОЖЕНИЯМИ БРЕНДА «СЛУЖБА ЗДОРОВЬЯ»

1. Общие требования

1.1. Логотип и знак. Охранное поле

Основная версия логотипа бренда представлена знаком и текстовым полем, указанным на рисунке 1. Логотип бренда представляет собой квадратную область с размером стороны равным $3X$ и окружающим ее охранным полем размера X , где X – условная единица для расчета размера. Под охранным полем подразумевается область, в пределах которой нельзя размещать информацию. Требования к выделению охранного поля предусмотрены для всех навигационных, информационных носителей медицинской организации. Минимальный размер логотипа «Служба здоровья» - 22мм/ 20рх.



Рисунок 1 «Логотип бренда «Служба здоровья» с выделением охранного поля»

Для воспроизведения логотипа на цветном или темном фоне используется логотип-инверсия (белое начертание логотипа и текста).

1.2. Цветовая гамма

Основная цветовая палитра бренда используется для брендинга объектов медицинской организации (наружные, внутренние элементы навигации, информационные стенды). Складывается из трех цветов: сине-фиолетовый (RGB: 80. 80. 235), белый (RGB: 255. 255. 255), черный (RGB: 0. 0. 0).

Предусмотрена дополнительная цветовая гамма для обозначения подразделений по возрасту обслуживаемого населения (взрослое, детское). Взрослое подразделение: сиреневый (RGB: 200. 140. 255), голубой (RGB: 40. 180. 255). Детское подразделение: светло-зеленый (RGB: 170. 220. 30), оранжевый (RGB: 255. 160. 0).

1.3. Шрифт

Фирменные шрифты являются важным элементом фирменного стиля бренда «Служба здоровья». Элементы наружной и внутренней навигации, а также другая фирменная продукция, выпускаемая медицинской организацией, должны быть оформлены с использованием основного шрифта бренда: *Raleway* в начертаниях *Regular* (наборный текст), *Medium* (дополнительные слоганы и пояснения) и *Semibold* (эмоциональный заголовок, слоган, название продукта).

Для брендинга подразделений к основной версии логотипа добавляется шрифтовое начертание с использованием начертания Montserrat Semibold названия подразделения. Название выделяется цветом и пишется со строчной буквы.

2. Применение бренда «Служба здоровья» на элементах внешнего контура медицинской организации.

Основная наружная вывеска

Основная наружная вывеска — это информационная конструкция, размещенная на фасаде или крыше здания (сооружения) над центральным входом для обозначения местонахождения поликлиники.

Требования к основной вывеске:

- основная вывеска должна содержать наименование организации и логотип «Службы здоровья». Название должно соответствовать надписи на указателе направления;
- фон вывески должен соответствовать основной цветовой палитре бренда (сине-фиолетовый или белый цвет). На сине-фиолетовом фоне используется логотип-инверсия.
- вывеска брендируется в зависимости от входной группы и ширины козырька. Логотип выравнивается по левому краю.
- размер логотипа бренда «Служба здоровья» выбирается в соответствии с утвержденным шаблоном и требованиям к выделению «охранного поля».
- брендинг вывески представлен в двух вариантах: без размещения гербов (рис. 2 а), с использованием логотипа медицинской организации (рис. 2 б), а также на белом и сине-фиолетовом козырьке (рис.3).



Рисунок 2. «Брендинг вывески»

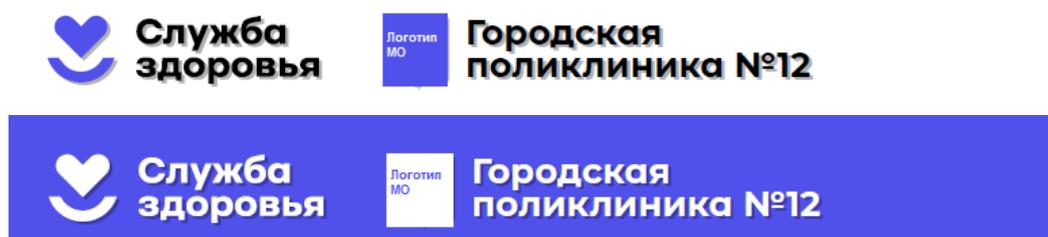


Рисунок 3. «Брендинг вывески на белом, сине-фиолетовом козырьке»

На рисунке 4 представлены примеры брендинга основной вывески в зависимости от ширины козырька.

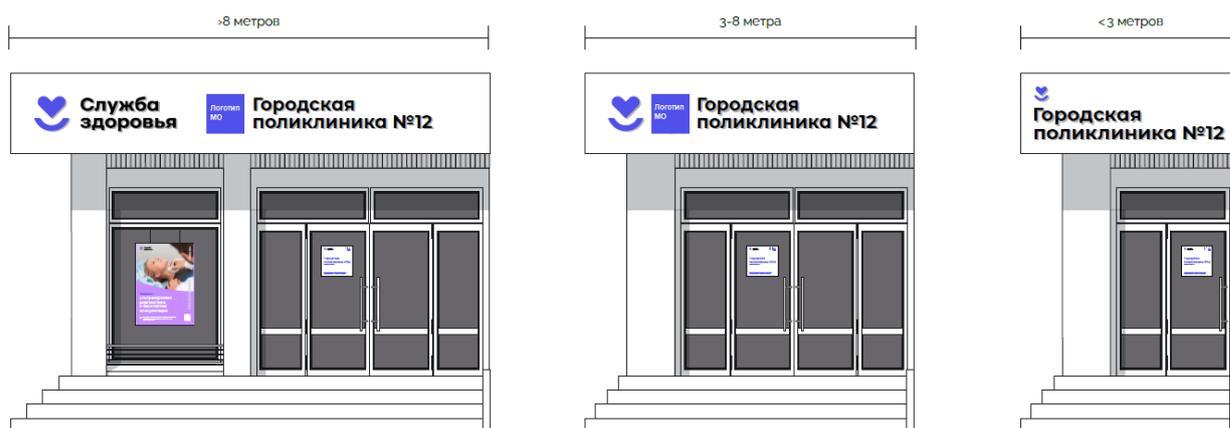


Рисунок 4. «Брендинг козырька в зависимости от его ширины»

Для отображения конкретного подразделения медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, предусмотрена своя версия знака: для взрослой поликлиники (рис. 5 а), детской поликлиники (рис. 5 б), скорой помощи (рис. 5 в).



Рисунок 5. «Брендинг подразделений медицинской организации»

На рисунке 6 представлен пример использования логотипа-инверсии в регионах.



Рисунок 6. «Использование логотипа-инверсии детской поликлиники на основной вывеске сине-фиолетового цвета»

Консольная вывеска

Консольная вывеска (кронштейн) — это двусторонняя вывеска, которая крепится перпендикулярно к фасаду здания. Консольная вывеска выступает в качестве дополнительного информационного и навигационного носителя и применяется если у здания есть проходной угол. Позволяет обозначить местонахождение поликлиники для пешеходов, которые не могут видеть лицевую часть здания, где расположена основная вывеска.

Требования к консольной вывеске (кронштейн-знак):

- консольная вывеска должна содержать логотип бренда «Служба здоровья»;
- размер кронштейн-знака: 50x50 см;
- два варианта представления кронштейн-знака: прямоугольная версия, круглая версия; Варианты брендинга кронштейн-знака представлены на рисунке 7.

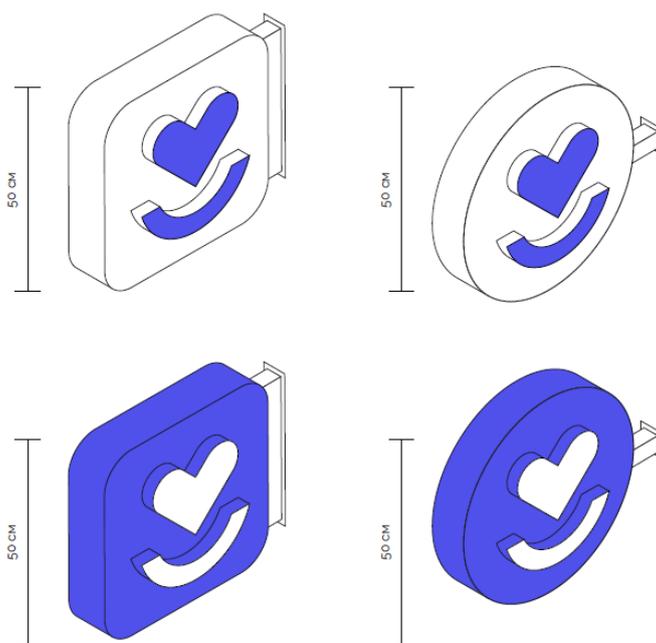


Рисунок 7. Пример консольной вывески (кронштейна)

Фасадная табличка

Фасадная табличка – это информационная конструкция для обозначения медицинской организации и графика работы. Размещается параллельно к поверхности фасадов на внешней стене рядом с главным входом в поликлинику или на двери. Предполагается размещение двух фасадных табличек:

1. Фасадная табличка 1 (режимная).
2. Фасадная табличка 2.

Требования к фасадной табличке 1 определены Стандартом организации амбулаторной помощи (раздел 4. «Организация пространства поликлиники», подраздел 4.2 «Внешний контур медицинской организации»).

Требования к фасадной табличке 2:

- фасадная табличка должна содержать данные о названии подразделения, номере филиала или адресе, полном наименовании медицинской организации (рис. 8);
- табличка размещается с боковой стороны от входной двери;
- размер – 20x20 см;

- название подразделения указывается крупным шрифтом. В верхней части таблички находится кобрендинговая зона – место для размещения логотипа бренда «Служба здоровья», логотипа медицинской организации, а также герба субъекта Российской Федерации (Томской области).

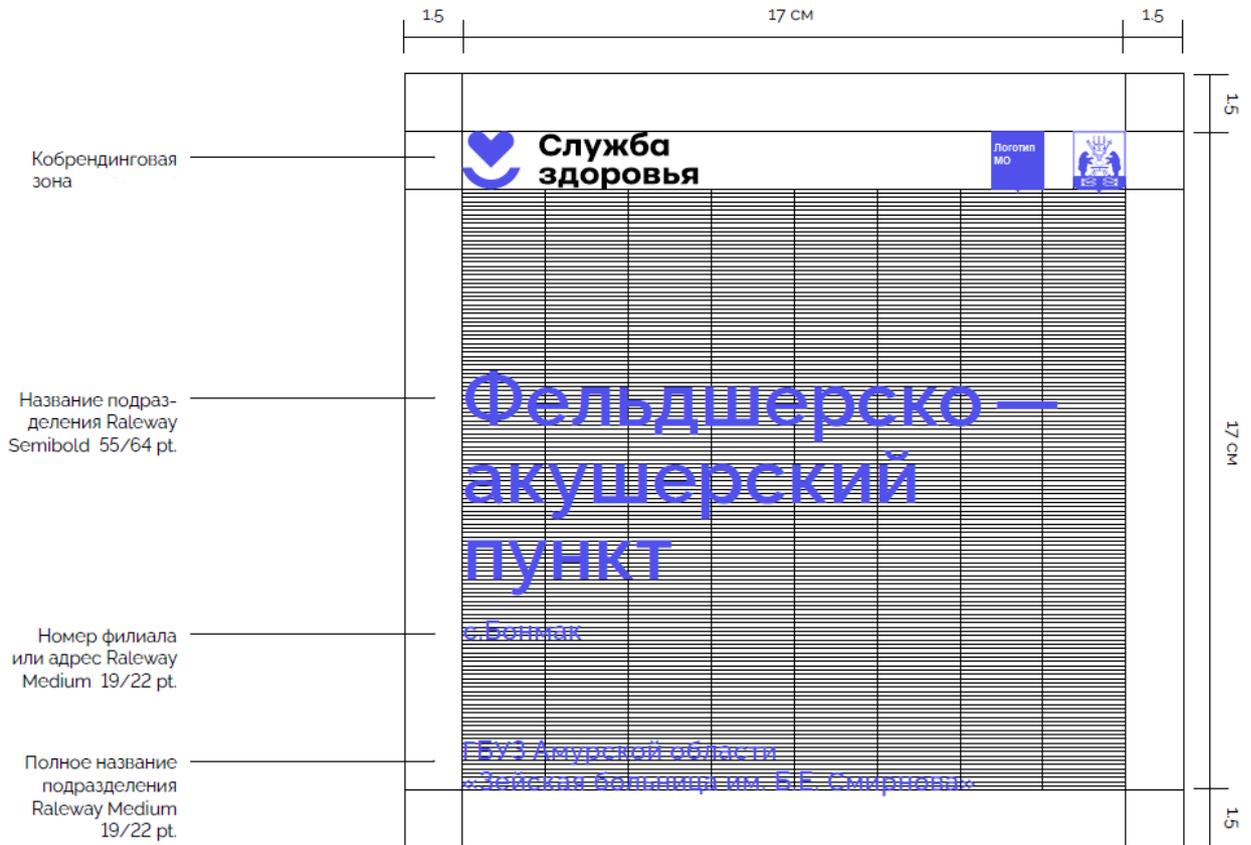


Рисунок 8. «Схема размещения информации на фасадной табличке 2»

Пример размещения фасадной таблички 2 на здании подразделения скорой помощи в селе Ягодное Асиновского района указан рисунке 9.



Рисунок 9. «Фасадная табличка скорой медицинской помощи ОГБУЗ «Асиновская районная больница» с. Ягодное»

2. Внутренний контур: система навигации, информирования

Система навигации, информирования медицинской организации организуется согласно требованиям Стандарта организации амбулаторной помощи разделы 4.3 «Внутренний контур», 4.4 «Система информирования».

Брендом «Служба здоровья» определяются дополнительные требования к оформлению носителей внутреннего контура: цветовое оформление, шрифтовое начертание текста. Брендинг навигационных табличек внутреннего контура взрослой поликлиники, детской поликлиники, имеющей обособленное здание, рекомендуется осуществлять в соответствии с основной цветовой палитрой бренда «Служба здоровья» (основная и инверсионная версия). Примеры оформления навигационных табличек-направления, консольной таблички с номером кабинета представлены на рисунке 10, рисунке 11.



Рисунок 10. «Навигационная табличка – направления»



Рисунок 11. «Дверная табличка с номером кабинета»

Для обозначения подразделений медицинской организации по возрасту (визуальное разделение на взрослое и детское подразделение) может быть использована дополнительная цветовая палитра.

Информация, размещенная на информационных носителях медицинской организации должна быть также выполнена с использованием фирменных шрифтов бренда.

Информационные носители необходимо размещать на стендах размера 100x100 см. В верхней части стенда должна быть предусмотрена кобрендинговая зона с логотипом бренда «Служба здоровья» и логотипом медицинской организации. В правой части стенда размещается дополнительная информация об учреждении, в том числе QR-код с возможностью скачать PDF со всей информацией, ссылка на сайт медицинской организации. Стенд предполагает наличие пластиковых прозрачных карманов формата А3, А4, а также дополнительных карманов размера 22,4x18 см. с возможным размещением флаеров и дополнительной информации для посетителей. Пример представления, размещения информации на информационном стенде представлен на рисунке 12.

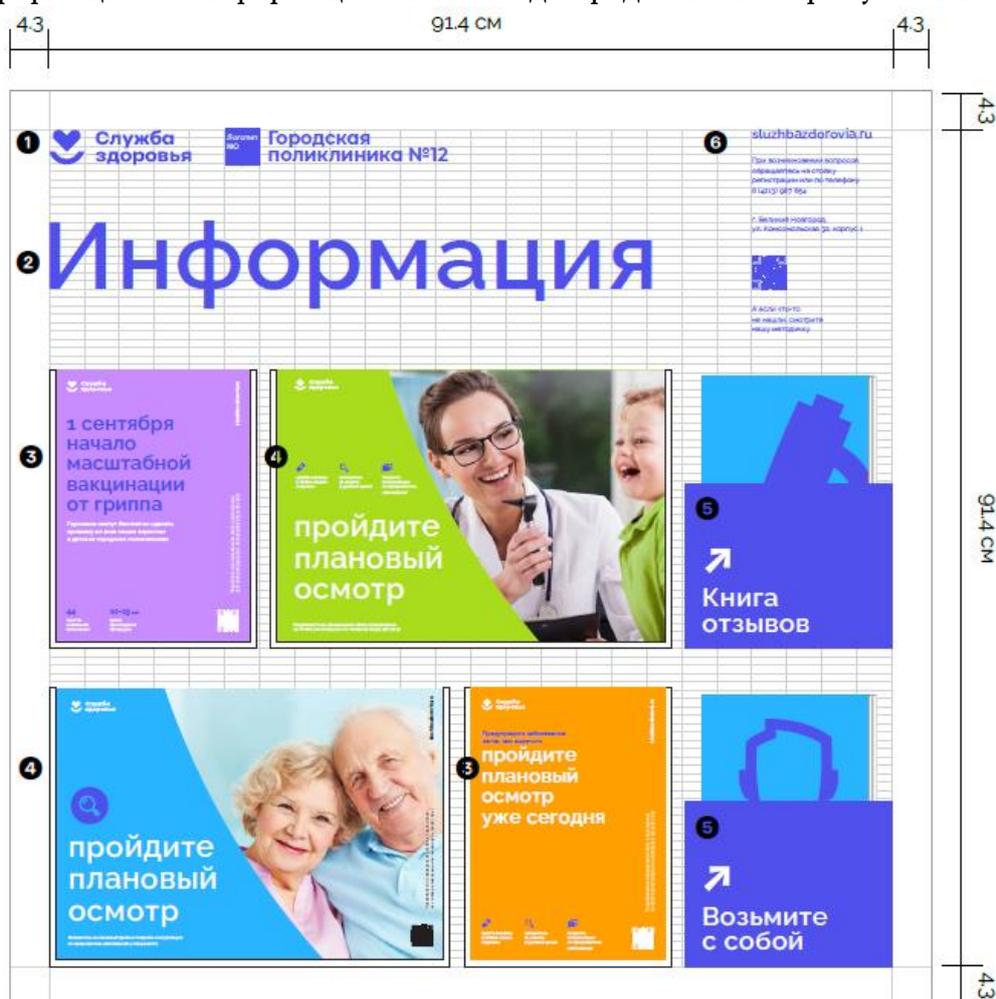


Рисунок 12. «Информационный стенд», где 1 – кобрендинговая зона с логотипами; 2 – Название стенда; 3 – Прозрачный карман для размещения объявления/информации формата А4; 4 – Прозрачный карман для размещения объявления/информации формата А3; 5 – Дополнительные пластиковые карманы формата 22,4x18; 6 – дополнительная информация об учреждении.

Наименование и наполняемость информационного стенда определяется медицинской организацией в соответствии со Стандартом организации амбулаторной помощи, а также иными требованиями.

ПРИЛОЖЕНИЕ №3 (РЕКОМЕНДУЕМОЕ)
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

НАВИГАЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Основные типы элементов навигации



Рисунок 1. Основные типы элементов навигации, где А – справочные указатели, Б – указатели объектов, В – указатели направления, Г – предписывающие знаки

Вид	Название	Применение	Вид	Название	Применение	Вид	Название	Применение
	Лифт	На вывеске-указателе, у лифта.		Терминал электронной очереди	Лифт		Гардероб	На вывеске-указателе
	Лестница	На вывеске-указателе, у лестниц.		Экран терминала	На вывеске-инструкции		Пеленальный столик	Рядом с пеленальными столиком и на указателе
	Лестница вниз	При разделении лестничных пролетов шахтой лифта		Талон электронной очереди	На вывеске-инструкции		Дежурный терапевт	На вывеске-указателе
	Лестница вверх	При разделении лестничных пролетов шахтой лифта		Врачи-терапевты	На вывеске-указателе		Отделение платных услуг	На вывеске-указателе
	Выход	На вывеске-указателе		Врачи-специалисты	На вывеске-указателе		Зона комфортного пребывания	На вывеске-указателе
	Туалет	На вывеске-указателе и рядом с туалетом		МРТ/КТ	На вывеске-указателе		Дневной стационар	На вывеске-указателе
	Места для людей с ограниченными возможностями	На вывеске-указателе и рядом с местами для людей с огранич. возм.		ЭКГ	На вывеске-указателе		Администрация	На вывеске-указателе
	Лаборатория	На вывеске-указателе		УЗИ	На вывеске-указателе		Стойка информации	На вывеске-указателе и рядом со стойкой
	Регистратура	На вывеске-указателе		Рентгенология	На вывеске-указателе		Бюро медико-социальной экспертизы	На вывеске-указателе
	Аптечный пункт	На вывеске-указателе		Прививочный кабинет	На вывеске-указателе		Пост охраны	На вывеске-указателе и рядом с постом

Рисунок 2. Пиктограммы для первичной и вторичной информации

2. Схемы указателей внешнего контура (рекомендованные)

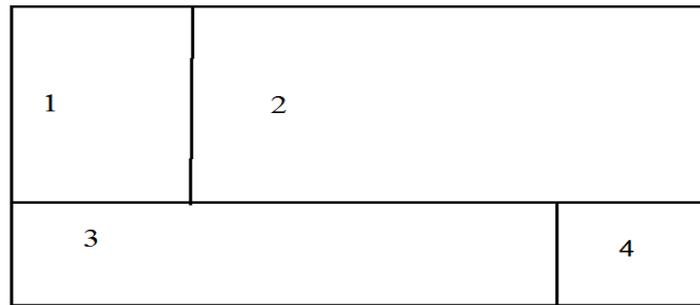


Рисунок 3. Схема указателя объекта (организации, обособленного подразделения, помещения), где 1 – логотип МО, 2 – наименование МО, 3 – адрес МО и телефон регистратуры, 4 – QR-код сайта МО.

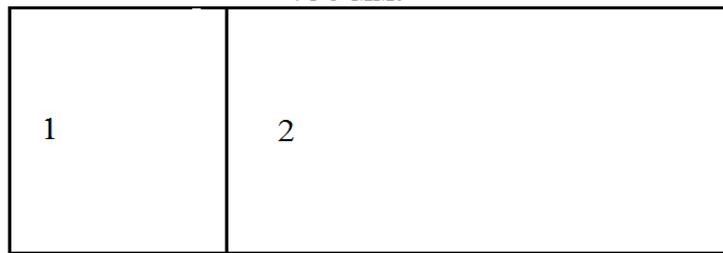


Рисунок 4. Схема основной наружной вывески, где 1- логотип МО; 2- наименование МО.

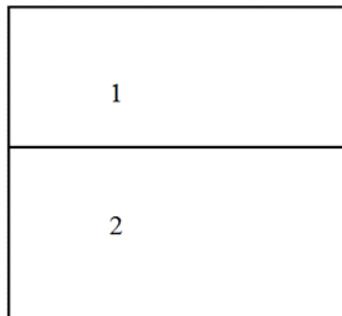


Рисунок 5. Схема консольной вывески, где 1 – логотип МО; 2 – наименование МО.

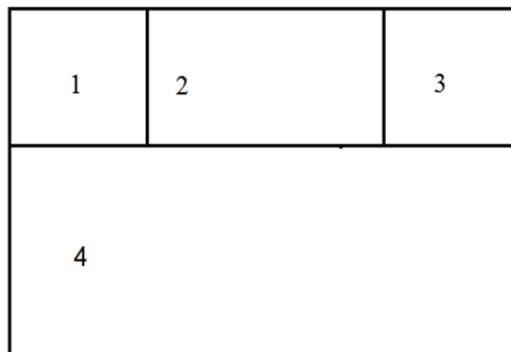


Рисунок 6. Схема фасадной таблички, где 1 – логотип МО; 2 – наименование МО, 3 – QR-код сайта МО, 4 – график работы МО.

3. Схемы указателей внутреннего контура (рекомендованные)

1) Стенды информирования и справочные указатели

Вывеска-каталог

Вывеска размещается в пунктах принятия решений, при выборе маршрута: в вестибюльной группе регистратуры, по этажам в лифтовых холлах, зонах перед лестничными пролетами.

Рекомендации по наполнению каталога:

- информация содержит сгруппированные данные о размещении медицинских кабинетов и подразделений по этажам;
- размеры вывески зависят от объема размещаемой информации, планировочных решений здания. Минимальная ширина вывески 60 см, высота зависит от количества пунктов по этажам/кабинетам и объема информации.
- не указывайте отдельные кабинеты врачей на каталоге – сгруппируйте информацию о кабинетах на этажах по функциональному признаку, например, несколько кабинетов терапевтов на этаже рекомендуется указать как «участковые терапевты», кабинеты кардиолога, уролога, и прочих врачей – «врачи-специалисты»;
- выделите цветом и пиктограммой общественные зоны (туалет, гардероб, аптечный пункт, зона комфортного пребывания)

4 этаж	Врачи-специалисты	
	Врачи-терапевты	
	Дежурный терапевт	
	Рентгенологическое отделение	
	Туалет	
3 этаж	Врачи-специалисты	
	Клинико-диагностическое отделение	
	Отделение платных услуг	
	Туалет	
2 этаж	Бюро медико-социальной экспертизы	
	Дневной стационар	
	Клинико-диагностическое отделение	
	Аптечный пункт	
	Медицинский пост	
	Туалет	
1 этаж	Врачи-специалисты	
	Оформление больничных листов	
	Гардероб	
	Инфоматы	
	Стойка информации	
Выход		

а)

1 ЭТАЖ	
1 каб.	флюорография
2 каб.	процедурная
3 каб.	хирург
4 каб.	офтальмолог
5 каб.	уролог
6 каб.	ЭКГ

б)

Рисунок 7. Стенды информирования, где а) макет «Вывеска-каталог поэтажная», б) макет поэтажного указателя кабинетов с номерами и специальностями врачей

2) Информационные вывески и таблички

Предназначены для информирования посетителей и правилах пользования помещением, оборудованием (инфоматы и т.п.). Места размещения: в зонах общественного пользования: холл регистратуры (у инфомата, гардероба), места комфортного ожидания, колясочные, зоны для кормления и т.п.



а)



б)

Рисунок 8. Примеры вывески-инструкции (а) и информационных табличек (б)



Рисунок 9. Пример информационной таблички с QR-кодом

330 мм.

600 мм.



Рисунок 10. Пример стенда с планом этажа «Вы здесь»

3) Указатели направления

Вывеска-указатель поэтажная на группы кабинетов размещается на стенах в коридорах при выходе из лифтов и с лестничных пролетов. Минимальный размер стенда с 400 x 600 мм. Текстовое содержание совпадает с данными, указанными в вывеске-каталоге для конкретного этажа:

- группы кабинетов
- общественные зоны

Вывеска-указатель направления на кабинеты. Размещается в виде настенных конструкций и напольных наклеек



Рисунок 11. Примеры указателей направления «Вывеска-указатель направления поэтажная», где а) настенная вывеска-указатель поэтажная на группы кабинетов, б) подвесная вывеска-указатель



Рисунок 12. Примеры указателей направления «Вывеска-указатель направления к кабинетам»

4) Указатели объектов

- вывеска-указатель объекта (рис. 13)
- информационные таблички на кабинетах специалистов (рис. 14, рис. 15);
- табличка с номером кабинета (рис. 16)



Рисунок 13. Пример вывески-указателя объекта наклейкой QR-кода



Рисунок 14. Пример дверной таблички без указания указываются ФИО сотрудника.

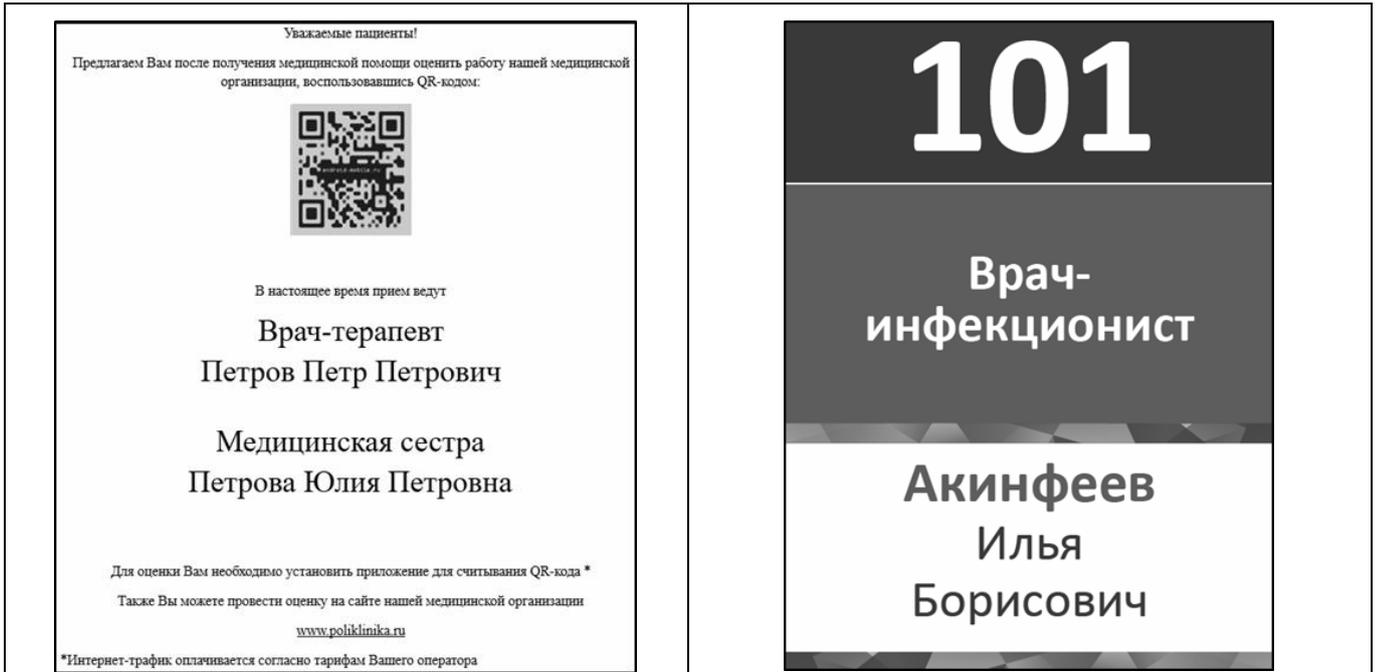
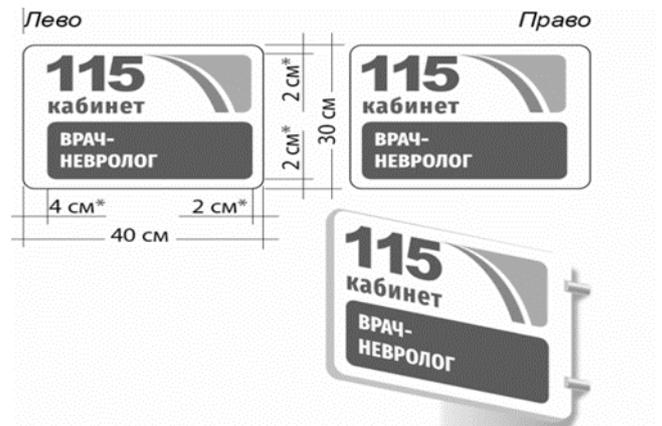


Рисунок 15. Примеры информационных табличек с ФИО специалистов, которые работают в кабинете, включая информацию для оценки работы медицинской организации с помощью QR-кода



а)



б)

Рисунок 16. Примеры табличек с номером кабинета, где а) табличка с номером кабинета, б) консольная табличка с номером кабинета

ПРИЛОЖЕНИЕ №4 (РЕКОМЕНДУЕМОЕ)
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

ИНФОРМАЦИОННЫЕ СТЕНДЫ И НОСИТЕЛИ

На пути следования пациента от входа в МО до необходимого кабинета должно быть организовано информационное сопровождение, включающее в себя ряд информационных носителей. К ним предъявляются следующие требования:

- стенды должны быть выполнены в фирменных цветах организации согласно брендбук, утвержденным руководителем, или иным документом, в котором закрепляется фирменный стиль МО;
- стенды должны быть размещены на стенах на уровне глаз пользователя с высотой расположения от 1,2 м до 1,6 м от пола и не должны закрываться дверями, быть загороженными предметами мебели или заклеенными информационными материалами. Размеры стендов, количество и расположение карманов зависят от объема информации и площади помещения и могут отличаться от предложенных в макетах.

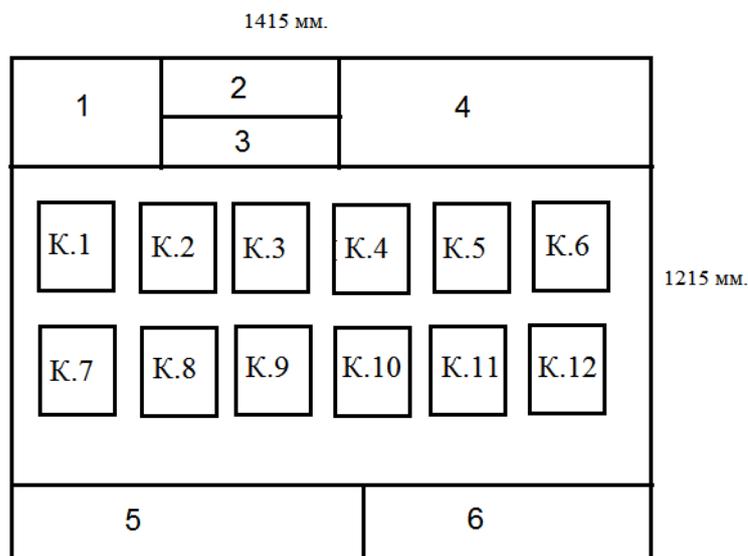


Рисунок 1. Схема информационного стенда №2 «Информация о медицинской организации»

Прим. 1 – логотип МО; 2 – логотип АТО; 3 – логотип ДЗТО; 4 – название стенда; 5 – полное наименование МО; 6 – контактные данные МО; К.1-К.12 – карманы для размещения информации.

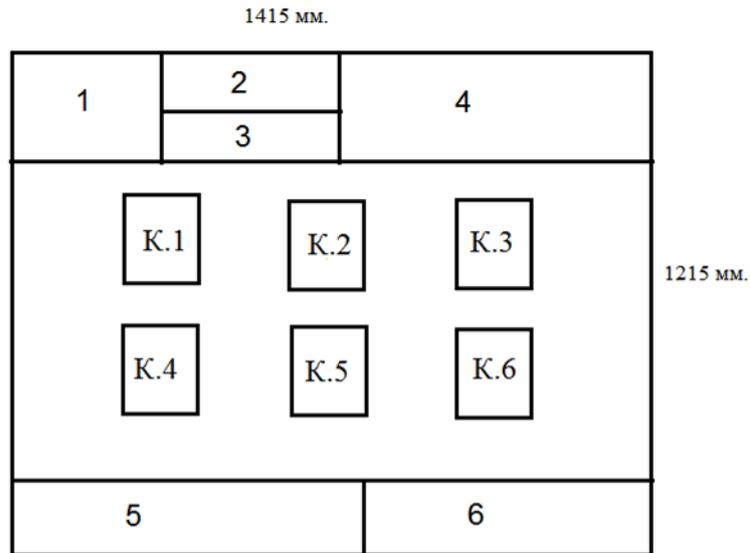


Рисунок 2. Схема информационного стенда №3 «Информация об организации медицинской помощи»

Прим. 1 – логотип МО; 2 – логотип АТО; 3 – логотип ДЗТО; 4 – название стенда; 5 – полное наименование МО; 6 – контактные данные МО; К.1-К.6 – карманы для размещения информации.

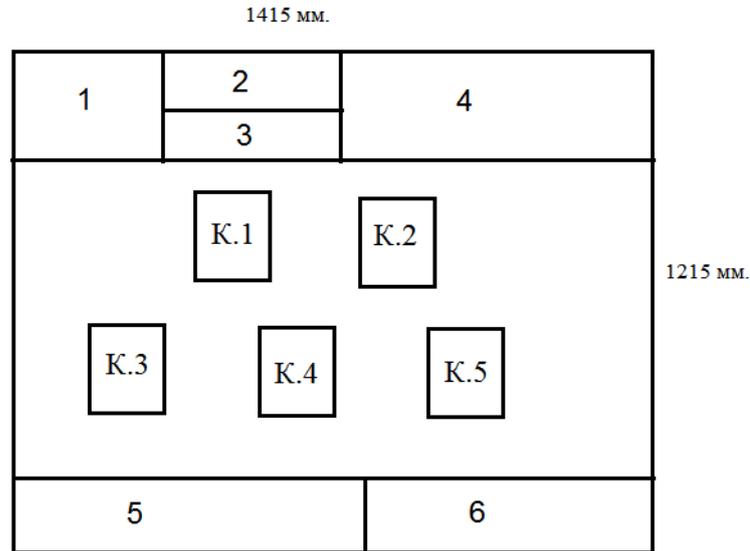


Рисунок 3. Схема информационного стенда №4 «Информация по предоставлению медицинской помощи в системе ОМС»

Прим. 1 – логотип МО; 2 – логотип АТО; 3 – логотип ДЗТО; 4 – название стенда; 5 – полное наименование МО; 6 – контактные данные МО; К.1-К.5 – карманы для размещения информации.

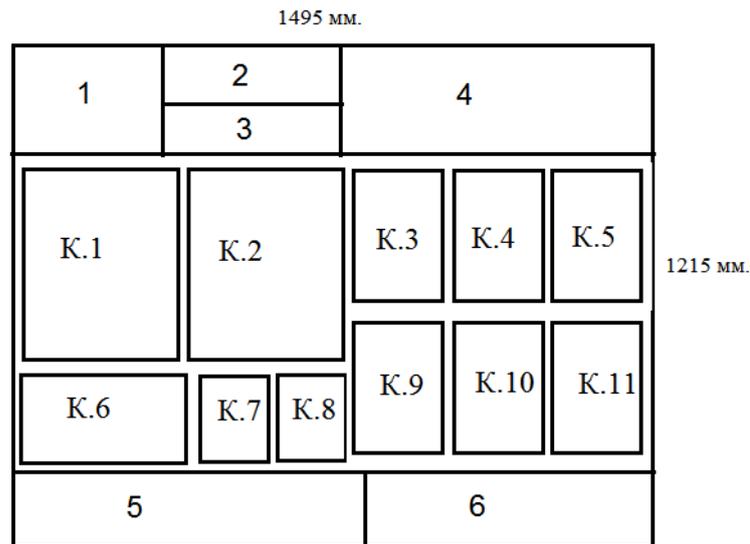


Рисунок 4. Схема информационного стенда №5 «Информация о профилактике заболеваний и ЗОЖ»

Прим. 1 – логотип МО; 2 – логотип АТО; 3 – логотип ДЗТО; 4 – название стенда; 5 – полное наименование МО; 6 – контактные данные МО; К.1-К.11 – карманы для размещения информации.

Структура *Название МО*

1. Руководство поликлиники
2. Регистратура
3. Отделение профилактики:
 - Кабинет доврачебного приема
 - Смотровой женский кабинет
 - Кабинет санитарного просвещения и гигиенического воспитания населения
 -
4. Лечебно-профилактические подразделения
 - Терапевтические отделения.....
 - Хирургическое отделение (кабинет)....
 - Урологическое отделение (кабинет)....
 - Стоматологическое отделение (кабинет)....
 - Офтальмологическое отделение (кабинет)...
 - Оториноларингологическое отделение (кабинет)...
 - И т.д.
5. Диагностические отделения
 - Рентгенодиагностическое отделение (кабинет)
 - Лаборатория
 - Отделение (кабинет) функциональной диагностики
 - И т.д.
6. Процедурный кабинет
7. и т.д.

Рисунок 5. Шаблон представления структуры медицинской организации

Система управления *Наименование МО*



Рисунок 6. Шаблон представления системы управления медицинской организации

Утверждаю:
 Главный врач Наименование МО
 ФИО главного врача

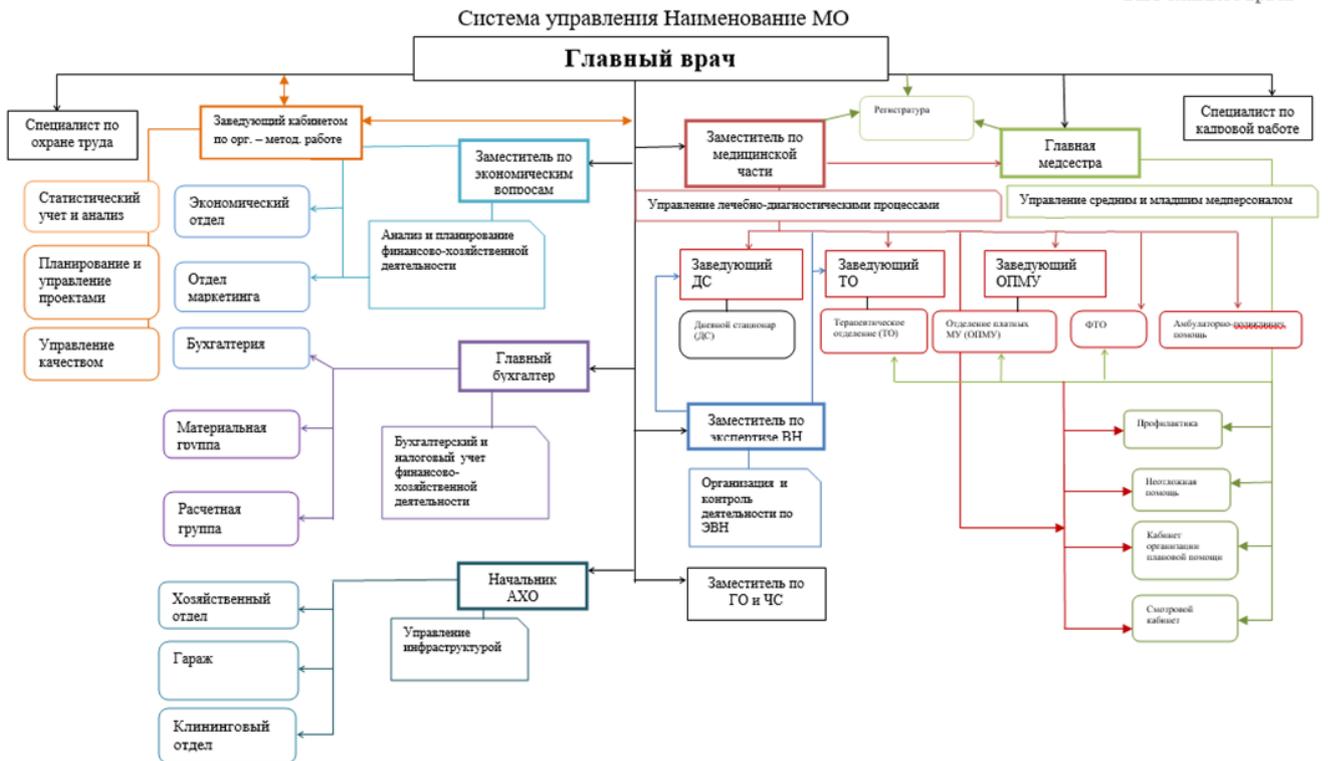


Рисунок 7. Пример представления системы управления медицинской организации

Приложение № 5
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОЧИХ МЕСТ ПО СИСТЕМЕ 5С

5С – это система оптимизации рабочего пространства для медицинского персонала, которая поможет, как увеличить время работы с пациентами, так и улучшить качество медицинского процесса. Она направлена на облегчение работы самого врача и медсестры, так как уменьшает лишние действия.

Благодаря системе 5С рабочее место в поликлинике не просто выглядит аккуратно и прибрано, но и помогает обеспечить быструю и качественную работу персонала медицинской организации.

Более того, при наведении порядка зачастую обнаруживаются различные технические неисправности того или иного оборудования, неудобно и даже опасно размещенная мебель. Это значит, что устранение подобных неполадок повышает безопасность труда всего медперсонала и пациентов в том числе.

Система работает благодаря пяти принципам, названия которых начинаются с буквы «С»:

1. Сортировка. Четкое деление всех вещей на нужные и ненужные, причем от последних необходимо избавиться.

2. Самоорганизация (соблюдение порядка). Каждый предмет находится на своем месте. Такая организация хранения вещей позволяет не тратить время на их поиски.

3. Содержание в чистоте. Рабочее место всегда должно быть чистым и аккуратным. За поддержанием порядка должны следить все сотрудники.

4. Стандартизация. Важное условие для соблюдения названных выше правил. Предполагает создание необходимых инструкций и других регламентов.

5. Совершенствование. У сотрудников должна сформироваться привычка точного соблюдения установленных процедур, стандартов и правил.

ВАЖНО! Чтобы избежать ловушки «понятности» и «привычки» обязательно нужно включать в группу 5С сотрудников, которые работают непосредственно на этом рабочем месте, руководителя и коллег, для которых это место не привычное, для которых не очевидно и не понятно почему определенный предмет лежит именно здесь.

Алгоритм организации рабочего места по системе 5С:

Шаг 1 – сортировка.

На этом этапе необходимо собрать все предметы на рабочем месте и проанализировать потребность в них.

Маркировку следует проводить таким образом:

1. Нужные предметы (постоянно используются) – маркируем зеленым ярлыком – сохраняются на рабочем месте.

2. Нужные иногда (материалы, которые могут использоваться в работе, но в данный момент не востребованы) – маркируем желтым ярлыком – располагаются на определенном удалении от рабочего места (шкаф, полка, ящик стола)

3. Ненужные (брак, неиспользуемые инструменты, тара, посторонние предметы) – маркируем красным ярлыком – удаляются с рабочего места.

Шаг 2 – соблюдение порядка.

На этом этапе необходимо обратить внимание на расположение каждой вещи в медицинском кабинете. Цель данного шага – обеспечить возможность найти необходимый документ или предмет в пределах 30 секунд. Причем это касается не только врача, которому принадлежит кабинет, но и любого, кто первый раз там находится.

Начать реорганизацию необходимо в следующем порядке:

1. Мебель и стеллажи.
2. Оргтехника.
3. Документы.

Расположение предметов должно отвечать требованиям:

1. Безопасности.
2. Качества.
3. Эффективности работы.

Четыре правила расположения вещей:

1. На видном месте.
2. Легко взять.
3. Легко использовать.
4. Легко вернуть на место.

Во время проведения 5С важно навести порядок в проводах оргтехники – закрепить с помощью хомутов, специального крепежа.

***ВАЖНО!** Идеальная планировка не получается с первого раза. Для этого, потребуется каждый раз, перемещая предметы в кабинете, правильно воспроизвести рабочий процесс. С каждым воспроизведением работы будет становиться понятнее, что и куда положить или поставить.*

Шаг 3 – содержание в чистоте (уборка).

Предполагает осуществление постоянного поддержания рабочих мест/пространства, предметов в чистоте и постоянной готовности к использованию.

Рабочая зона должна поддерживаться в идеальной чистоте.

Обеспечение и поддержания чистоты рабочих мест/пространства:

1. Помыть оборудование.
2. Очистить рабочее место.
3. Выявить источники загрязнения.
4. Устранить источники загрязнения.

***ВАЖНО!** Главный источник загрязнений - неудобно расположенная и сломанная мебель и техника, провода на полу.*

Последним этапом данного шага является составление правил проведения уборки и чистки и обработки оборудования и инструментария, графиков проверки технического состояния оборудования.

Шаг 4 – стандартизация.

Требуется письменного закрепления правил содержания рабочего места и инструкции с пошаговым описанием мероприятий по поддержанию порядка. В целях бережливого производства необходимо также разработать методы контроля за исполнением регламентов, меры по поощрению сотрудников. При этом все должны понимать, почему важно соблюдать установленные стандарты чистоты.

***ВАЖНО!** Выработанный порядок фиксируем визуально. С первого взгляда должно быть понятно, что где лежит, что есть в наличии, а что отсутствует на своем месте.*

Шаг 5 – совершенствование (обучение и дисциплина).

Осуществляется процесс непрерывного поддержания и развития ранее полученных результатов.

Сотрудники должны соблюдать стандарты и непрерывно совершенствовать их. А также нести ответственность за выполнение требований регламента к организации рабочего места/пространства, в том числе за устранение замечаний, выявленных при проведении проверок.

Используются фотографии БЫЛО/СТАЛО для сравнения того, что было и как стало, и каким должно быть рабочее место.

**Чек-лист оценки качества внедрения системы 5С
на рабочем месте для медицинской организации**

Шаг 1 – сортировка

№	Критерий	ДА - 1 / НЕТ - 0
1	Вся офисная техника исправна (принтер, сканер и т.п.)	
2	Отсутствуют личные вещи	
3	Поврежденные предметы отсутствуют	
4	Предметы на рабочем столе используются	
5	Все канцелярские принадлежности используются	
6	Справочники, которые хранятся в кабинете актуальны	
7	Зона временного хранения создана (в зону помещены предметы в необходимости которых есть сомнения)	
8	В кабинете нет мест, которые не прошли сортировку	
	Итоговое количество баллов	

Шаг 2 – соблюдение порядка

№	Критерий	ДА - 1 / НЕТ - 0
1	Рабочие места персонала размещены удобно и комфортно.	
2	Определены места для офисного оборудования	
3	Отсутствуют ненужные предметы, информация и документация	
4	Определены места хранения предметов, инструментов	
5	Все материалы могут быть найдены за 30 сек.	
6	Определены места хранения документации	
7	Определены места хранения личных вещей	
	Итоговое количество баллов	

Шаг 3 – содержание в чистоте

№	Критерий	ДА - 1 / НЕТ - 0
1	Поверхности пола, стен, мебели, раковины, предметов: в хорошем состоянии и содержатся в чистоте	
2	Мусорные корзины опустошаются регулярно	
3	Оргтехника содержится в чистоте	

4	Источники загрязнений локализованы (свободный доступ к углам, источникам отопления)	
	Итоговое количество баллов	

Шаг 4 – стандартизация

№	Критерий	ДА - 1 / НЕТ - 0
1	Места хранения предметов, документов визуализированы (таблички, надписи и пр.)	
2	Указатели мест хранения предметов соответствуют их месторасположению	
3	Упорядочены и подписаны тумбочки, шкафы сотрудников	
4	Утвержден перечень документов, находящихся в кабинете	
5	Разработана и действует система пополнения и хранения бланков	
6	Разработан стандарт рабочего места	
	Итоговое количество баллов	

Шаг 5 – совершенствование

№	Критерий	ДА - 1 / НЕТ - 0
1	Контрольные процедуры проводятся регулярно	
2	Предлагаются и реализуются идеи по улучшению системы 5С	
	Итоговое количество баллов	

ЦЕПОЧКА ПОМОЩИ (ОБРАЗЕЦ)

ЦЕПОЧКА ПОМОЩИ

ЦЕПОЧКА ПОМОЩИ						
Проблема	Выход из строя ИТ оборудования	Канцелярия	Медицинские расходные материалы	Проблема АХЧ	Проблема с выявленным состоянием пациента	Конфликты
Уровень 1 10 минут	Фамилия И.О. программист отдела информационных технологий, Тел.	Фамилия И.О. Сестра-хозяйка, Тел.	Фамилия И.О. Сестра-хозяйка, Тел.	Фамилия И.О. зав.хоз., Тел.	Фамилия И.О. Зав. отделением Тел.	Фамилия И.О. Зав.поликлиники Тел.
Уровень 2 15 минут	Фамилия И.О. начальник отдела инф.технологий Тел.	Фамилия И.О. Тел.	Фамилия И.О. гл.мед.сестра, Тел.	Фамилия И.О. Зам.главного врача по АХЧ Тел.	Старший дежурный СМП т. 03;103	Фамилия И.О. зам.глав. врача по амбулаторно поликлиническому разделу работы Тел.
Уровень 3	Фамилия И.О. главный врач, Тел.					

При возникновении чрезвычайной ситуации (ЧС) обращаться к дежурному

Приложение №6
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ СОТРУДНИКОВ ПРИ ВНЕПЛАНОВОМ ОТСУТСТВИИ МЕДИЦИНСКОГО
СПЕЦИАЛИСТА, ВЕДУЩЕГО АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ ПАЦИЕНТОВ

1) Передача информации

а) сотрудник МО при внеплановой неявке на работу (больничный лист, другая нестандартная ситуация) в течение 1 часа с момента возникновения ситуации информирует руководителя и старшего регистратора (или лицо, его замещающего) _____ по телефону _____, путем звонка или смс-информирования. По возможности сообщает причину и сроки отсутствия (известные даты листка нетрудоспособности).

б) в случае невозможности связаться с старшим регистратором сотрудник сообщает о своем невыходе в корпоративный чат поликлиники «ФИО, ЛН с – по» или на телефон дежурного администратора (_____);

в) при закрытии листа нетрудоспособности сотрудник сообщает о своем выходе старшему регистратору путем звонка или смс-информирования. При невозможности связаться с старшим регистратором, сообщает информацию в корпоративный чат или на телефон дежурного администратора.

2) Изменений в расписание МИС ТО

а) старший регистратор, с момента получения информации о внеплановом отсутствии специалиста МО, обеспечивает передачу информации оператору call-центра.

б) оператор call-центра блокирует свободные слоты на ближайшее время и основную запись на прием.

в) старший регистратор сообщает непосредственному руководителю сотрудника о его отсутствии с целью принятия решения о замене сотрудника или распределения его обязанностей между другими сотрудниками подразделения.

г) старший регистратор обеспечивает обзвон пациентов, записанных к отсутствующему сотруднику МО, предлагая возможность перезаписаться к другому специалисту подразделения или записывает пациента в лист ожидания к данному специалисту.

д) при получении информации о выходе сотрудника на работу старший регистратор обеспечивает:

- открытие слотов для записи пациентов в МИС ТО,
- передачу информации сотрудникам call-центра о возможности записи пациентов к данному сотруднику,
- первоочередную запись на прием к специалисту пациентов из листа ожидания,
- уведомление пациентов, записанных из листа ожидания дату и время записи к данному специалисту.

ПРИЛОЖЕНИЕ №7
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

АЛГОРИТМ РАБОТЫ В «ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ»

В случае отсутствия доступной записи на плановый прием к врачу, при отсутствии показаний к оказанию неотложной или экстренной помощи, гражданин посредством обращения в регистратуру или колл-центр медицинской организации, с его устного согласия, включается в «Лист ожидания» на срок не более 7 календарных дней. Срок пребывания в «Листе ожидания» по отдельным должностям может быть увеличен по решению руководителя медицинской организации путем издания отдельного локального акта. С согласия гражданина срок пребывания в «Листе ожидания» может быть увеличен при условии, в МИС ТО будет зафиксирована соответствующая отметка (комментарий о причинах согласия).

Не допускается включение в «Лист ожидания» по должностям врач-терапевт участковый, врач общей практики, врач-педиатр участковый более чем на 12 часов.

Администратор медицинской организации, либо иные уполномоченные руководителем МО лица, предпринимают организационные меры по маршрутизации пациента, в том числе с последующей записью на свободные либо, высвободившиеся в результате работы колл-центра с предварительно записанными пациентами. Дата и время, предлагаемые для записи к врачу в обязательном порядке, согласовываются с пациентом. Отказ пациента от предложенных ему для записи на прием даты и времени по причине неудобства не является основанием для его исключения из «Листа ожидания».

Если по истечении 7 дней пребывания в «Листе ожидания» пациент не записан к врачу необходимой специальности, ответственное лицо медицинской организации принимает меры по организации приема пациента.

Не допускается включение в «Лист ожидания» к врачам, должности которых вакантны, либо предполагается длительное (более 7 календарных дней) отсутствие врача на рабочем месте (временная нетрудоспособность, отпуск и прочее).

Ежедневный мониторинг за «Листом ожидания» осуществляет заведующий структурным подразделением либо иное уполномоченное лицо.

Порядок действия при включении в «Лист ожидания»: во вкладке расписания врача специалиста нажать на вкладку «записать в очередь» – выбрать желаемую дату приема – выбрать вид оплаты – написать комментарий (при наличии) – нажать кнопку «записать» – дождаться сообщение системы с данными о созданной записи, номером очереди, контактными данными пациентами и местом записи – нажать кнопку «ок» для подтверждения записи.

Порядок действия при работе с «Листом ожидания»:

После появления вакантных слотов ответственный за работу с «Листом ожидания» должен связаться с первым стоящим в очереди пациентом, предложить ему освободившуюся дату и время приема и получить обратную связь о согласии/не согласии записи в освободившееся время.

а) вкладка «Регистратура» – очередь ожидания – внутренние записи;

б) в открывшемся листе появится список пациентов, подсвеченных цветом (коричневый цвет – подходит срок записи из очереди; зеленый цвет – для данного пациента освободился слот);

в) галочкой выбрать пациента для записи – нажать на поле «статус» – выбрать из списка «записать» – выбрать свободный слот в появившемся расписании – сообщить пациенту свободные дату и время приема:

- если пациенту удобно дата и время: выбрать услугу – нажать на кнопку «записать»;
- если пациенту не удобны освободившиеся дата и время: оставить в листе ожидания при условии, что срок пребывания в «листе ожидания» не истек;
- если пациент отказался от приема: нажать на поле «статус» – выбрать из списка «отменить» – выбрать причину отказа от приема – нажать кнопку «ок».

Порядок действия при записи пациента в «Лист ожидания» другой МО:

а) вкладка «Регистратура» – Расписание другие ЛПУ – выбрать возможное ЛПУ для записи – выбрать специалиста – нажать кнопку «записать в очередь» – найти пациента по ФИО – выбрать желаемую дату приема – выбрать вид оплаты – написать комментарий (из другой МО) – нажать на кнопку «записать»;

б) для отработки пациента из «Листа ожидания», записанного другой МО нажать на вкладку «Регистратура» – очередь ожидания – нажать на вкладку «внешние очереди» – следовать порядку записи по вкладке «внутренние записи»

ПРИЛОЖЕНИЕ №8
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

РЕЧЕВЫЕ МОДУЛИ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ РЕГИСТРАТУРЫ

1. Алгоритм «Приветствие пациента и начало контакта»

08.00-12.00 – «доброе утро!»
12.00-18.00 – «добрый день!»
18.00-20.00 – «добрый вечер!»

В течение дня рекомендуется чередовать эти приветствия с приветствием «Здравствуйте!». Обратите внимание, что если пациент выглядит озабоченным, напряженным, огорченным, то в этом случае следует использовать приветствие «Здравствуйте!».

Представиться	«Добрый день/утро. Оператор/регистратор
Выслушать пациента	(имя), чем могу помочь?»
Выяснить адрес проживания пациента, телефон	«Назовите Ваш адрес проживания, номер телефона»
Выяснить ФИО, дату рождения пациента	«Назовите, пожалуйста, Вашу Фамилию, Имя, Отчество»
	«Назовите, пожалуйста, Вашу дату рождения»

2. Алгоритм «Прощание с пациентом и завершение контакта»

Уточнить понял ли пациент, полученную им информацию	«Скажите, (Имя-Отчество), у Вас остались еще какие-нибудь вопросы?» «Чем я еще могу помочь?» «Я еще чем-то могу помочь?» Если «да» - «слушаю Вас». Если «нет» - прощание с пациентом.
В зависимости от эпид.обстановки сообщить условия соблюдения необходимых мер при посещении медицинской организации	«Напоминаем, в целях инфекционной безопасности необходимо быть в маске, на входе производится термометрия».
Попрощаться с пациентом в вежливой форме	«Была рада Вам помочь! До свидания/Всего Вам доброго!» «Всего Вам доброго, до свидания! /Хорошего Вам дня!»

3. Алгоритм «Конфликтные ситуации»

Согласиться с пациентом, а не с его словами	«Мне понятна Ваша реакция»; «Полностью с Вами согласен, важно выбрать именно оптимальный вариант лечения»; «Действительно, нужно удостовериться в отсутствии противопоказаний, прежде чем принимать лекарство».
--	---

Уточнить побольше о причине отказа	«Мне понятна Ваша реакция. А как Вы пришли к такому мнению?»; «Полностью с Вами согласен, важно выбрать именно оптимальный вариант лечения. А что Вы считаете оптимальным?»; «Согласен/на, важно убедиться в отсутствии противопоказаний. А что именно вас беспокоит?»
На каждую причину для отказа необходимо аргументировать свой ответ	«Я понимаю ваши опасения. Конечно, риск есть, так как не существует абсолютно безопасных...»
В случае если в адрес оператора колл-центра/регистратора звучит ненормативная лексика/оскорбления, положить трубку, но аргументировать	«К сожалению, в подобном тоне у нас не получится конструктивного диалога. Возьмите паузу и перезвоните нам. Я вынужден(а) положить трубку. Благодарю за звонок, всего доброго, до свидания».

4. Чек-лист «Определение экстренности обращения пациента»

4.1. Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население

Для определения потенциальной угрозы здоровью и жизни пациента, необходимо использовать короткий чек-лист, в случае необходимости.	«Что у Вас случилось?» к ответам из пунктов А-Г, задать соответствующие дополнительные вопросы
--	---

№ п/п	Основная жалоба пациента	Перечень вопросов для формирования повода к вызову	Вариант ответа	Форма вызова
А	Боль в груди	1. Имеются ли боли за грудиной?	«Да» на хотя бы один из вопросов 1-6	Экстренная**
		2. Не помогает нитроглицерин (нитроспрей)?		
		3. Имеется ли бледность, липкий пот?	«Нет» на вопросы 1, 3-6	Неотложная***
		4. Имеется ли затрудненное дыхание?		
Б	Высокое давление	5. Был ли ранее инфаркт?	«Да» на один из вопросов 1-7	Экстренная**
		6. Была ли травма в течение последних 3-х дней?		
		7. Имеется ли беременность?	«Нет» на вопросы 1-7	Неотложная***
В	Высокая температура	1. Имеется ли потеря сознания?	«Да» на один из вопросов 1-5	Экстренная**
		2. Имеются ли судороги?		
		3. Имеются ли боли в животе?	«Нет» на вопросы 1-5	Неотложная***
		4. Имеется ли рвота?		
		5. Имеется ли затрудненное дыхание?		

№ п/п	Основная жалоба пациента	Перечень вопросов для формирования повода к вызову	Вариант ответа	Форма вызова
Г	Головокружение	1. Была ли травма в течении последних 3-х дней? 2. Имеются ли боли в области сердца? 3. Имеется ли кровотечение? 4. Имеется ли онемение руки, ноги? 5. Имеется ли асимметрия лица? 6. Имеется ли онемение языка, нарушена ли речь? 7. Имеется ли рвота? 8. Имеются ли боли в животе?	«Да» на хотя бы один из вопросов 1-8	Экстренная**
			«Нет» на вопросы 1-8	Неотложная***

**Экстренная помощь – вызов скорой медицинской помощи

***Оказание неотложной медицинской помощи предусматривает: время ожидания медицинского работника не более двух часов с момента регистрации вызова.

4.2. Для стоматологических поликлиник

При обращении пациентов в регистратуру/колл-центр, без записи определить показания для неотложного приема:

№ п/п	Основная жалоба пациента	Перечень вопросов для формирования повода к вызову	Вариант ответа	Форма вызова
1	Зубная боль	1. У вас острая зубная боль?	«Да»	Неотложная***
			«Нет»	Плановая*

*Плановая помощь - запись на прием к врачу-стоматологу.

***Оказание неотложной медицинской помощи предусматривает: время ожидания медицинского работника не более двух часов с момента регистрации вызова.

4.3. Для медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, имеющих прикрепленное население

При обращении пациентов в регистратуру/колл-центр без записи определить показания для неотложного приема/вызова СМП:

№ п/п	Основная жалоба пациента	Перечень вопросов для формирования повода к вызову	Вариант ответа	Форма вызова
1	Болевой синдром	1.Беременность есть? (какой срок беременности?) 2.Боли внизу живота в течение последних 3х дней? 3.Была ли потеря сознания? 4.Имеется ли бледность, липкий пот? 5.Была ли травма в течение последних 3-х дней?	«Да» на хотя бы один из вопросов 1-5	Экстренная**
			«Нет» на вопрос 1,3	Неотложная***

2	Кровотечение	1. Беременность есть? (какой срок беременности?) 2. Какой день менструального цикла? 3. Какой объем кровопотери (не более 5 гигиенических прокладок)? 4. Была ли потеря сознания? 5. Имеются ли бледность, липкий пот? 6. Была ли травма в течение последних 3-х дней?	«Да» на хотя бы один из вопросов 1-6	Экстренная**
			«Нет» на вопрос 1,3,4	Неотложная***
3	Повышение температуры тела выше 37.5	1. Беременность есть? (какой срок беременности?) 2. Повышение температуры выше 37,5 не более 2-х дней? 3. Признаки ОРВИ, тест на НКИ положительный?	«Да» на хотя бы один из вопросов 1-3	Экстренная**
			«Нет» на вопрос 1,2	Неотложная***

** Экстренная помощь – вызов скорой медицинской помощи.

*** Оказание неотложной медицинской помощи предусматривает: время ожидания медицинского работника не более двух часов с момента регистрации вызова.

5. Алгоритм «Взаимодействие с пациентом при обращении в колл-центр или регистратуру»

5.1. «Определение цели обращения»

<p>Определить цель входящего обращения и отработать согласно Порядку определения цели входящего обращения или дать ответ на запрос пациента</p>	<p>Задать открытый вопрос, чтобы получить полную информацию о запросе пациента. При необходимости задать альтернативные, уточняющие и закрытые вопросы. Это поможет в понимании сути обращения пациента. При необходимости задать дополнительные вопросы пациенту.</p>	<p>«Какой у Вас вопрос?», «Что у Вас случилось?», «Вам нужна моя помощь?»</p>
--	--	---

5.2. «Информационный запрос»

Предоставить ответ в пределах своей компетенции	Ответ в пределах компетенции оператора. Говорить стоит размеренным, небыстрым темпом. Следует предоставлять информацию кратко, по существу. Если Вы озвучиваете большой объем информации, стоит делать небольшие паузы (2-3 секунды), чтобы пациенту было легче усваивать информацию.	«Ваш участковый терапевт работает сегодня с (время) до (время)». «Кабинет неотложной помощи работает с (время) до (время)».
В случае если оператор не может предоставить ответ исключительно собственными силами.	Сформировать запрос, уведомить пациента о сроках ответа, передать вышестоящему должностному лицу, ответственному в соответствии с «цепочкой помощи».	«После уточнения необходимой информации, мы Вам перезвоним...»

5.3.1. «Целевой запрос» для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население

Уточнить экстренность обращения	Для определения потенциальной угрозы здоровью и жизни пациента использовать короткий чек-лист, в случае необходимости.	см. Алгоритм 4.1.
Экстренное обращение	Вызвать СМП/направить пациента в кабинет неотложной помощи (далее – КНП)/вызвать врача на дом.	<p>Вызов СМП: «Иван Иванович, согласно Вашим ответам, Вам необходимо обратиться в скорую медицинскую помощь.</p> <p>Мы передадим Ваш вызов. Давайте еще раз уточним адрес пребывания...(адрес). Сможете ли Вы (или ваши соседи, родственники) открыть дверь? (номер телефона родственников, соседей). Ожидайте бригаду скорой медицинской помощи. Всего доброго, до свидания!»</p> <p>либо «Иван Иванович, согласно Вашим ответам, Вам необходимо самостоятельно вызвать скорую медицинскую помощь по телефону 03 или с сотового 103».</p>

		<p>Попрощаться с пациентом – см. 2. Алгоритм.</p> <p><u>Направление в КНП:</u> «Вы можете обратиться к врачу в кабинет неотложной помощи в порядке «живой очереди» с (время) до (время). Кабинет расположен (адрес).</p> <p><u>Вызов врача на дом:</u> «<i>Иван Иванович</i>, согласно вашим ответам, необходимо оформить вызов врача на дом». «Давайте уточним Ваш адрес (<i>сравниваем адрес с информацией в МИС ТО, дополнительно уточняем домофон, подъезд, этаж</i>)». «Вызов зафиксирован. Врач посетит Вас сегодня с (время) до (время), ожидайте».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>
<p>Плановое обращение</p>	<p>Запись на прием к врачу-специалисту (первично).</p>	<p>«Чем я могу Вам помочь?»</p> <p>«Вы обращаетесь к нам впервые?»</p> <p>«Я задам Вам несколько вопросов и оформлю вызов к нужному специалисту, хорошо?»</p> <p>«Расскажите, что беспокоит? Когда почувствовали недомогание?»</p> <p>«Вы проходили в этом году диспансеризацию?»</p> <p>«Для посещения эндокринолога (кардиолога и т.д.) Вам необходимо получить заключение терапевта (он проведет Вам осмотр, если понадобится, назначит обследование, запишет на прием к ...).»</p> <p>«Какой день, время Вам удобно для приема?»</p> <p>«Врач ведет прием по следующему расписанию: во вторник и среду с 15.00 до 19.00.»</p>

		<p>«Подскажите, на какой день и время Вам будет удобно записаться?»</p> <p>«Итак, Вы записаны в поликлинику №... к (специалист) на (дата) на (время)».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>
	<p>Запись на прием к врачу-специалисту (повторно).</p> <p>В исключительных случаях, так как на повторный прием пациента записывает врач на первичном приеме.</p> <p>При отсутствии свободного слота, сообщить пациенту следующую информацию</p>	<p>«Уважаемый <i>Иван Иванович!</i></p> <p>«У какого специалиста/врача, когда (ФИО, дата) вы были на первичном приеме? Мы можем записать Вас на определенное время».</p> <p>«Врач ведет прием ...» (<i>оператор предлагает свободные слоты</i>).</p> <p>«Подскажите, на какой день и время Вам будет удобно записаться?»</p> <p>«Итак, Вы записаны в поликлинику №... к (специалист) на (дата) на (время)».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p> <p>«В настоящее время свободные талоны на приём к врачу закончились, мы зафиксировали ваш звонок, как только появятся свободные талоны, мы с вами свяжемся. Ожидайте».</p> <p>(записать контактные данные пациента, при освободившемся слоте, позвонить пациенту и предложить свободный талон).</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>

	<p>Запись на прием к врачу-специалисту в рамках диспансерного наблюдения.</p> <p>Если позвонил/обратился пациент с темой, что состоит на учете у врача-эндокринолога, невролога, ревматолога, терапевта и др., ему требуется осмотр, коррекция лечения.</p>	<p>«Уважаемый <i>Иван Иванович!</i> мы можем записать Вас на определенное время.»</p> <p>«Врач ведет прием ...» (<i>оператор предлагает свободные слоты</i>).</p> <p>«Подскажите, на какой день и время Вам будет удобно записаться?»</p> <p>«Итак, Вы записаны в поликлинику №... к (специалист) на (дата) на (время)».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. алгоритм 2.</p>
	<p>Запись, с целью получения услуг инструментальной и/или лабораторной диагностики.</p> <p>В исключительных случаях, так как на прием к узкому специалисту и/или на получение услуг инструментальной и/или лабораторной диагностики, пациента записывает направивший специалист на первичном приеме. В том числе обращения пациентов из других медицинских организаций.</p>	<p>«Свободное время для записи к ... (специалист) ... (число) ... (перечисляем варианты свободных слотов)».</p> <p>«На какое время Вам будет удобно?»</p> <p>«Итак, Вы записаны в поликлинику №... к (специалист) на (дата) на (время)».</p> <p>«Напоминаю, что с собой необходимо взять направление от врача и результаты исследований (при наличии)».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>
	<p>Получение направления, справки, выписки, листа нетрудоспособности, иных документов, в т.ч. обращения пациентов из других медицинских организаций.</p> <p>Направление оформляется (и осуществляется запись) специалистом, направляющим пациента на первичном приеме.</p> <p>Исключение составляют случаи, когда направление необходимо для плановой госпитализации после консультации специалиста медицинской организации, в</p>	<p>«Для получения направления на плановую госпитализацию, Вам необходимо записаться на прием к ... (специалисту)».</p> <p>«Врач ведет прием.....» (озвучиваем свободные слоты).</p> <p>«Подскажите, на какой день и время Вам будет удобно записаться?»</p> <p>«Итак, Вы записаны в поликлинику №... к/на (специалист/исследование) на (дата) на (время)».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>

	<p>которую госпитализируется пациент.</p> <p>Листок нетрудоспособности оформляется врачом на первичном приеме.</p>	<p>ИЛИ</p> <p>«Для получения справки ... (например, об отсутствии карантина в доме), Вам необходимо подойти в регистратуру поликлиники № ... по адресу (адрес) с (время) до (время) в любое свободное окно, регистратор выпишет справку».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>
	<p>Запись для прохождения первого или второго этапа диспансеризации.</p>	<p>«Спасибо за ответственное отношение к своему здоровью!»</p> <p>«Вы хотите записаться на обычную диспансеризацию или на углублённую, после перенесенной коронавирусной инфекции?»</p> <p>«Сколько времени прошло с момента выздоровления?»</p> <p>«На данный момент отсутствуют такие симптомы, как кашель, насморк, боль в горле, температура? Давайте вместе с Вами выберем подходящую дату и время. На какой день Вам будет удобно?»</p> <p>«Спасибо, будем ждать Вас (дата) в (время) в поликлинике №...».</p> <p>«Вам необходимо прийти натошак, чтобы сразу сдать необходимые анализы. Возьмите с собой паспорт, полис ОМС, а также можете взять воду и что-нибудь перекусить на время прохождения диспансеризации».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. 2. Алгоритм.</p>
	<p>Получение конфиденциальной информации о медицинской помощи.</p>	<p>«Факт обращения за врачебной помощью является врачебной тайной, поэтому такую информацию мы не предоставляем».</p> <p>«Вы можете обратиться в часы приема к лечащему врачу либо получить необходимую информацию в личном кабинете</p>

		<p>ЕПГУ (Единая электронная регистратура)».</p> <p>«В личном кабинете ЕПГУ Вы можете:</p> <ul style="list-style-type: none"> - записаться на прием к врачу/вызвать врача на дом; - ознакомиться с расписанием приема врачей; - ознакомиться с медицинской информацией по оказанным услугам (прошедшие посещения, результаты исследований, действующие на выбранный период направления)».
	<p>Запись на вакцинацию (кабинет плановой помощи).</p>	<p>«Спасибо за ответственное отношение к своему здоровью!</p> <p>«Вы хотите записаться на первичную или повторную вакцинацию?»</p> <p>«Какой вакциной ранее вакцинировались?»</p> <p>«Имеются ли аллергические заболевания?»</p> <p>«Когда вам было бы удобно пройти вакцинацию – дата, время?»</p> <p>«Итак, Вы записаны на (дата) на (время)».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>

5.3.2. «Целевой запрос» для стоматологических поликлиник

<p>Уточнить экстренность обращения</p>	<p>Для определения потенциальной угрозы здоровью и жизни пациента использовать короткий чек-лист, в случае необходимости.</p>	<p>см. Алгоритм 4.2.</p>
<p>Обращение по неотложной помощи при острой зубной боли.</p>	<p>Направить пациента в кабинет к врачу-стоматологу-терапевту или стоматологу-хирургу для оказания неотложной помощи при острой зубной боли</p>	<p><u>1.Обращение по телефону</u></p> <p>«Добрый день! Что Вас беспокоит? Я задам вам несколько вопросов: У Вас острая зубная боль? Как долго беспокоит боль в зубе?</p> <p>«<i>Иван Иванович</i>, согласно Вашим ответам, Вам необходимо обратиться в нашу стоматологическую поликлинику с 7:30 до 20:30 сегодня, где Вам будет оказана медицинская помощь. В случае если по каким-</p>

		<p>то причинам вы не можете обратиться сегодня, до окончания работы поликлиники, Вы можете обратиться с 21:00 до 7:00 в поликлинику, оказывающую неотложную помощь (ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника») по адресу ул. Набережная реки Ушайки, 6.</p> <p>Попрощаться с пациентом см. Алгоритм 2.</p> <p><u>2.Личное обращение в регистратуру.</u> «Добрый день! Чем я могу Вам помочь? Вы обращаетесь к нам впервые? У Вас острая зубная боль? <i>«Иван Иванович, согласно Вашим ответам, мы Вас направим в кабинет №..., к врачу-стоматологу (ФИО), где Вам будет оказана помощь по острой боли в порядке «живой очереди» и даны рекомендации.</i></p> <p>Попрощаться с пациентом см. Алгоритм 2.</p>
<p>Плановое обращение</p>	<p>Запись на прием к врачу-стоматологу (первично).</p>	<p><u>1.Обращение по телефону</u> «Вам необходимо обратиться на приём к врачу-стоматологу-терапевту (хирургу)»</p> <p>«Предварительная запись осуществляется через портал ЕПГУ. Вы можете записаться самостоятельно, обновление записи ежедневно в 00-00 времени».</p> <p>«Или я могу Вам предложить предварительную запись на приём (предложить свободные слоты)».</p> <p>«Назовите ФИО, позвольте узнать Ваш номер телефона, для дальнейшей связи с Вами».</p> <p>Обратите, пожалуйста, внимание на Ваш полис ОМС на предмет действия. Если срок действия истек, то обратитесь в страховую компанию до посещения нашей поликлиники».</p> <p>«Перед посещением кабинета врача, вам необходимо обратиться в</p>

		<p>регистратуру за 15 мин. до приема».</p> <p>Попрощаться с пациентом см. Алгоритм 2.</p> <p><u>2.Личное обращение пациента в регистратуру.</u></p> <p>«Согласно вашим ответам: -Вам необходимо обратиться на приём к врачу-терапевту (хирургу)».</p> <p>«Предварительная запись осуществляется через портал ЕПГУ. Вы можете записаться самостоятельно, обновление записи ежедневно в 00-00 времени».</p> <p>«Или я могу Вам предложить предварительную запись на приём (предложить свободные слоты)».</p> <p>«Назовите ФИО, позвольте узнать Ваш номер телефона, для дальнейшей связи с Вами».</p> <p>Обратите, пожалуйста, внимание на Ваш полис ОМС на предмет действия. Если срок действия истек, то обратитесь в страховую компанию до посещения нашей поликлиники».</p> <p>«Перед посещением кабинета врача, вам необходимо обратиться в регистратуру за 15 мин. до приема».</p> <p>Попрощаться с пациентом см. Алгоритм 2.</p>
--	--	--

5.3.3. «Целевой запрос» для медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, имеющих прикрепленное население

<p>Уточнить экстренность обращения</p>	<p>Для определения потенциальной угрозы здоровью и жизни пациента использовать короткий чек-лист, в случае необходимости.</p>	<p>см. Алгоритм 4.3.</p>
---	---	--------------------------

<p>Экстренное обращение</p>	<p>В случае телефонного обращения, предложить пациентке вызвать СМП/направить в КНП.</p> <p>При очном обращении направить пациентку в кабинет неотложной помощи.</p>	<p>«(Имя отчество пациента), Вам необходимо самостоятельно вызвать скорую медицинскую помощь по телефону 03 или с сотового 103».</p> <p><u>Направление в КНП</u> «Вы можете обратиться к врачу в кабинет неотложной помощи в порядке «живой очереди» с (время) до (время). Кабинет расположен (адрес).</p> <p><u>Направить пациентку в КНП</u> «Пройдите в кабинет, расположен</p>
<p>Плановое обращение</p>	<p>Запись на прием к врачу-специалисту (первично).</p>	<p>«Чем я могу Вам помочь?»</p> <p>«Вы обращаетесь к нам впервые?»</p> <p>«Я задам Вам несколько вопросов и оформлю запись к нужному специалисту, хорошо?»</p> <p>«Расскажите, что беспокоит? Когда появились симптомы?»</p> <p>«Врач ведет прием ...» (предложить свободные слоты).</p> <p>«Подскажите, на какой день и время Вам будет удобно записаться?»</p> <p>«Итак, Вы записаны к (специалисту) на (дата) на (время)».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>

	<p>Запись на прием к врачу-специалисту (первично) для беременных.</p> <p>Беременные женщины при первичном обращении в женскую консультацию записываются любым доступным способом (очно в регистратуре/по телефону/через ЕПГУ).</p>	<p>«Для постановки на учет по беременности я вас запишу к участковому акушеру-гинекологу»</p> <p>Уточнить прикрепление.</p> <p>«Врач ведет прием ...» (предложить свободные слоты). «Подскажите, на какой день и время Вам будет удобно записаться?» «Итак, Вы записаны к (специалисту) на (дата) на (время)».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>
	<p>Запись на прием к врачу-специалисту (повторно).</p> <p>В исключительных случаях, так как повторная запись на прием осуществляется врачом акушером-гинекологом самостоятельно.</p> <p>При отсутствии свободного слота, сообщить пациенту следующую информацию</p>	<p>«Уважаемая (<i>Имя отчество пациента!</i>)</p> <p>«У какого специалиста/врача, когда (ФИО, дата) вы были на первичном приеме? Мы можем записать Вас на определенное время».</p> <p>«Врач ведет прием ...» (предложить свободные слоты). «Подскажите, на какой день и время Вам будет удобно записаться?» «Итак, Вы записаны к (специалист) на (дата) на (время)».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p> <p>«В настоящее время свободные талоны на приём к врачу закончились, мы зафиксировали ваш звонок, как только появятся свободные талоны, мы с вами свяжемся. Ожидайте».</p> <p>(записать контактные данные пациента, при освободившемся слоте, позвонить пациенту и предложить свободный талон).</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>

	<p>Запись, с целью получения услуг инструментальной и/или лабораторной диагностики.</p> <p>Запись на УЗИ, в кабинет патологии шейки матки, к гинекологу – эндокринологу, в процедурный кабинет осуществляется врачом на приеме.</p>	<p>«Напоминаю, что с собой необходимо взять направление от врача и результаты исследований (при наличии)».</p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>
	<p>Получение направления, справки, выписки, листа нетрудоспособности, иных документов.</p> <p>При необходимости получения результатов цитологии на руки, пациентка приглашается в регистратуру.</p>	<p><u>Примечание:</u> Направление оформляется (и осуществляется запись) специалистом, направляющим пациента на первичном приеме.</p> <p>Листок нетрудоспособности оформляется врачом на первичном приеме.</p> <p>«Для получения результата цитологии, Вам необходимо подойти в регистратуру женской консультации (дата) (время)».</p>
	<p>Получение конфиденциальной информации о медицинской помощи.</p>	<p>«Факт обращения за врачебной помощью является врачебной тайной, поэтому такую информацию мы не предоставляем».</p> <p>«Вы можете обратиться в часы приема к лечащему врачу либо получить необходимую информацию в личном кабинете ЕПГУ (Единая электронная регистратура)».</p> <p>«В личном кабинете ЕПГУ Вы можете:</p> <ul style="list-style-type: none"> - записаться на прием к врачу/вызвать врача на дом; - ознакомиться с расписанием приема врачей; - ознакомиться с медицинской информацией по оказанным услугам (прошедшие посещения, результаты исследований, действующие на выбранный период направления)».

6. Алгоритм «Действия, необходимые для определения удобного времени для записи»

Выбор удобной даты для записи к врачу/исследованию	<p>«Свободное время для записи к ...(специалисту) ... (озвучиваем свободные слоты)».</p> <p>«На какое время Вам будет удобно?»</p> <p><i>В случае отсутствия свободных слотов, записать пациента в лист ожидания.</i></p>
---	---

7. Алгоритм «Действия, необходимые для доведения до пациента информации о деталях записи (дате, времени, дополнительных условий для конкретных услуг, при телефонном контакте наименование и адрес учреждения)»

Доведение до пациента информации о деталях записи (дате, времени, дополнительных условий для конкретных услуг	<p>«Вы записаны на (дата) на (время).</p> <p><i>Сообщить пациенту, что необходимо сразу пройти в кабинет, обращаться дополнительно в регистратуру не нужно. Или уточнить, в каких случаях необходимо обращаться в регистратуру с перечисленными документами (при необходимости).</i></p> <p>«Проходите в кабинет №.... За 10-15 минут.</p> <p>С собой возьмите, пожалуйста, СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ:» <i>(при необходимости).</i></p> <p><i>Озвучить дополнительные условия (приходить натощак, с полным мочевым пузырем и т.д.)</i></p> <p>Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.</p>
--	---

8. Алгоритм «Взаимодействие с пациентом при актуализации записи (за 24-28 часов до приема)»

Уточнить данные пациента для актуализации записи на прием	<p>«Это (Имя клиента)?»</p> <p>«Да»</p> <p>«Вы записаны на прием к врачу ... (специальность) (дата) на (время)».</p> <p>«Подскажите, сможете ли Вы подойти?»</p> <p>«Нет»</p> <p>«Ваш номер телефона указан в медицинской системе, скорее всего не верно, извините, всего доброго, до свидания».</p>
--	--

9. Алгоритм «Действия, необходимые для доведения до пациента информации о деталях записи (дате, времени, дополнительных условиях для конкретных услуг, при телефонном контакте наименование и адрес учреждения)»

Подтвердить дату и время записи на прием к врачу	<p>«(Имя клиента), Вы записаны на прием к врачу ... (специальность) на ... (время). Подскажите, сможете ли Вы подойти?»</p>
---	---

Озвучить дополнительные условия (приходить натощак, с полным мочевым пузырем и т.д.)	«Напоминаем, на исследование необходимо прийти натощак для более достоверных данных»; «Напоминаем, с собой необходимо взять направление врача и результаты исследований (при необходимости)»; «Напоминаем, с собой необходимо взять паспорт, полис ОМС и СНИЛС».
Уточнить наименование медицинской организации и адрес	«Напоминаю, подходить необходимо в кабинет №..., находится на ...этаже». «Поликлиника №... расположена(адрес)».

10.Алгоритм «Действия в случае, если пациент отказывается от записи»

Поблагодарить пациента	«Благодарим, что Вы нас предупредили.
Проинформировать об отмене записи	«В таком случае запись будет аннулирована»
Предложить варианты При необходимости озвучить свободные слоты	«Возможно, Вам удобно записаться на другой день (время)?» Ответ пациента «Да» «Подскажите, на какой день и время Вам будет удобно записаться?»
Ответ пациента «Нет»	Попрощаться с пациентом – см. Алгоритм 2.

11. Алгоритм «Действия в случае если пациент записан был через ЕПГУ, региональный портал или инфомат»

Уточнить экстренность обращения	Для определения потенциальной угрозы здоровью и жизни пациента использовать короткий чек-лист, в случае необходимости.	В зависимости от типа оказываемой помощи: см. Алгоритм 4
Дополнительный запрос В случае если определилась цель, отличная от первичной. (Например, пациент записан на прием к врачу, но желает пройти диспансеризацию).	Уточнить, актуальна ли запись на прием к врачу. А так же предпринять необходимые меры, согласно цели обращения.	см. Алгоритм 8 см. Алгоритм 5

ПРИЛОЖЕНИЕ №9
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛИ ВХОДЯЩЕГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА

При поступлении обращения регистратор/оператор колл-центра уточняет у пациента цель обращения. Далее оператор осуществляет идентификацию пациента и маршрутизирует в зависимости от цели обращения в соответствии с алгоритмом, приведенным в блок-схеме (рис. 1).

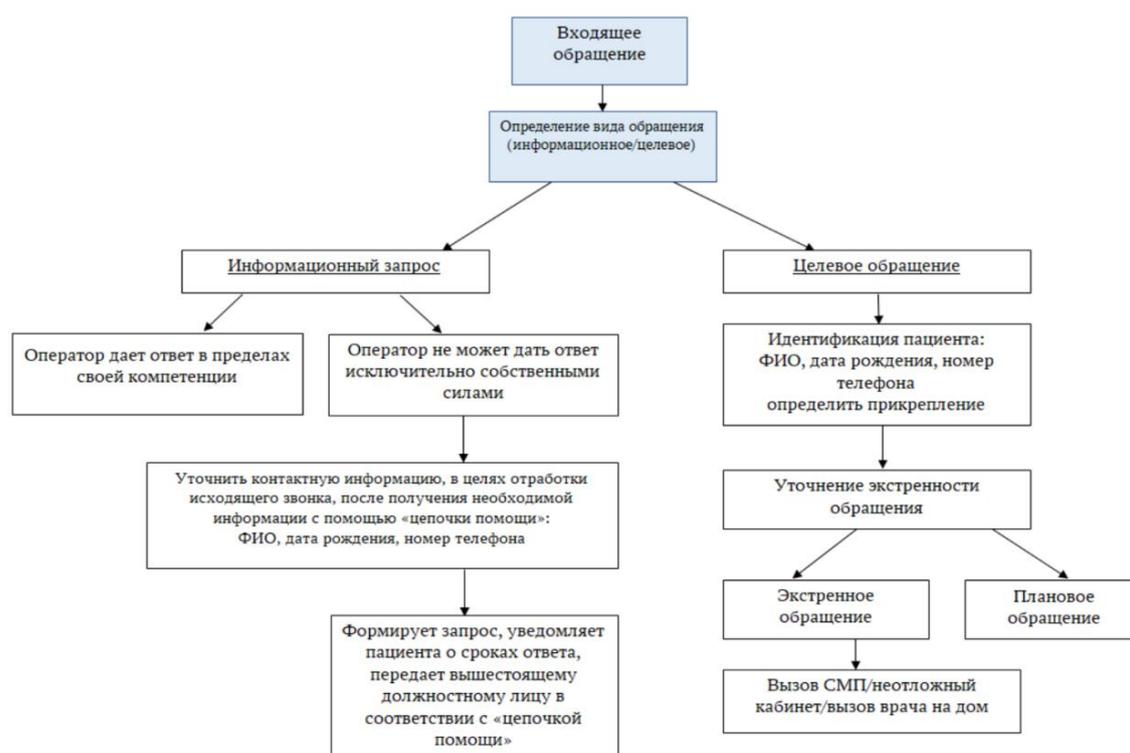


Рисунок 1. Блок-схема процесса определения вида входящего обращения пациента (информационный запрос/целевое обращение)

Информационный запрос – это обращения, направленные на получение любой информации пациентом.

В случае если пациент обратился в медицинскую организацию с целью получения информации, определение маршрутизации пациента не требуется. Для снижения количества информационных запросов в медицинскую организацию необходимо:

- обеспечить информирование пациентов способами, не требующими постоянного прямого участия персонала в информировании и координации пациентов: официальный сайт медицинской организации, ресурсы поисковых систем и социальные сети и др.;
- обеспечить наличие внутри медицинской организации простых, интуитивно понятных схем маршрутизации пациентов в зависимости от цели обращения, наличие системы навигации внутри медицинской организации и на ее территории, для того, чтобы пациент самостоятельно смог найти нужный ему кабинет и/или специалиста;

- обеспечить пациентов возможностью дистанционного получения справочной информации, не требующей записи на прием к врачу.

Если в организации наблюдается высокое число запросов информации, необходим поиск дефектов информирования пациентов через сайт медицинской организации, стендов с информацией и другими пассивными методами.

В случае поступления информационного обращения, оператор дает ответ в рамках своей компетенции. Если оператор не может дать ответ пациенту на информационное обращение – он формирует запрос, уведомляет пациента о сроках ответа, передает ответственному вышестоящему должностному лицу, в соответствии с «цепочкой помощи».

Целевые обращения – это обращения, направленные на получение медицинской помощи.

Среди основных видов целевых обращений пациентов при записи на прием выделяются следующие:

- запись на прием к врачу-специалисту по поводу заболеваний и с профилактической целью первичная;
- запись на прием к врачу-специалисту по поводу заболеваний повторная;
- запись на прием к врачу-специалисту в рамках диспансерного наблюдения;
- запись с целью получения услуг инструментальной и/или лабораторной диагностики;
- получение направления, справки, выписки, листа нетрудоспособности, иных документов;
- запись для прохождения первого или второго этапа диспансеризации;
- получение конфиденциальной информации о медицинской помощи;
- запись на вакцинацию.

При поступлении входящих обращений по телефону и в форме электронной заявки, обработка входящих сообщений является ответственностью оператора контакт центра.

При высокой вероятности экстренной ситуации оператор немедленно предпринимает меры к организации оказания медицинской помощи. Для этого в регистратуре медицинской организации должна быть реализована возможность перевода дистанционного обращения на медицинского работника отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи или оформления заявки на вызов медицинского работника на дом, включая вызов скорой медицинской помощи (рис. 2).

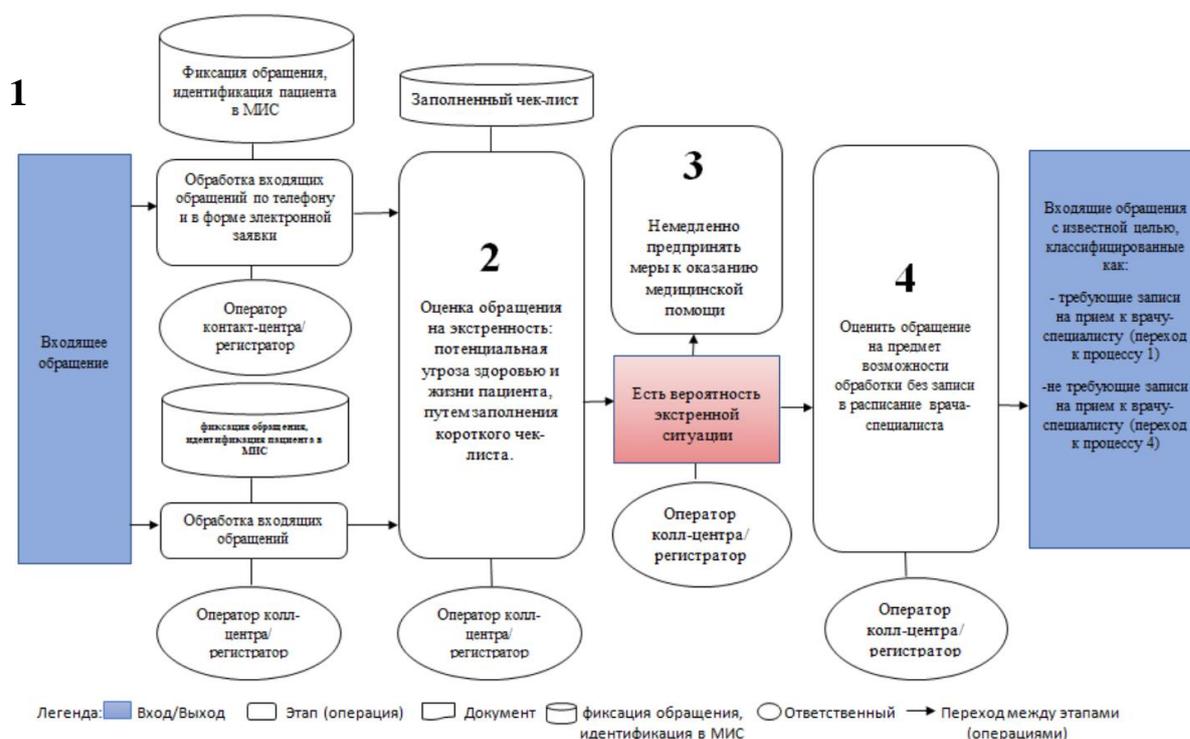


Рисунок 2. Блок-схема процесса определения цели обращения пациента

В неотложной ситуации, при очном обращении, необходимо направить пациента в кабинет неотложной помощи или оформить заявку на вызов на дом.

В случае если экстренная помощь не требуется, необходимо оценить обращение на предмет возможности обработки без записи в расписание врача-специалиста. Данная функция закрепляется за регистратором/ оператором колл-центра, который осуществляет фиксацию обращения, идентификацию пациента в МИС ТО.

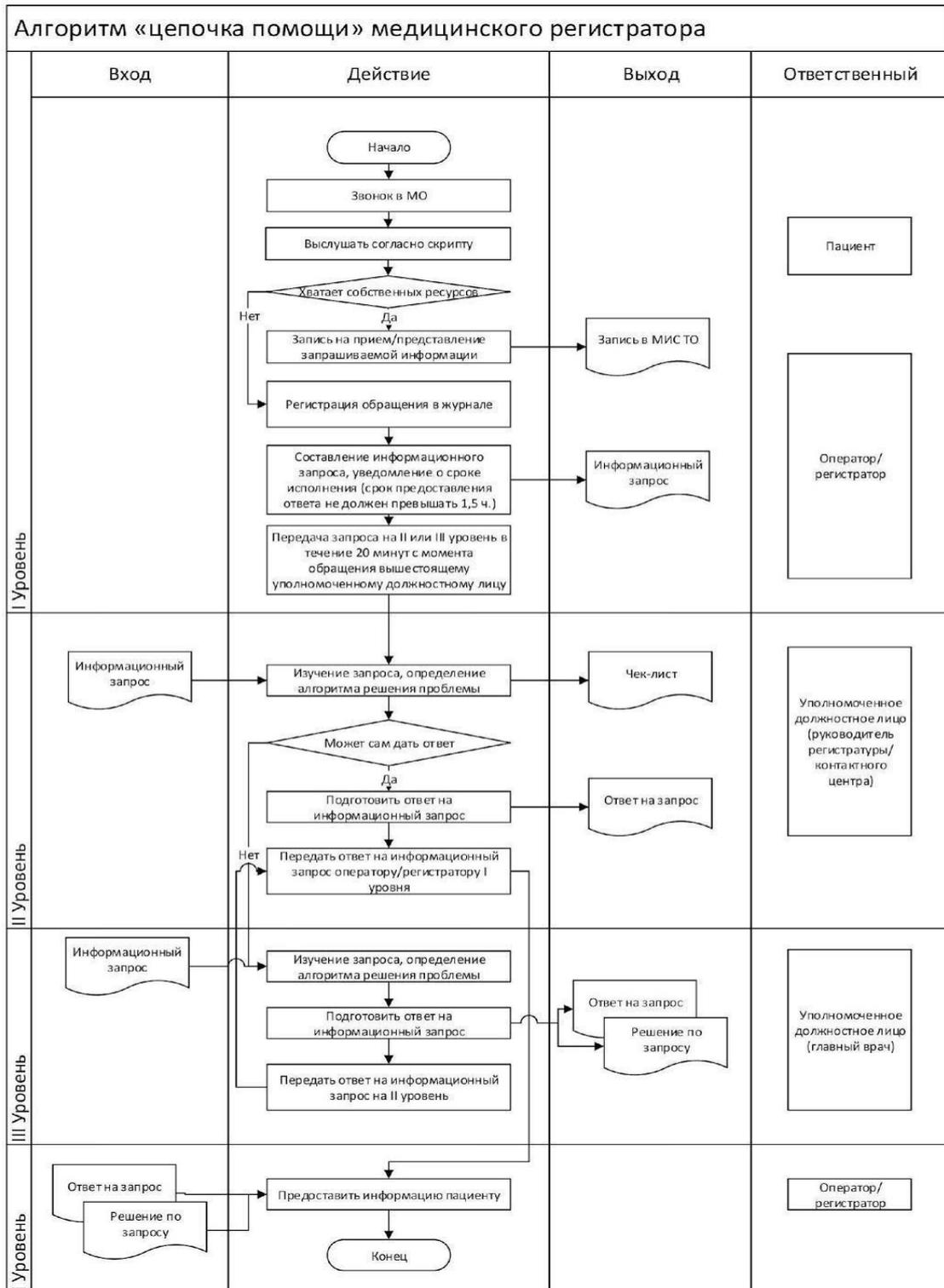
Далее обращения классифицируются на требующие записи к врачу-специалисту и не требующие записи на прием к врачу-специалисту. В первом случае специалист переходит к старту процесса обработки входящего обращения.

К случаям, относящимся к возможности обработки входящего обращения без записи в расписание врача-специалиста, относятся:

- обращения в кабинет организации плановой помощи (выписка листков нетрудоспособности, оформление направлений 057-у, запись в сторонние медицинские организации при наличии направления),
- обращение в кабинет медицинской профилактики (прохождение медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения (далее – ДОГВН), выписка из ДОГВН и др.),
- обращение в кабинет выдачи рецептов (при наличии),
- обращение в кабинет выдачи справок (об отсутствии карантина в доме, и др.).

ПРИЛОЖЕНИЕ №10
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

АЛГОРИТМ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕПОЧКИ ПОМОЩИ СОТРУДНИКА РЕГИСТРАТУРЫ



Приложение №11
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	
ЗАПИСЬ ПАЦИЕНТА НА ПРИЕМ К ВРАЧУ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТА В КОЛЛ-ЦЕНТР ИЛИ ФРОНТ-ОФИС РЕГИСТРАТУРЫ	
	СОП-1/9-РЕГ

1. НАЗНАЧЕНИЕ ДОКУМЕНТА И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

СОП предназначен для стандартизации действий персонала при обращении пациентов для записи на прием к врачу. Данный СОП используется на рабочем месте оператора колл-центра и регистратора фронт-офиса регистратуры.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области, утвержден распоряжением Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 № 817.

3. ТЕРМИНЫ И АББРЕВИАТУРЫ

Термины и определения

Речевой модуль – набор стандартных фраз в логичной последовательности для осуществления эффективной коммуникации в процессе взаимодействия

Аббревиатуры

СОП – стандартная операционная процедура.

АРМ – автоматизированное рабочее место.

МИС ТО – медицинская информационная система Томской области.

ЭМК – электронная медицинская карта

4. ПЕРСОНАЛ, ДОПУЩЕННЫЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОЦЕДУРЫ

Оператор колл-центра, регистратор

5. ПРИМЕНЯЕМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ / ИНСТРУМЕНТЫ

АРМ с установленной МИС ТО, IP-телефон.

6. ОПИСАНИЕ ПОРЯДКА ДЕЙСТВИЙ (ПРОЦЕССА)

Время проведения процедуры не более 5 минут.

- 1) внести ФИО пациента в строку поиска МИС ТО – Регистратура – регистратура (расписание) – нажать кнопку «ПОИСК»;
- 2) сверить ФИО, данные полиса, паспорта и дату рождения с данными в МИС ТО;
- 3) актуализировать контактную информацию (номер телефона, фактический адрес проживания) в ЭМК пациента;
- 4) проверить наличие прикрепления пациента к МО и номер терапевтического (педиатрического) участка;
- 5) открыть расписание врачей – выбрать отделение, ФИО участкового врача или специальность врача-специалиста;
- 6) выбрать интервал в графике приема врача, доступный для записи, код медицинской услуги в зависимости от цели обращения – нажать кнопку «ЗАПИСАТЬ»;

- 7) сообщить пациенту о записи к врачу с указанием времени, даты приёма, ФИО специалиста, номера кабинета.
- 8) проинформировать пациента о необходимости, в случае отмены запланированного визита в поликлинику, сообщить в колл-центр регистратуры;
- 9) убедиться в том, что пациент понял полученную информацию, руководствуясь речевым модулем сотрудника регистратуры «Информирование пациента и уточнение понимания»;
- 10) проинформировать пациента о дополнительных возможностях записи на прием к врачу через ЕГИСЗ;
- 11) завершить контакт и принять следующий звонок/следующего пациента.

7. ПРИЛОЖЕНИЯ И БЛАНКИ

Приложения

- 1) речевой модуль «Прием обращения пациента»;
- 2) речевой модуль «Информирование пациента и уточнение понимания»;
- 3) схема действующей в МО маршрутизации пациентов;
- 4) схема взаимодействия «цепочка помощи».

9. ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

№	ФИО медицинского регистратора	Подпись	Дата ознакомления
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	
ОФОРМЛЕНИЕ ВЫЗОВА ВРАЧА НА ДОМ К ПАЦИЕНТУ	
	СОП-2/10-РЕГ

1. НАЗНАЧЕНИЕ ДОКУМЕНТА И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

СОП предназначен для стандартизации действий персонала при вызове врача на дом. Данный СОП используется на рабочем месте регистратора, оператора колл-центра.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области, утвержден распоряжением Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 № 817.

3. ТЕРМИНЫ И АББРЕВИАТУРЫ

Термины

Аббревиатуры

СОП – стандартная операционная процедура.

АРМ – автоматизированное рабочее место.

МИС ТО – медицинская информационная система Томской области.

УЧ – участковый терапевт.

КНП – кабинет неотложной помощи.

СМП – скорая медицинская помощь.

4. ПЕРСОНАЛ, ДОПУЩЕННЫЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОЦЕДУРЫ

Оператор колл-центра, регистратор

5. ПРИМЕНЯЕМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ / ИНСТРУМЕНТЫ

АРМ с установленной МИС ТО, телефон.

6. ОПИСАНИЕ ПОРЯДКА ДЕЙСТВИЙ (ПРОЦЕССА)

Оформление вызова на дом производится с использованием функционала МИС ТО в соответствии с руководством пользователя системы.

Время проведения процедуры не более 5 минут.

- 1) внести ФИО пациента в строку поиска МИС ТО – Регистратура – Вызовы на дом – регистрация вызова на дом – нажать кнопку «ПОИСК»;
- 2) сверить ФИО, данные полиса, паспорта и дату рождения с данными в МИС ТО;
- 3) актуализировать контактную информацию (номер телефона, фактический адрес проживания) в ЭМК пациента;
- 4) зарегистрировать вызов в электронном журнале модуля МИС ТО с заполнением всех полей установленной формы;
- 5) проинформировать пациента о времени визита врача/фельдшера;
- 6) убедиться в том, что пациент понял полученную информацию, руководствуясь речевым модулем сотрудника регистратуры «Уточнение понимания».
- 7) завершить контакт и принять следующий звонок/пациента.

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	
ПОДБОР И ДОСТАВКА АМБУЛАТОРНЫХ КАРТ ПАЦИЕНТОВ В КАБИНЕТЫ ВРАЧЕЙ	
	СОП-3/10-РЕГ

1. НАЗНАЧЕНИЕ ДОКУМЕНТА И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

СОП предназначен для стандартизации хранения, подбора и доставки амбулаторных карт в кабинеты врачей. Данный СОП используется на рабочем месте регистратора, во фронт-офис.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области, утвержден распоряжением Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 № 817.

3. ТЕРМИНЫ И АББРЕВИАТУРЫ

Термины

Аббревиатуры

СОП – стандартная операционная процедура.

АРМ – автоматизированное рабочее место.

МИС ТО – медицинская информационная система Томской области.

4. ПЕРСОНАЛ, ДОПУЩЕННЫЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ПРОЦЕДУРЫ

Медицинский регистратор.

5. ПРИМЕНЯЕМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ / ИНСТРУМЕНТЫ

АРМ с установленной МИС ТО

6. ОПИСАНИЕ ПОРЯДКА ДЕЙСТВИЙ (ПРОЦЕССА)

а) Хранение амбулаторных карт

- Хранение амбулаторных карт осуществляется в регистратуре;
- Амбулаторные карты размещаются на стеллажах, по участкам;
- Амбулаторные карты маркируются с использованием утвержденной системы маркировки;
- Отдельно размещается стеллаж-накопитель амбулаторных карт, подобранных с учетом списка пациентов, предварительно записавшихся на прием.

б) Подбор амбулаторных карт

- Подбор амбулаторных карт осуществляется ежедневно медицинскими регистраторами на основании списка пациентов, предварительно записавшихся на прием к врачу, сформированного с использованием МИС ТО, с разбивкой по специалистам;
- При отсутствии оригинала амбулаторной карты заводится дубликат;
- В распечатке делается отметка о наличии/отсутствии карты («+»-предоставлена карта, «-» -карта отсутствует. При необходимости завести дубликат, отметка «В»)
- Собранные карты раскладываются в ящики-картотеки врачей.
- Если пациент записан к двум врачам и более, амбулаторная карта передается тому врачу, к которому пациент записан раньше по времени

с) Доставка амбулаторных карт

- Транспортировка амбулаторных карт осуществляется медицинскими сестрами перед приёмом врача в соответствующие кабинеты.
- После завершения приёма сотрудники (врачи, медсёстры) сами возвращают заполненные карты со списком в регистратуру на стеллаж приёма карт согласно маркировке. В списках должна быть отметка о движении карты «С» – сдано, «К» – кабинет.
- Регистратор сверяет карты со списком и раскладывает медицинские карты по участкам.
- В случае отсутствия карты выясняет информацию о местоположении карты

Приложение №12
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

ОСНОВНОЙ ПЕРЕЧЕНЬ ИССЛЕДОВАНИЙ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ УЗКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ И ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В КРУГЛОСУТОЧНЫЙ ИЛИ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

Перечень основных исследований, необходимых для консультации узкими специалистами консультативно-диагностической поликлиники

При направлении пациентов на консультацию и обследование при себе необходимо иметь:

- паспорт или свидетельство о рождении;
- страховой полис;
- направление формы №057/у;
- результаты предыдущих обследований и консультаций;
- флюорография – рентгенологическое исследование органов грудной клетки (срок давности 1 год);
- маммография (женщинам старше 40 лет, 1 раз в два года, от 50-70 лет 1 раз в год).

Перечень дополнительных исследований, необходимых для консультации узкими специалистами консультативно-диагностической поликлиники

Кардиолог:

- ЭКГ;
- консультация офтальмолога, глазное дно (при артериальной гипертензии).

Эндокринолог:

- с сахарным диабетом:
 1. гликированный гемоглобин (срок давности 30 дней);
 2. биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, общий холестерин, амилаза, щелочная фосфатаза (срок давности 14 дней);
 3. электрокардиография (срок давности 14 дней) для пациентов старше 40 лет;
 4. консультация врача-офтальмолога;
 5. консультация врача-невролога;
- с патологией щитовидной железы:
 1. ультразвуковое исследование щитовидной железы (срок давности 3 месяца);
 2. электрокардиография (срок давности 14 дней) для пациентов старше 40 лет;
 3. гормоны щитовидной железы – ТТГ, Т4св., Т3 св. (срок давности 3 месяца).

Гастроэнтеролог:

- общий анализ крови, развернутый, с формулой (срок давности 14 дней);
- биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, общий холестерин, амилаза, щелочная фосфатаза (срок давности 14 дней);
- эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия (по показаниям, срок давности 30 дней);
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости (срок давности 30 дней);

- определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусного гепатита С (срок давности 3 месяца);
- определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека (срок давности 3 месяца).

Пульмонолог:

- спирография (при хронической обструктивной болезни легких, срок давности 1 месяц).

Невролог:

- рентгенография позвоночника в 2-х проекциях (при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, срок давности 6 месяцев);
- компьютерная томография или ядерная магнитно-резонансная томография головного мозга, спинного мозга (необходимость проведения исследования определяется на амбулаторном этапе врачом-специалистом, срок давности 90 дней).

Офтальмолог:

- дополнительного обследования не требуется.

Травматолог:

- рентгенография поврежденного или измененного сегмента (срок давности 30 дней);
- магнитно-резонансная томография, записанная на электронный носитель (срок давности 90 дней).

Аллерголог:

- общий анализ крови, развернутый, с формулой (срок давности 14 дней);
- биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, общий холестерин, амилаза, щелочная фосфатаза (срок давности 14 дней);
- консультация дерматолога (при наличии кожных проявлений).

Гематолог:

- общий анализ крови, развернутый, с формулой (срок давности 14 дней);
- биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, общий холестерин, амилаза, щелочная фосфатаза (срок давности 14 дней);
- коагулограмма (срок давности 14 дней);
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек (срок давности 30 дней).

Ревматолог:

- общий анализ крови, развернутый, с формулой (срок давности 14 дней);
- биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, общий холестерин, амилаза, щелочная фосфатаза (срок давности 14 дней);
- рентгенографическое исследование симметричных суставов, в проекции, соответствующей диагностическому поиску.

Сурдолог:

- консультация врача-оториноларинголога.

Уролог:

- общий анализ мочи (срок давности 14 дней);

- биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, мочевиная кислота, билирубин, глюкоза, общий холестерин, амилаза, щелочная фосфатаза (срок давности 14 дней);
- анализ мочи по Нечипоренко (срок давности 14 дней);
- исследование уровня простатспецифического антигена в крови (для мужчин старше 55 лет, срок давности 90 дней);
- ультразвуковое исследование почек (срок давности 30 дней);
- ультразвуковое исследование простаты (по показаниям, срок давности 30 дней);
- ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи (по показаниям, срок давности 30 дней).

Нефролог:

- общий анализ мочи (срок давности 14 дней);
- биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, глюкоза, мочевиная кислота (срок давности 14 дней);
- анализ крови на электролиты – калий, натрий (срок давности 14 дней);
- анализ мочи по Нечипоренко (срок давности 14 дней);
- ультразвуковое исследование почек (срок давности 30 дней).

Сосудистый хирург:

- ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей (по показаниям, срок давности 30 дней)

Оториноларинголог:

- общий анализ крови, развернутый, с формулой (срок давности 14 дней);
- рентгенография придаточных пазух носа (по показаниям).

Инфекционист:

- общий анализ крови, развернутый, с формулой (срок давности 14 дней);
- биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, общий холестерин, амилаза, щелочная фосфатаза (срок давности 14 дней);
- коагулограмма (срок давности 14 дней);
- определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека (срок давности 3 месяца);
- определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусного гепатита С (срок давности 3 месяца);
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости (срок давности 30 дней).

Акушер-гинеколог:

- ультразвуковое исследование органов малого таза (срок давности 30 дней);
- цитологическое исследование шейки матки (срок давности 1 год);
- гистероскопия, отдельное диагностическое вмешательство, заключение гистологического исследования (по показаниям, срок давности 6 месяцев);
- СА – 125 (при новообразованиях яичников, срок давности 30 дней).

Перечень исследований, необходимых для плановой госпитализации в круглосуточный или дневной стационар

В отделения терапевтического профиля:

- общий анализ крови, развернутый, с формулой (срок давности 14 дней);
- общий анализ мочи (срок давности 14 дней);

- биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза, общий холестерин, амилаза, щелочная фосфатаза (срок давности 14 дней);
- электрокардиография (срок давности 14 дней) для пациентов старше 40 лет;
- флюорография – рентгенологическое исследование органов грудной клетки (срок давности 1 год);
- маммография (женщинам старше 40 лет, 1 раз в два года, от 50 -70 лет 1 раз в год);
- исследование крови на сифилис: определение антител к бледной трепонеме (срок давности 3 месяца);
- эзофагогастродуоденоскопия (по показаниям, срок давности 30 дней);
- колоноскопия (по показаниям, срок давности 30 дней).

Дополнительно для педиатрического стационара:

- сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации;
- детям до 2 лет и сопровождающим лицам: анализ кала на дизгруппу (срок давности 2 недели).

Дополнительно при направлении в отделения хирургического профиля:

- консультация врача-терапевта (срок давности 30 дней);
- определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека (срок давности 3 месяца);
- определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусного гепатита С (срок давности 3 месяца).

Кардиологическое отделение:

- эзофагогастродуоденоскопия (при направлении на инвазивное лечение, срок давности 30 дней);
- дополнительно в биохимическом анализе крови: липидный спектр.

Неврологическое отделение:

- консультация врача-терапевта (срок давности 30 дней);
- рентгенография позвоночника в 2-х проекциях (при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, срок давности 6 месяцев);
- компьютерная томография/ ядерно-магнитная томография головного мозга, спинного мозга (необходимость проведения исследования определяется на амбулаторном этапе врачом-специалистом, срок давности 90 дней).

Пульмонологическое отделение:

- консультация врача-фтизиатра (при наличии диссеминированного процесса в легких, срок давности 14 дней).

Гематологическое отделение:

- дополнительного обследования не требуется.

Офтальмологическое отделение:

- консультация врача-оториноларинголога, врача-стоматолога (только для проведения оперативного лечения катаракты, срок давности 30 дней);
- гликированный гемоглобин (для больных с сахарным диабетом, срок давности 30 дней);
- консультация врача-эндокринолога (для больных с сахарным диабетом, срок давности 30 дней).

Инфекционное отделение:

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости (срок давности 30 дней);
- определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В, вирусного гепатита С, вирусного гепатита D (срок давности 3 месяца);
- ПЦР к антигену вирусного гепатита В, вирусного гепатита С, вирусного гепатита D (срок давности 3 месяца);
- сцинтиграфия печени или эластография печени (при вирусном гепатите).

Отделение гастроэнтерологии:

- при заболевании печени и поджелудочной железы:
 1. ультразвуковое исследование органов брюшной полости (срок давности 30 дней);
 2. определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В, вирусного гепатита С, вирусного гепатита D (срок давности 3 месяца);
- при заболеваниях желудка и кишечника:
 1. эзофагогастродуоденоскопия (срок давности 30 дней);
 2. колоноскопия (срок давности 30 дней);
 3. ультразвуковое исследование почек и органов брюшной полости (срок давности 30 дней).

Отделение ревматологии:

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости (срок давности 30 дней).

Отделение эндокринологии:

- ультразвуковое исследование щитовидной железы (срок давности 90 дней).

Отделение нефрологии и диализа:

- консультативное заключение врача-нефролога, в том числе по результату телемедицинской консультации;
- ультразвуковое исследование почек и органов брюшной полости (срок давности 30 дней);
- дополнительно в биохимическом анализе крови: мочевая кислота, калий, натрий (срок давности 14 дней), гликированный гемоглобин (для больных с сахарным диабетом, срок давности 30 дней);
- эзофагогастродуоденоскопия (при направлении на инвазивное лечение, срок давности 30 дней);
- консультация врача-уролога (по показаниям, срок давности 30 дней);
- экскреторная урография (по показаниям, срок давности 30 дней);
- исследование уровня простатспецифического антигена в крови (для мужчин старше 55 лет, по показаниям, срок давности 90 дней).

Гинекологическое отделение:

- мазок на степень чистоты (срок давности 14 дней);
- кольпоскопия (срок давности 30 дней);
- ультразвуковое исследование органов малого таза (срок давности 30 дней);
- цитологическое исследование шейки матки (срок давности 1 год);
- гистероскопия, раздельное диагностическое вмешательство, заключение гистологического исследования (по показаниям, срок давности 6 месяцев);
- СА – 125 (при новообразованиях яичников, срок давности 30 дней);

- эзофагогастродуоденоскопия (при новообразованиях яичников, срок давности 30 дней).

Хирургическое отделение:

- при заболеваниях пищевода, желудка, ДПК:
 1. эзофагогастродуоденоскопия (срок давности 30 дней);
 2. ультразвуковое исследование почек и органов брюшной полости (срок давности 30 дней);
- при заболеваниях печени и внепеченочных желчных протоков, желчных свищах, холедохолитиазе, хроническом панкреатите и новообразованиях поджелудочной железы:
 1. эзофагогастродуоденоскопия (срок давности 30 дней);
 2. ультразвуковое исследование почек и органов брюшной полости (срок давности 30 дней);
- при неосложненных вентральных грыжах:
 1. эзофагогастродуоденоскопия (срок давности 30 дней);
 2. ультразвуковое исследование почек и органов брюшной полости (срок давности 30 дней);
- при эндокринных хирургических заболеваниях (необходимость проведения и срок давности определяется врачом специалистом на амбулаторном этапе):
 1. исследование уровня гормонов в крови;
 2. ультразвуковое исследование щитовидной железы;
 3. ультразвуковое исследование надпочечников;
 4. сцинтиграфия щитовидной железы;
 5. пункционная биопсия щитовидной железы;
 6. рентгенографические исследования (при остеомиелите).

Колопроктологическое отделение:

- при заболеваниях толстой кишки:
 1. колоноскопия, ректороманоскопия (по показаниям, срок давности 30 дней);
 2. эзофагогастродуоденоскопия (при направлении на инвазивное лечение, срок давности 30 дней).

Нейрохирургическое отделение:

- по показаниям: компьютерная томография или ядерная магнитно-резонансная томография головного мозга, спинного мозга (необходимость проведения исследования определяется на амбулаторном этапе врачом-специалистом, срок давности 90 дней);
- эзофагогастродуоденоскопия (срок давности 30 дней).

Отделение пластической и реконструктивной хирургии:

- компьютерная томография или ядерная магнитно-резонансная томография, УЗИ магистральных сосудов, лимфосцинтиграфия, электронейромиография, ангиография.

Отделение сосудистой хирургии (необходимость проведения исследования определяется на амбулаторном этапе врачом-специалистом):

- ультразвуковое исследование артерий, вен (срок давности 30 дней);
- спиральная компьютерная томография – ангиография.

Отделение торакальной хирургии:

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (срок давности 30 дней);
- эзофагогастродуоденоскопия (срок давности 30 дней).

Травматологическое отделение:

- при эндопротезировании:
 1. эзофагогастродуоденоскопия (срок давности 30 дней);
- при скопических исследованиях:
 1. рентгенография поврежденного или измененного сегмента (срок давности 30 дней);
 2. магнитно-резонансная томография, записанная на электронный носитель (срок давности 90 дней).

Урологическое отделение:

- ультразвуковое исследование почек и органов брюшной полости (срок давности 30 дней);
- экскреторная урография (срок давности 30 дней);
- исследование уровня простатспецифического антигена в крови (для мужчин старше 55 лет, срок давности 90 дней);
- эзофагогастродуоденоскопия (при планировании полостной операции, срок давности 30 дней).

Отделение челюстно-лицевой хирургии (необходимость проведения и срок давности определяется врачом специалистом на амбулаторном этапе):

- консультация врача-ортодонта;
- консультация врача-стоматолога-ортопеда;
- консультация врача-оториноларинголога;
- консультация врача-невролога;
- консультация врач-онколога;
- компьютерная томография лицевого черепа;
- магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстных суставов;
- магнитно-резонансная томография головы, шеи;
- электромиография.

Отделение оториноларингологии:

- рентгенография придаточных пазух носа (при хронических заболеваниях полости носа и придаточных пазух, срок давности 30 дней);
- компьютерная томография или ядерная магнитно-резонансная томография придаточных пазух носа (по показаниям, срок давности 90 дней);
- рентгенография височных костей по Шуллеру и Майеру (при хронических заболеваниях среднего уха, срок давности 30 дней);
- компьютерная томография височных костей (по показаниям, срок давности 90 дней);
- эзофагогастродуоденоскопия (при постожоговых стенозах пищевода).

ПРИЛОЖЕНИЕ №13
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЛАБОРАТОРНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

Общие положения

Кровь для лабораторных исследований рекомендуется сдавать утром, натощак, после 8-12 часового голодания. Если нет возможности посетить лабораторию в утренние часы, можете сдать кровь в течение дня. Вы должны воздерживаться от физических нагрузок, приема алкоголя в течение 24 ч до взятия крови.

Вам необходимо:

- не есть после 20.00;
- утром после подъема воздержаться от курения;
- если Вы принимаете лекарства, обязательно предупредите об этом лечащего врача;
- кровь следует сдавать до проведения рентгенологического, эндоскопического или физиотерапевтических процедур.

Непосредственно перед взятием крови на анализы необходимо исключить физическое напряжение (бег, подъем по лестнице) эмоциональное возбуждение. Поэтому непосредственно перед процедурой следует отдохнуть 10-15 минут и успокоиться. Очень важно, чтобы Вы точно следовали указанным рекомендациям, т.к. только в этом случае результаты будут правильными.

Общий анализ крови

Общий анализ крови назначен Вашим лечащим врачом, чтобы объективно оценить состояние Вашего здоровья.

- кровь сдается в утренние часы натощак (или в дневные и вечерние часы, спустя 3 часа после последнего приема пищи). Необходимо за 1-2 дня до исследования исключить из рациона продукты с высоким содержанием жиров, прием алкоголя. По возможности, исключить высокие эмоциональные и физические нагрузки накануне;
- не следует сдавать кровь для лабораторного исследования сразу после физиотерапевтических процедур, инструментального обследования, рентгенологического и ультразвукового исследований, массажа и других медицинских процедур;
- кровь для исследований нужно сдавать до начала приема лекарственных препаратов или не ранее, чем через 10-14 дней после их отмены. Если Вы принимаете лекарства, обязательно предупредите об этом лечащего врача.

Биохимический анализ крови

Биохимический анализ крови назначен Вашим лечащим врачом, чтобы объективно оценить состояние Вашего здоровья.

- кровь сдается в утренние часы, натощак, после 8-12 часового голодания. Необходимо за 1-2 дня до исследования исключить из рациона продукты с высоким содержанием жиров, прием алкоголя. По возможности, исключить высокие эмоциональные и физические нагрузки накануне;
- не следует сдавать кровь для лабораторного исследования сразу после физиотерапевтических процедур, инструментального обследования, рентгенологического и ультразвукового исследований, массажа и других медицинских процедур;

- кровь для исследований нужно сдавать до начала приема лекарственных препаратов или не ранее, чем через 10-14 дней после их отмены. Если Вы принимаете лекарства, обязательно предупредите об этом лечащего врача.

Общий анализ мочи

Общий анализ мочи назначен Вашим лечащим врачом, чтобы объективно оценить состояние Вашего здоровья.

- накануне сдачи анализа не рекомендуется употреблять овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи (свекла, морковь и прочие), не принимать диуретики;
- перед сбором мочи Вам необходимо провести тщательный туалет наружных половых органов. Женщинам не рекомендуется сдавать анализ мочи во время менструации;
- соберите примерно 50 мл утренней мочи в контейнер для сбора мочи. Завинчиваете емкость крышкой и доставляете мочу в лабораторию. Допускается хранение мочи в холодильнике (при $t+2$ $+4^{\circ}$ C), но не более 1,5 часов.

Анализ мочи по Нечипоренко

- накануне сдачи анализа не рекомендуется употреблять овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи (свекла, морковь и прочие), не принимать диуретики;
- перед сбором мочи вам необходимо провести тщательный туалет наружных половых органов. Женщинам не рекомендуется сдавать анализ мочи во время менструации;
- соберите утреннюю мочу в следующем порядке: небольшая начальная порция мочи сливается в унитаз, затем основная часть собирается в контейнер, в конце мочеиспускания моча снова сливается в унитаз;
- завинчиваете емкость крышкой и доставляете мочу в лабораторию. Допускается хранение мочи в холодильнике (при $t+2$ $+4^{\circ}$ C), но не более 1,5 часов.

Анализ мочи по Зимницкому

- накануне сдачи анализа не рекомендуется употреблять овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи (свекла, морковь и прочие), не принимать диуретики;
- собирать мочу необходимо в течение 24 часов на обычном питьевом режиме (1,5-2 л в сутки), учитывая выпитое количество жидкости за сутки;
- в 6 часов утра освободить мочевого пузыря (эту порцию мочи вылить). Далее через каждые 3 часа в течение суток собирать мочу в отдельные емкости, на которых указывать время сбора и номер порции. Всего 8 порций:
 1. 1 порция – с 6-00 до 9-00 утра;
 2. 2 порция – с 9-00 до 12-00;
 3. 3 порция – с 12-00 до 15-00;
 4. 4 порция – с 15-00 до 18-00;
 5. 5 порция – с 18-00 до 21-00;
 6. 6 порция – с 21-00 до 24-00;
 7. 7 порция – с 24-00 до 3-00;
 8. 8 порция – с 3-00 до 6-00 часов;
- все собранное количество мочи в 8 контейнерах доставить в лабораторию.

Исследование кала

- кал собирается после самопроизвольной дефекации в специально предназначенную посуду (одноразовые пластиковые контейнеры с герметичной крышкой и ложечкой-шпателем для отбора пробы кала);

- нельзя направлять материал для исследования после клизмы, приема медикаментов, влияющих на перистальтику кишечника, после приема касторового или вазелинового масла, после введения свечей, препаратов, влияющих на окраску кала (железо, висмут, сернокислый барий), приносить в КДЛ фекалии в памперсах. Кал не должен содержать мочи;
- емкость с фекалиями доставляется в лабораторию сразу после дефекации или не позднее 10-12 ч после дефекации при условии хранения в холодильнике при температуре +3-5 °С.

Исследование кала на скрытую кровь

- кал собирается после самопроизвольной дефекации в специально предназначенную посуду (одноразовые пластиковые контейнеры с герметичной крышкой и ложечкой-шпателем для отбора пробы кала);
- за три дня до исследования из рациона необходимо исключить мясо, печень, кровяную колбасу и все продукты, содержащие железо (яблоки, болгарский перец, шпинат, белую фасоль, зеленый лук, огурцы);
- нельзя направлять материал для исследования после клизмы, приема медикаментов, влияющих на перистальтику кишечника, после приема касторового или вазелинового масла, после введения свечей, препаратов, влияющих на окраску кала (железо, висмут, сернокислый барий);
- емкость с фекалиями доставляется в лабораторию сразу после дефекации или не позднее 5 ч после дефекации при условии хранения в холодильнике при температуре +3-5 °С.

Памятка для пациента по подготовке к ультразвуковому исследованию (УЗИ)

Подготовка к УЗИ органов брюшной полости

- наиболее приемлемое время для исследования — утром натощак. Если исследование предстоит во второй половине дня, утром допускается легкий завтрак и интервал между приемом пищи и УЗИ не менее 6 часов;
- за 2-3 дня до обследования рекомендуется исключить из рациона продукты, усиливающие газообразование в кишечнике (сырые овощи, богатые растительной клетчаткой, цельное молоко, черный хлеб, бобовые, газированные напитки, а также высококалорийные кондитерские изделия – пирожные, торты);
- при склонности к повышенному газообразованию рекомендуется 2-3 дня до исследования принимать энтеросорбенты (например, активированный уголь или эспумизан по 2 таблетки 3 раза в день).

УЗИ щитовидной железы, УЗИ мошонки, УЗИ почек

- эти исследования не требуют специальной подготовки.

УЗИ мочевого пузыря:

- исследование проводится при полном мочевом пузыре, поэтому необходимо выпить за 1 час до процедуры следующее количество негазированной жидкости (в зависимости от возраста): 1 год-100мл; 3 года – 150мл; 5 лет – 170-200мл; 7 лет – 300мл; 10 лет – 300-350мл; 13 лет и старше 500 мл.

Памятка для пациента по подготовке к рентгенологическому исследованию

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (гастроскопия)

- наиболее приемлемое время для исследования – утром натощак;

- последний прием пищи не позднее 20 часов накануне. Утром исключить завтрак.
- Рентгенологическое исследование почек (экскреторная внутривенная урография)
- исключить из рациона продукты, способствующие газообразованию (овощи, фрукты, сладости, молоко, чёрный хлеб);
- по назначению врача можно принимать активированный уголь;
- ограничить приём жидкости до 1 литра со второй половины дня накануне исследования;
- очистительные клизмы утром и вечером.
- МРТ почек и мочевых путей**
- специальной подготовки к МРТ почек не требуется;
- мочевой пузырь при МРТ таза должен быть заполнен частично, чтобы не возникали позывы к мочеиспусканию во время исследования;
- наличие в теле инородных металлических материалов, имплантированных кардиостимуляторов и других устройств, чувствительных к магнитному полю ограничивает возможность применения МРТ;
- рекомендуется заранее обговорить возможность подробной записи полученных изображений в цифровом виде на компакт-диске, выдаваемом на руки пациенту вместе с заключением.

Памятка для пациента по подготовке к эндоскопическим методам исследованиям

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Эзофагогастродуоденоскопия – эндоскопическое исследование, при котором осматриваются верхние отделы желудочно-кишечного тракта: пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка.

- исследование проводится натощак. Допускается прием лекарственных препаратов с небольшим количеством воды;
- перед исследованием необходимо сообщить врачу об имеющейся аллергии на лекарства, если она у Вас имеется и о том, какие лекарственные препараты Вы принимаете.

Фиброколоноскопия

Фиброколоноскопия – эндоскопическое исследование, во время которого визуально, то есть под контролем зрения, оценивается состояние слизистой оболочки толстой кишки.

- исследование проводится натощак. Допускается прием лекарственных средств.
- Подготовка к колоноскопии:
- для того чтобы осмотреть слизистую оболочку толстой кишки необходимо, чтобы в ее просвете не было каловых масс. За два дня до исследования рекомендуется употреблять в пищу бульон, отварное мясо, рыбу, курицу, яйца, сыр, белый хлеб, печенье. Следует исключить фрукты, овощи, зелень, злаковые, бобовые, грибы, ягоды, зерновой хлеб;
- накануне исследования – водно-чайная диета (минеральная вода, чай, прозрачные соки, бульоны).
- Подготовка кишечника с использованием препарата Фортранс:
- прием раствора Фортранса желательно начинать не раньше, чем через 2 часа после еды (1 пакетик растворить в 1 литре воды). При необходимости для улучшения вкусовых свойств добавить сок лимона;
- раствор Фортранса принимать по 1 стакану на протяжении каждые 15 минут (за 1 час необходимо выпить 1 литр раствора Фортранса);
- прием раствора Фортранса необходимо закончить минимум за 3 часа до процедуры;

- для полной очистки необходимо выпить 3 литра раствора (3 пакетика Фортранса). Если есть предрасположенность к запорам – 4 литра (4 пакетика Фортранса);
- до проведения процедуры разрешается употреблять только жидкую пищу: кипячёную воду, бульон, чай или сок;
- если процедура завтра утром: последний прием пищи закончить сегодня в 14:00; прием раствора Фортранса начать в 16:00; с 16:00 до 17:00 принять первый литр раствора Фортранса; с 17:00 до 18:00 принять второй литр раствора Фортранса; с 18:00 до 19:00 принять третий литр раствора Фортранса; с 19:00 до 20:00 принять четвертый литр раствора Фортранса (если это необходимо);
- если процедура завтра после обеда: последний прием пищи закончить сегодня в 16:00; прием раствора Фортранса начать в 18:00; с 18:00 до 19:00 принять первый литр раствора Фортранса; с 19:00 до 20:00 принять второй литр раствора Фортранса; утром в день исследования с 7:00 до 8:00 принять третий литр раствора Фортранса; с 8:00 до 9:00 принять четвертый литр раствора Фортранса (обязательно);
- действие препарата начинается в среднем после окончания приема первого литра раствора Фортранса и прекращается через 3-5 часов после окончания приема последнего литра.

Приложение № 14
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

Порядок организации плановой помощи при направлении пациентов во внешние медицинские организации (МО)

1. Назначение лечебно-диагностических мероприятий

- 1.1. Решение о направлении пациента на медицинские услуги во внешние МО принимает лечащий врач, в соответствии с обоснованной тактикой обследования и лечения.
- 1.2. Направлению на дополнительное обследование и консультации в рамках фондодержания подлежат граждане, прикрепленные для медицинского обслуживания к ОГАУЗ «-----».
- 1.3. Перечень медицинских услуг и МО определен Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Томской области.
- 1.4. По назначению лечащего врача медицинская сестра (медицинский брат) в МИС ТО оформляет направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию, форма № 057/у-04 (далее – направление) и проверяет корректность автозаполнения сведений в направлении: диагноз, код медицинской услуги, обоснование направления, ФИО пациента и ФИО направившего врача.
- 1.5. Врач сообщает пациенту в доступной для него форме информацию о его состоянии здоровья, плане обследования и лечения.
- 1.6. План обследования пациента врач прикладывает к направлению. Пациент имеет право отказаться от любого вида медицинского вмешательства. Письменный отказ оформляется в установленном порядке врачом на приеме.
- 1.7. Медицинская сестра (медицинский брат) уточняет у пациента контактную информацию и предпочтительный способ связи, а также удобное время и дату посещения МО для получения МУ.
- 1.8. Медицинская сестра (медицинский брат) информирует пациента о сроках согласования направления и оформлении записи на назначенные лечебно-диагностические мероприятия.
- 1.9. Согласованию подлежат все направления во внешние МО за исключением направлений на лечебно-диагностические мероприятия в рамках ДОГВН и ПМО.
- 1.10. После приема медицинская сестра (медицинский брат) передает направления заведующему структурным подразделением для согласования.
- 1.11. Заведующий структурным подразделением в течение 1 рабочего дня согласовывает направление и передает в регистратуру для КОПП. При наличии замечаний к оформлению направления или обоснованности выбранной тактики, заведующий сообщает направившему врачу о необходимости устранения несоответствий. Срок согласования и устранения несоответствий должно быть проведено в течение 2-х рабочих дней.

1.12. Пациент имеет право самостоятельно согласовать направление, обратившись к заведующему структурным подразделением согласно утвержденному графику работы.

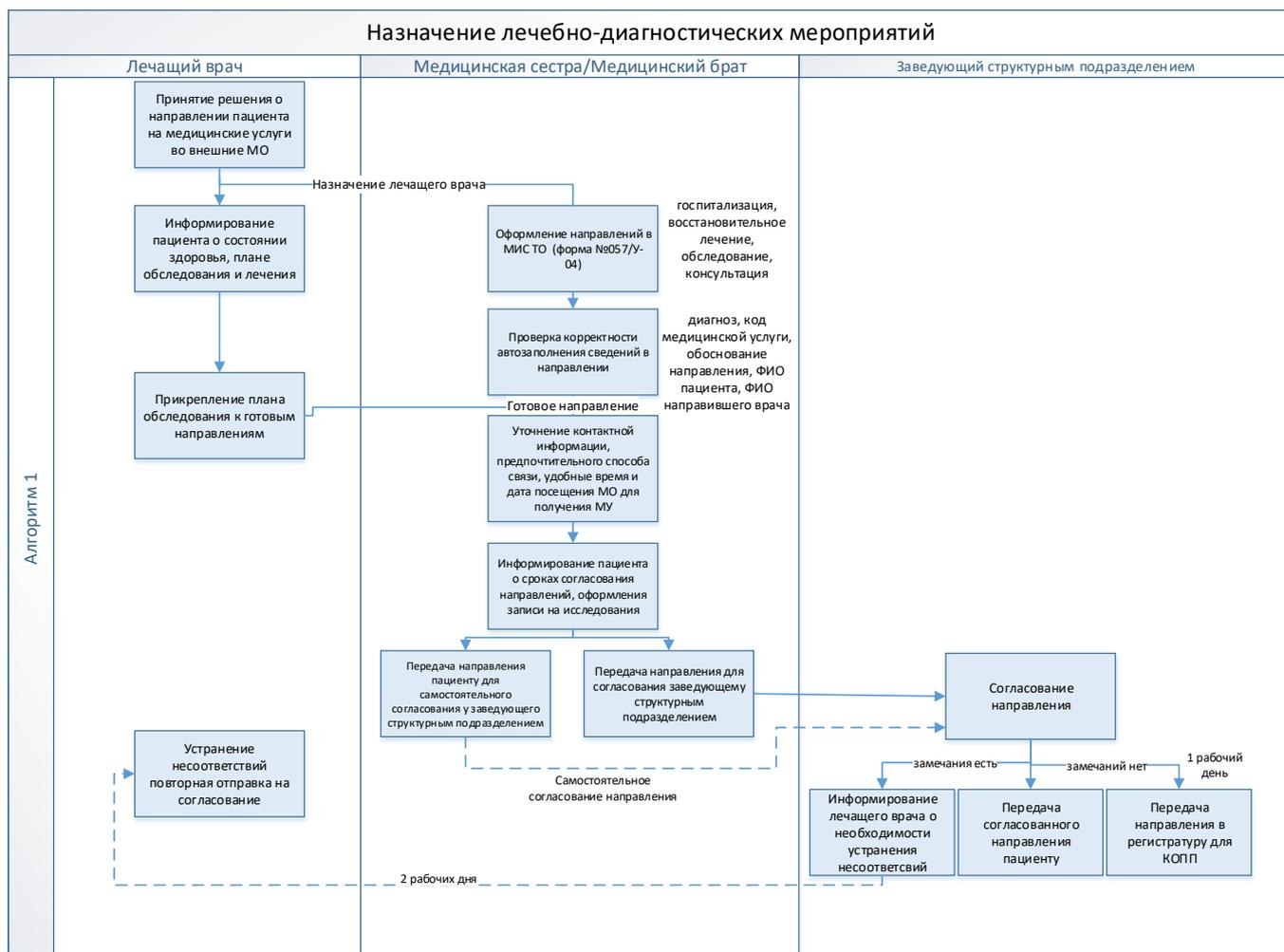


Рисунок 1. Блок-схема «Назначение лечебно-диагностических мероприятий»

2. Прием и регистрация направлений в КОПП

Администратор (регистратор, оператор) КОПП выполняет следующие функции по организации плановой помощи и маршрутизации пациента:

- 2.1. В зависимости от способа согласования направления (с участием или без участия пациента) принимает направление от пациента или забирает в регистратуре.
- 2.2. Регистрирует направление в журнале учета (в электронном или печатном формате).
- 2.3. Проверяет корректность оформления направления:
 - a) заполнены все поля;
 - b) код диагноза по МКБ-10 соответствует профилю МУ, на которую выдано направление;
 - c) код МУ соответствует перечню МУ, включенных в ТПГГ;
 - d) бланк направления оформлен подписями лечащего врача и заведующего отделением, печатями и штампом МО.

2.4. При выявлении несоответствий передает направления на доработку лечащему врачу с отметкой в журнале учета.

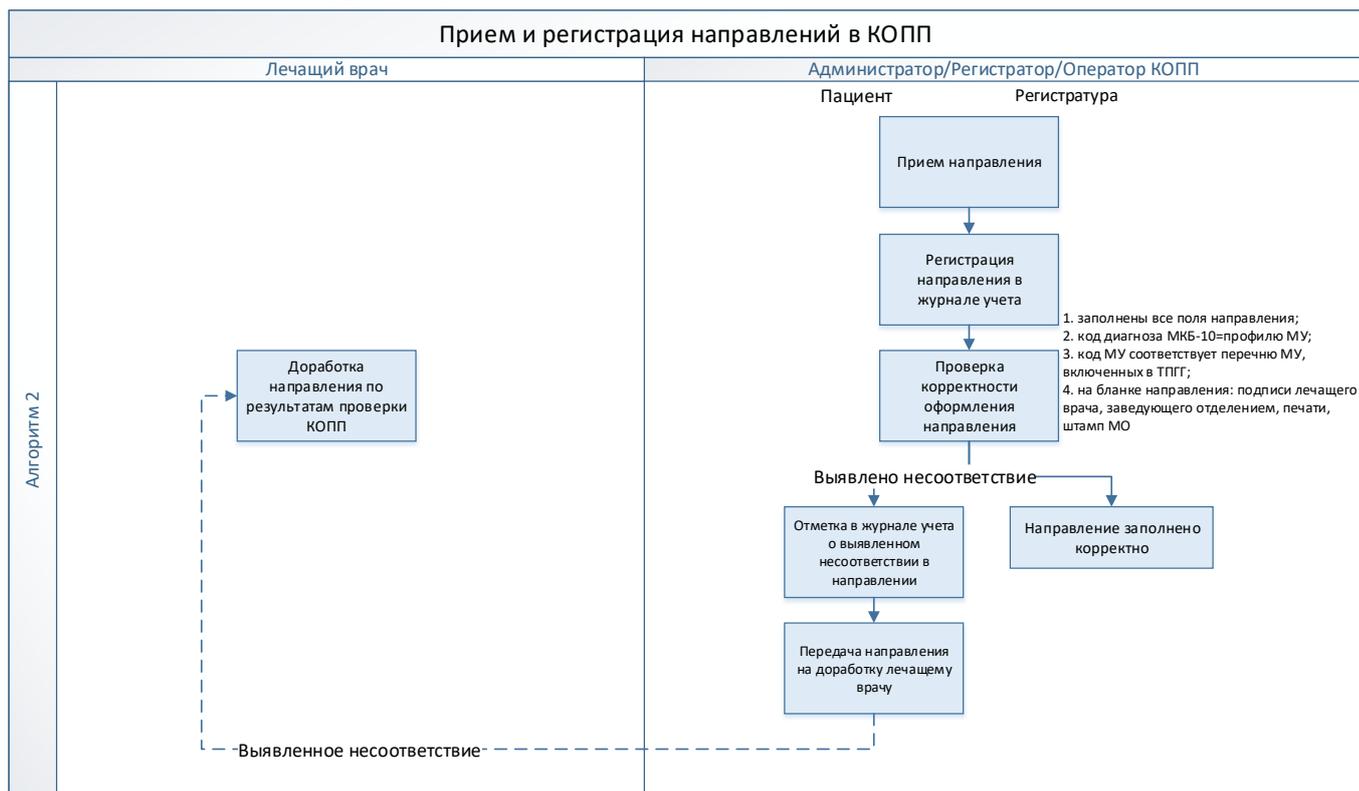


Рисунок 2. Блок-схема «Прием и регистрация направлений в КОПП»

3. Планирование маршрута пациента в КОПП при направлении на обследование, консультации в амбулаторных условиях

Администратор КОПП (оператор, регистратор) выполняет следующие действия:

- 3.1. Согласовывает с пациентом дату и время записи посредством телефонной связи или очно при личном обращении пациента в КОПП с направлением.
- 3.2. Записывает пациента на МУ с использованием доступных способов:
 - а) электронное расписание в МИС ТО;
 - б) обращение посредством телефонной связи в КОПП МО, в которую требуется записать пациента;
 - в) направление списков пациентов в КОПП МО, в которую требуется записать пациента по ViPNet. Вносит в журнал учета направлений дату отправки списка.
- 3.3. Записывает пациента на повторный прием к лечащему врачу в соответствии с прогнозируемой датой готовности результатов обследования или консультации.
- 3.4. Формирует пакет документов пациенту для получения МУ:
 - а) направление ф. 057/у оформленное и заверенное подписями ответственных лиц в соответствии с требованиями;
 - б) памятка для пациента о правилах подготовки к обследованию;
 - в) маршрутная карта;
 - г) выписка из амбулаторной карты пациента (срок давности не более 30 дней).

3.5. Передает сформированный пакет документов в регистратуру.

3.6. Информировует пациента о готовности документов, графике и месте выдачи документов. Напоминает о том, в какую дату, время и в какую МО он должен обратиться для получения медицинской услуги.

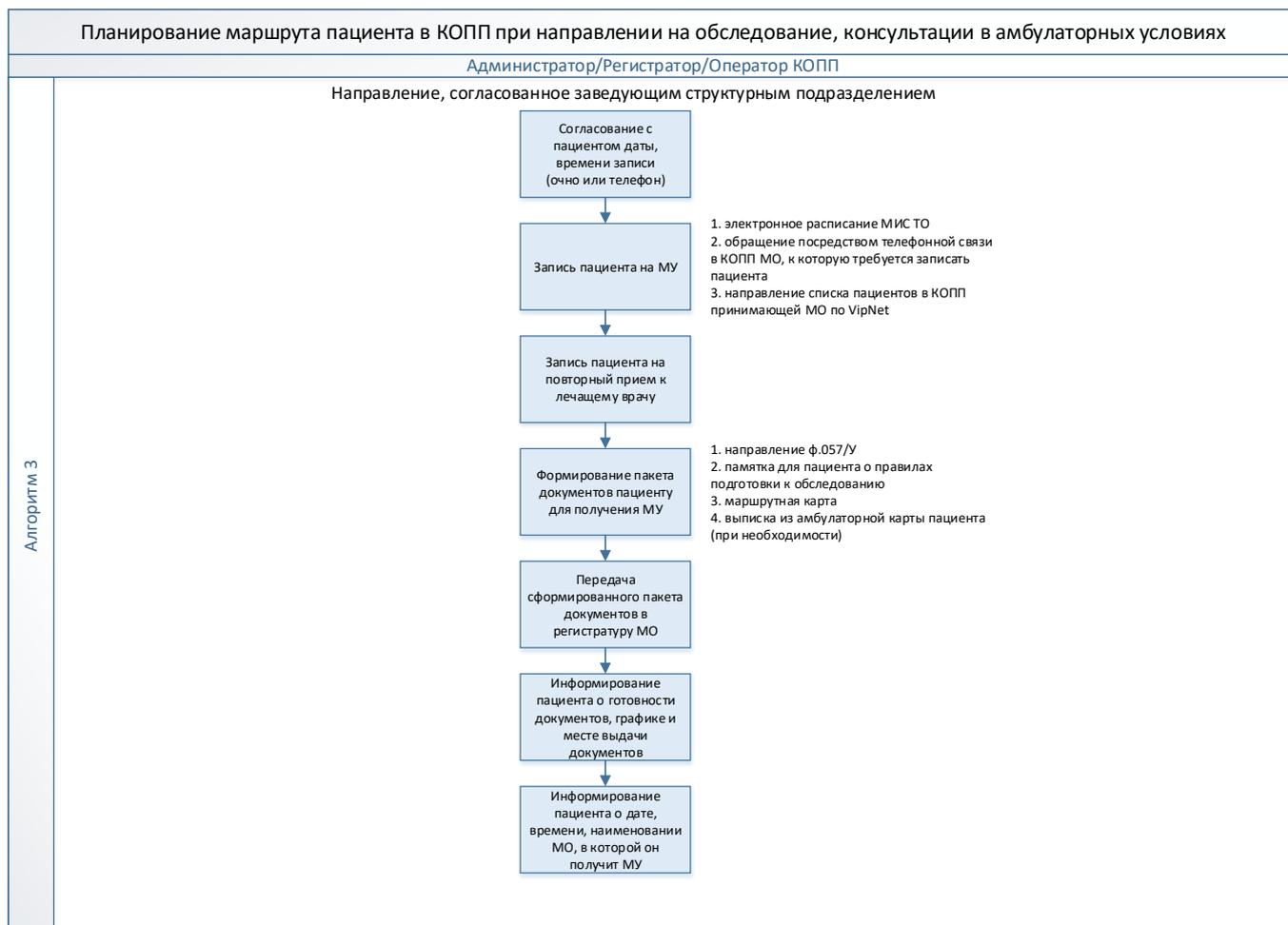


Рисунок 3. Блок-схема «Планирование маршрута пациента в КОПП при направлении на обследование, консультации в амбулаторных условиях»

4. Планирование маршрута пациента в КОПП при направлении на плановую госпитализацию.

Администратор КОПП (оператор, регистратор) выполняет следующие действия:

- 4.1. Формирует и направляет пакет документов (направление, выписка из амбулаторной карты и другие, определенные действующими требованиями к направлению на лечение в стационарных условиях) по защищенному каналу связи (VipNet, МИС ТО, ЕГИСЗ) в отделение стационара МО, в которое планируется госпитализация;
- 4.2. В течение 2 рабочих дней по защищенному каналу связи получает заключение с указанием перечня дополнительного обследования, назначенной даты и времени плановой госпитализации или, при необходимости, о дате и времени проведения очной консультации заведующего отделением (не позднее 7 рабочих дней с момента получения пакета документов), в которое планируется госпитализация пациента;
- 4.3. Планирует маршрут пациента, в зависимости от заключения, полученного из МО:

- a) решение о плановой госпитализации принято, дополнительное обследование НЕ требуется – передает пакет документов в регистратуру, информирует пациента о дате и времени плановой госпитализации, графике и месте получения пакета документов на плановую госпитализацию;
 - b) решение о плановой госпитализации принято, требуется дополнительное обследование:
 - согласовывает с лечащим врачом пациента дополнительный план обследования;
 - информирует пациента о назначенной дате госпитализации и необходимости пройти дообследование;
 - планирует сроки прохождения обследования, с учетом сохранения актуальности результатов исследования на дату госпитализации;
 - согласовывает с пациентом даты и время прохождения обследования и записывает в расписание МИС ТО. Если назначенные услуги не выполняются в МО, действует согласно п.3 настоящего порядка.
 - c) решение о плановой госпитализации НЕ принято, требуется дополнительное обследование:
 - согласовывает с лечащим врачом пациента дополнительный план обследования;
 - информирует пациента о необходимости пройти дообследование;
 - согласовывает с пациентом даты и время прохождения обследования и записывает в расписание МИС ТО. Если назначенные услуги не выполняются в МО, действует согласно п.3 настоящего порядка;
 - после получения результатов возвращается к п.п. 4.1 настоящего порядка.
 - d) решение о плановой госпитализации НЕ принято, требуется очная консультация заведующего отделением стационара:
 - информирует пациента о дате, времени и адресе проведения консультации заведующим отделением;
 - e) в течение 1 рабочего дня после проведения консультации получает заключение о принятом решении, в зависимости от которого выбирает вариант дальнейших действий:
 - при получении отказа от госпитализации передает информацию лечащему врачу и завершает сопровождение данного случая с отметкой в журнале учета направлений;
 - при получении положительного решения действует согласно подпунктам 4.3.a) или 4.3.b) настоящего Порядка.
- 4.4. После очной консультации заведующего отделением стационара принимается решение о госпитализации или об отказе в госпитализации, определяется дата госпитализации, определяется необходимость и объем дополнительного обследования, информация передается в КОПП в виде заключения по защищенному каналу связи (ViPNet, МИС ТО), а также выдается заключения на руки пациенту.

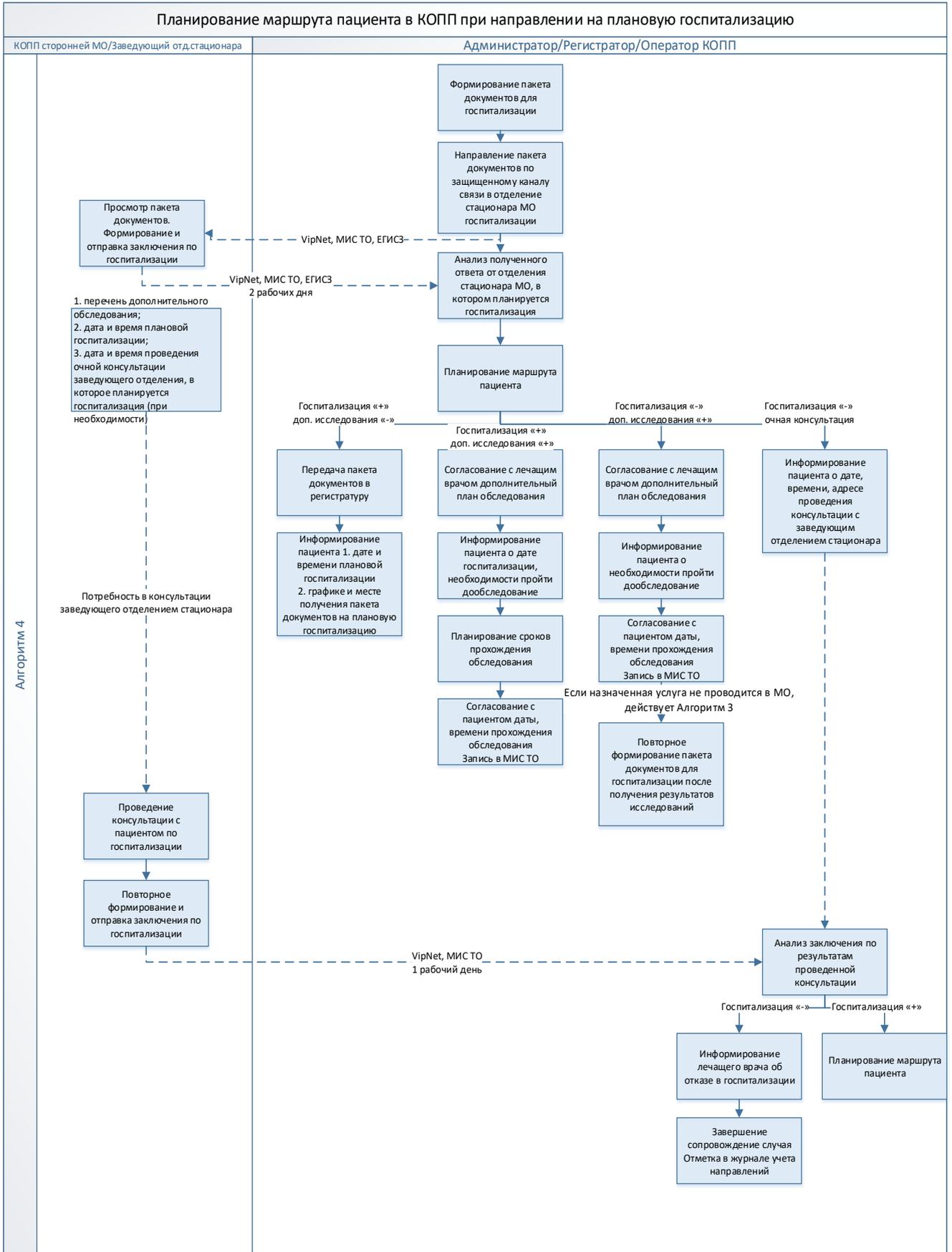


Рисунок 4. Блок-схема «Планирование маршрута пациента в КОПП при направлении на плановую госпитализацию»

5. Мониторинг сроков документооборота между МО:

- 5.1. Сроки направления и рассмотрения документов при направлении на консультации, обследование и госпитализации определены распоряжением ДЗТО от 10.09.2018 №814 «О порядке направления пациентов на плановую госпитализацию» и от 10.09.2018 № 813 «Об утверждении порядка госпитализации и оптимального объема обследования для консультации и плановой госпитализации».
- 5.2. Администратор КОПП контролирует своевременность получения информации от МО, в которую был направлен запрос с документами пациента для определения сроков проведения консультации или плановой госпитализации.
- 5.3. В случае неполучения информации в установленный срок, администратор КОПП принимает меры для решения вопроса с МО, в которую были направлены документы пациента:
- посредством телефонной связи уточняет причины отсутствия обратной связи у ответственного за организацию плановой помощи во внешней МО и направляет повторное уведомление по VipNet;
 - информирует своего руководителя об отсутствии обратной связи от внешней МО и далее действует в соответствии со схемой эскалации проблем (цепочка помощи);
 - фиксирует сведения в журнале учета направлений.

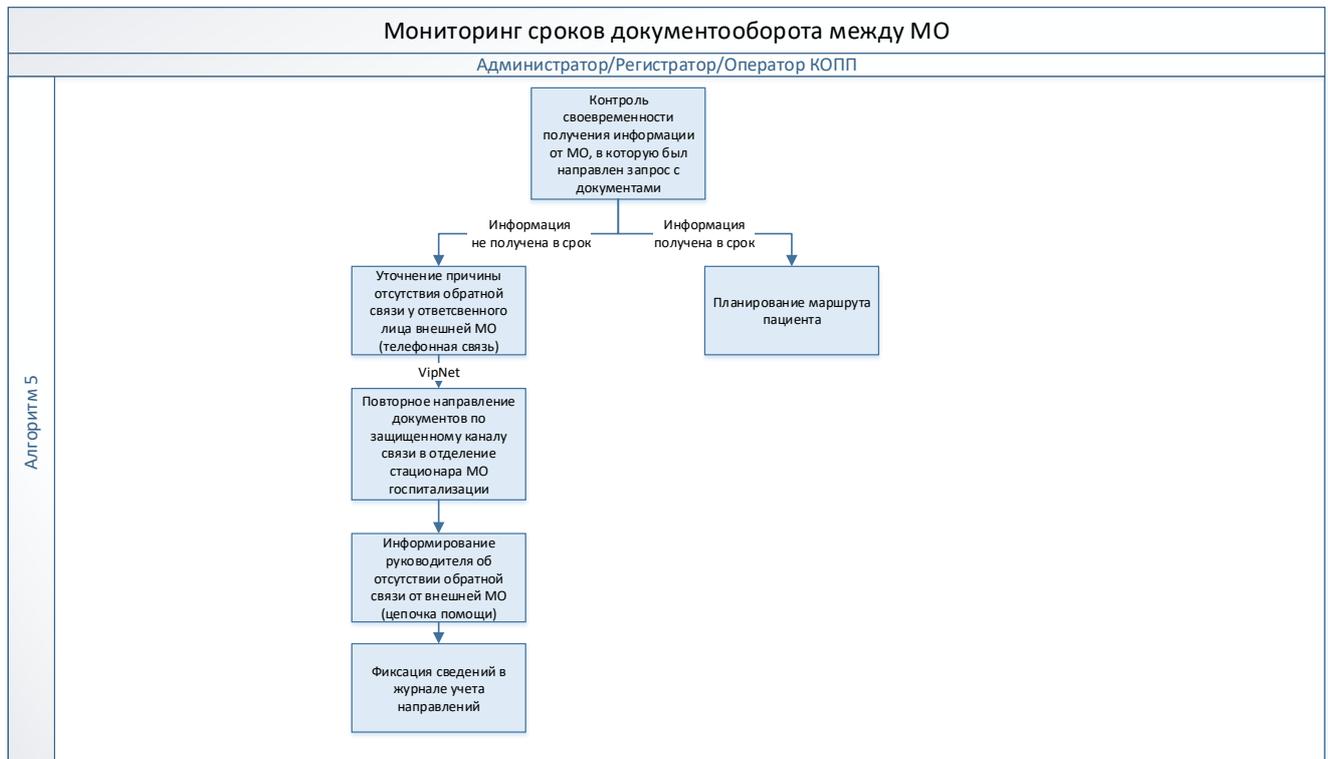


Рисунок 5. Блок-схема «Мониторинг сроков документооборота между медицинскими организациями»

КОРПОРАТИВНЫЙ СТИЛЬ В ФОРМЕ ОДЕЖДЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Варианты идентификации врачей и медицинских сестер

Для того чтобы пациент мог свободно идентифицировать медицинский персонал по категориям «врач»/«медицинская сестра», необходимо предусмотреть атрибуты идентификации. В качестве основного атрибута должны выступать бейджи сотрудников. Дополнительным решением являются различные элементы оформления медицинского халата.

Цветовая гамма для оформления бейджей: красный цвет – врач, зеленый цвет – медсестра, синий цвет – иные работники МО.

Варианты идентификации:

- бейдж – это элемент спецодежды в виде значка, наклейки, карточки, предназначенный для предоставления информации о его носителе. Бейдж содержит данные, позволяющие идентифицировать лицо, которое его носит. Бейдж должен содержать: ФИО, должность сотрудника, название МО. Бейдж является наиболее легким и доступным способом решения задачи идентификации персонала. Варианты дизайна бейджей представлены на рисунке 1.

- маркировка медицинской спецодежды в виде нашивки или вышивки на медицинском халате/костюме.

Вариант 1. Нашивки на плечах медицинского халата с буквами «В» (на медицинском халате врача) и «М» (на медицинском халате медицинской сестры). Предлагаемое цветовое оформление: темно-зеленый или бордовый цвета (рис. 2).

Вариант 2. Нашивки на плечах медицинского халата со словами «Врач» и «Медицинская сестра». Предлагаемое цветовое оформление: темно-зеленый или бордовый цвета (рис. 3).

Вариант 3. Вышивки на груди (на правой стороне) медицинского халата. На медицинском халате врача – буква «В» в золотом цвете, на медицинском халате медсестры – буква «М» в серебряном цвете (рис. 4).

Вариант 4. Использование цветной полосы на плечах и на воротнике медицинского халата. На медицинском халате врача размещается полоса светло-голубого цвета, на медицинском халате медсестры – полоса светло-зеленого цвета (рис. 5).

Вариант 5. Комплексное использование нашивки и цветной полосы. В этом случае на медицинском халате врача на груди располагается нашивка в виде буквы «В» золотого цвета и светло-голубая полоса на плече и на воротнике медицинского халата. На медицинском халате медсестры на груди располагается нашивка в виде буквы «М» серебряного цвета и светло-зеленая полоса на плече и на воротнике медицинского халата (рис. 6).

Вариант 6. При разработке вариантов идентификации медицинского персонала стационаров возможно предусмотреть идентификацию не только по категориям «врач»/«медицинская сестра», но и по принадлежности медицинского сотрудника к определенному подразделению стационара. В таком случае на плечах медицинского халата в дополнение к цветной полосе, обозначающей врача или медицинскую сестру, добавляется еще одна цветная полоса, обозначающая принадлежность к подразделению МО. Цвет подразделения идентичен цвету цветовой дорожки, ведущей к нему (рис. 7).

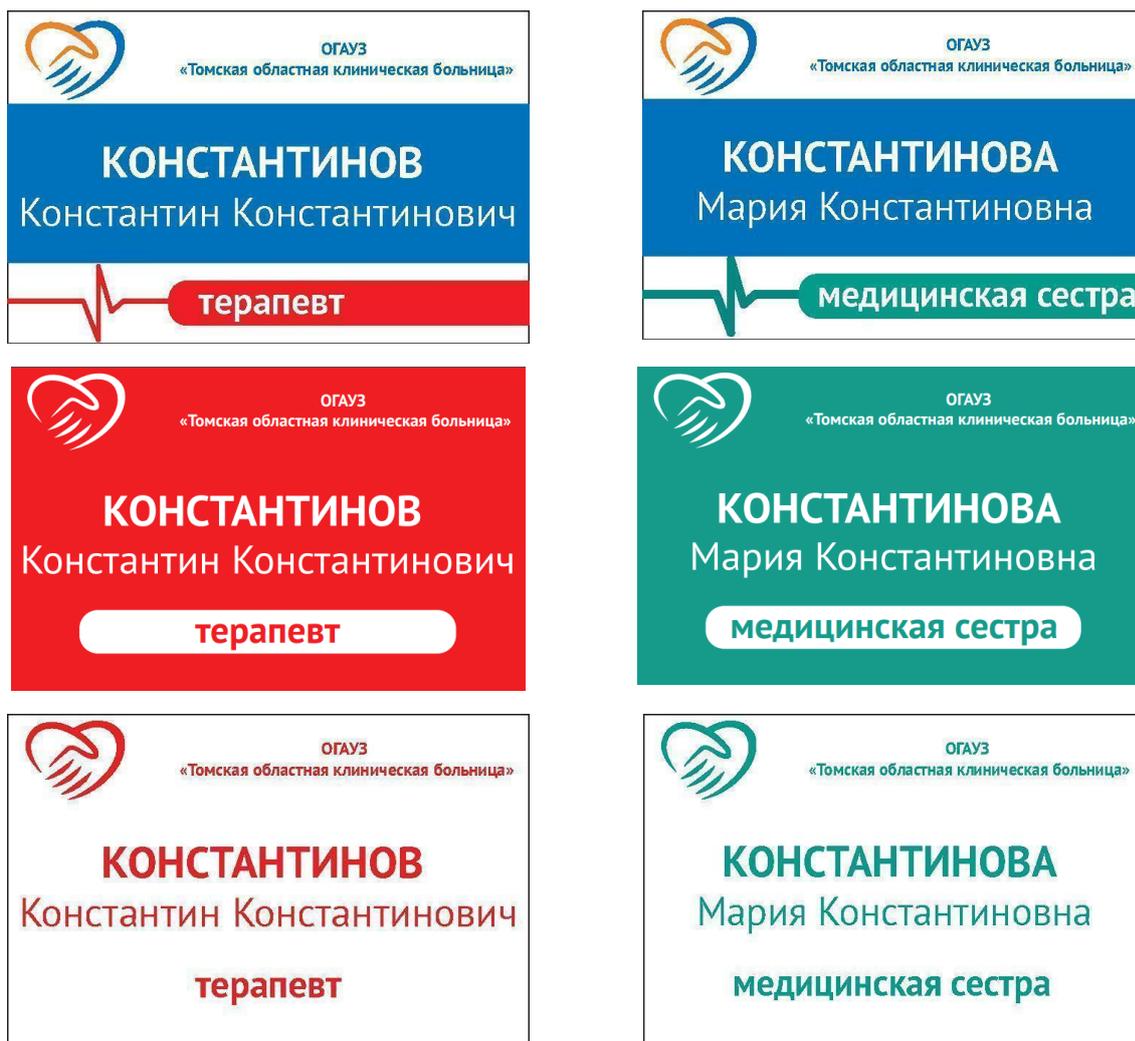


Рисунок 1. Варианты дизайна бейджа



Рисунок 2. Нашивки на плечах медицинского халата с буквами



Рисунок 3. Нашивки на плечах медицинского халата со словами «Врач» и «Медсестра»



Рисунок 4. Вышивки на груди (на правой стороне) медицинского халата

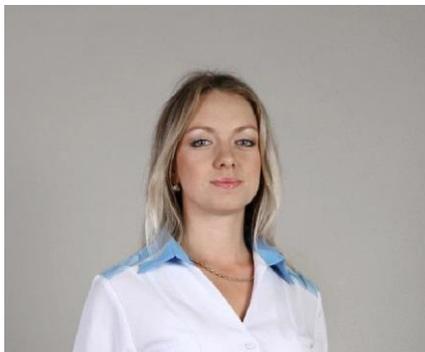


Рисунок 5. Использование цветной полосы на плечах и на воротнике медицинского халата



Рисунок 6. Комплексное использование нашивки и цветной полосы

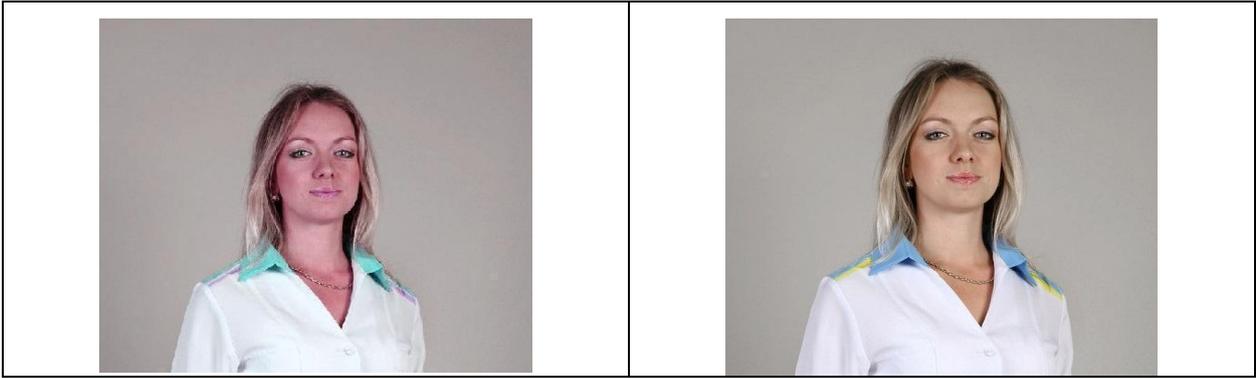


Рисунок 7. Обозначение принадлежности к подразделению МО

КОДЕКС ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

1. Общие положения

1.1. Главная цель профессиональной деятельности врача – сохранение жизни человека, профилактика заболеваний и восстановление здоровья, а также уменьшение страданий при неизлечимых заболеваниях. Свои обязанности врач выполняет, следуя голосу совести, руководствуясь клятвой Гиппократата, принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, ст. 41 Конституции Российской Федерации и Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.2. Врач несет всю полноту ответственности за свои решения и действия. Для этого он обязан систематически профессионально совершенствоваться, памятуя, что качество оказываемой больным помощи никогда не может быть выше его знаний и умений. В своей деятельности врач должен использовать последние достижения медицинской науки, известные ему и разрешенные к применению.

1.3. В основу настоящего Кодекса положены Конституция Российской Федерации, Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Кодекс врачебной этики РФ (1997 г.), Международный кодекс врачебной этики (принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Лондон, Великобритания, октябрь 1949 г., дополнен 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 г., и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.).

2. Основные обязанности врача

2.1. Врач обязан оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам.

2.2. Как в мирное, так и в военное время врач должен оказывать медицинскую помощь любому в ней нуждающемуся независимо от возраста, пола, расы, национальности, вероисповедания, социального положения, политических взглядов, гражданства и других немедицинских факторов, включая материальное положение.

2.3. Врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации и этических ценностей.

2.4. Мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на принятие врачом профессионального решения.

2.5. Врач не должен принимать поощрений от фирм-изготовителей и распространителей лекарственных препаратов за назначение предлагаемых ими лекарств.

2.6. Врач должен при назначении лекарств строго руководствоваться медицинскими показаниями и исключительно интересами больного.

2.7. Врач должен добросовестно выполнять взятые на себя обязательства по отношению к учреждению, в котором он работает.

2.8. Врач обязан доступными ему средствами (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в

соблюдении общественных и профессиональных этических норм. Поведение врача не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.

2.9. Врач может заниматься какой-либо иной деятельностью, если она совместима с профессиональной независимостью, не унижает достоинства врача и не наносит ущерб пациентам и его врачебной деятельности.

2.10. Врач может содействовать врачебным объединениям и ассоциациям, активно участвуя в их работе, а также выполняя их поручения.

2.11. Врач должен всегда развивать свою профессиональную компетентность и поддерживать наивысшие стандарты профессионального поведения. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня – первейший профессиональный долг врача. Врач должен быть компетентен в отношении моральных и юридических прав пациента.

2.12. Врач должен уважать законное право пациента или его законного представителя (когда он имеет дело с ребенком или недееспособным больным) принимать или отказываться от лечения.

2.13. Врач должен уважать права и предпочтения пациентов, коллег и других медицинских работников.

2.14. Врач должен осознавать свою важную роль в образовательном процессе в обществе, но ему следует быть крайне осторожным, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.

2.15. В любой ситуации врач не освобождается от обязанности оказывать неотложную медицинскую помощь, а также от этических обязательств по отношению к тем пациентам, кто в данный момент находится у него на лечении.

2.16. Врач должен стремиться использовать наилучшим способом лечебные средства с максимальной пользой для пациентов и общества.

2.17. Врач должен принять соответствующие меры (извещение администрации больницы, лечение), если он страдает от душевного или физического заболевания, препятствующего выполнению должностных обязанностей.

2.18. Врач должен уважать местные или национальные этические нормы. Врач должен поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены – неотъемлемое качество личности врача.

2.20. Врач должен постоянно помнить о своем долге сохранения человеческой жизни.

2.21. Врачебную практику врач может осуществлять только под собственной фамилией, не используя псевдоним и не указывая не присвоенных официально титулов, степеней, званий.

3. Обязанности врача по отношению к пациенту

3.1. Врач отвечает за качество оказываемой пациентам медицинской помощи. В своей работе он обязан руководствоваться законами Российской Федерации, действующими нормативными документами для врачебной практики (медицинскими стандартами), но в рамках этих предписаний, учитывая особенности заболевания, выбирать те методы профилактики, диагностики и лечения, которые сочтет наиболее эффективными в каждом конкретном случае, руководствуясь интересами больного. При необходимости врач обязан воспользоваться помощью своих коллег.

3.2. Врач не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. Врач должен действовать во благо интересов пациента, оказывая медицинскую помощь. При выборе любого метода лечения врач прежде всего должен руководствоваться заповедью «Не навреди!».

3.3. За исключением случаев неотложной помощи, когда он обязан предпринимать меры, не усугубляющие состояние больного, врач имеет право отказаться от лечения больного, если уверен, что между ним и пациентом нет необходимого взаимного доверия, если чувствует себя недостаточно компетентным или не располагает необходимыми для проведения лечения возможностями. В этих и подобных случаях врач должен принять все меры к информированию об этом администрации учреждения и порекомендовать больному компетентного специалиста.

3.4. Врач должен уважать право пациента на выбор врача и участие в принятии решений о проведении лечебно-профилактических мер. Добровольное согласие пациента на лечение врач обычно получает при личном разговоре с больным. Это согласие должно быть осознанным, больной должен быть непременно информирован о методах лечения, о последствиях их применения, в частности, о возможных осложнениях, других альтернативных методах лечения. Проведение лечебно-диагностических мероприятий без согласия пациента разрешено только в случаях угрозы для жизни и здоровья пациента и неспособности его адекватно оценивать ситуацию. Желательно решение в подобных случаях принимать коллегиально. При лечении лиц, страдающих психическими заболеваниями, врач должен руководствоваться Законом Российской Федерации № 3185-1 от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». При лечении ребенка врач обязан предоставлять полную информацию его родителям или опекунам, получить их согласие на применение того или иного метода лечения или лекарственного средства.

3.5. Врач должен уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно, уважать его права на личную тайну, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием больного, но в то же время он не должен без достаточных на то профессиональных причин вмешиваться в частные дела пациента и членов его семьи.

3.6. Если пациент не способен осознанно выразить свое согласие, его должен выразить законный представитель или лицо, постоянно опекающее пациента.

3.7. Пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, но он может от нее отказаться или в письменном согласии указать лицо, которому следует сообщать о состоянии его здоровья. Информация может быть скрыта от пациента в тех случаях, если имеются веские основания полагать, что она может нанести ему серьезный вред. Однако по четко выраженному пациентом требованию врач обязан предоставить ему полную информацию. В случае неблагоприятного прогноза для больного необходимо проинформировать его предельно деликатно и осторожно, оставив надежду на продление жизни, на возможный благоприятный исход.

3.8. По желанию пациента врач не должен препятствовать реализации его права на консультацию другим врачом.

3.9. Самореклама при общении врача с больным недопустима.

3.10. При совершении ошибки или развитии в процессе лечения непредвиденных осложнений врач обязан проинформировать об этом больного, в необходимых случаях –

администрацию учреждения, и немедленно приступить к действиям, направленным на исправление вредных последствий, не дожидаясь указаний на это.

3.11. При отборе больных, требующих проведения сложных профилактических, диагностических и особенно лечебных мероприятий, врачи, вынужденно устанавливающие очередность в оказании помощи, должны исходить из строгих медицинских показаний и принимать решения в соответствии с действующим в учреждении локальным нормативным актом.

3.12. Врач должен отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит желание пациента добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами (коррупциогенный фактор). Врач вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не унижающей человеческого достоинства обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм.

4. Обязанности врача по отношению к коллегам

4.1. Врач должен вести себя по отношению к своим коллегам так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.

4.2. В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение и чувство благодарности к тому, кто научил его искусству врачевания.

4.3. Врачи, обучающие студентов и молодых специалистов, своим поведением и отношением к исполнению своих обязанностей должны быть примером, достойным подражания.

4.4. Врач должен быть честен в отношениях с коллегами и бороться с проявлением коллегами неэтичности, некомпетентности, обмана и мошенничества.

4.5. Врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества. Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательностью.

4.6. Врачи обязаны с уважением относиться к другому медицинскому и вспомогательному персоналу учреждения, постоянно заботясь о повышении его квалификации. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждается медицинской этикой.

4.7. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны. Врач не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию другого врача или каким-либо иным образом его дискредитировать. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в неоскорбительной форме, желательно в личной беседе, прежде чем о них будет проинформировано медицинское сообщество или вопрос будет вынесен на обсуждение этического комитета (комиссии).

4.8. Медицинское сообщество обязано оказывать помощь врачу в восстановлении его профессиональной репутации.

4.9. В трудных клинических случаях опытные врачи должны давать советы и оказывать помощь менее опытным коллегам в корректной форме. Но за процесс лечения всю полноту ответственности несет только лечащий врач, который вправе принять рекомендации коллег или от них отказаться, руководствуясь при этом исключительно интересами больного.

4.10. Врачи-руководители обязаны заботиться о повышении профессиональной квалификации своих коллег-подчиненных.

5. Врачебная тайна

5.1. Каждый пациент имеет право на сохранение личной тайны, и врач обязан сохранять врачебную тайну даже после смерти пациента, как и сам факт обращения за медицинской помощью, если больной не распорядился иначе.

5.2. Тайна распространяется на все сведения, полученные в процессе обращения и лечения больного (факт обращения за медицинской помощью, диагноз, методы лечения, прогноз и др.).

5.3. Медицинская информация о пациенте может быть раскрыта:

- по ясно выраженному письменному согласию самого пациента;
- по мотивированному требованию органов дознания, следствия и суда;
- если сохранение тайны существенным образом угрожает здоровью и жизни пациента и (или) других лиц (опасные инфекционные заболевания);
- в случае привлечения к лечению других специалистов, для которых эта информация является профессионально необходимой.

5.4. Врач должен следить за тем, чтобы лица, принимающие участие в лечении больного, также соблюдали профессиональную тайну.

5.5. Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны сохранять в тайне все полученные о пациенте сведения.

5.6. В процессе научных исследований, обучения студентов и усовершенствования врачей должна соблюдаться врачебная тайна. Демонстрация больного возможна только с его согласия.

6. Научные исследования и биомедицинские испытания

6.1. Перед началом биомедицинских исследований, в том числе апробации новых лекарственных средств, биологически активных добавок, способов обследования и методов лечения врач должен получить согласие на их проведение этического комитета учреждения (при наличии такового) с утверждением плана (протокола) предполагаемого исследования, в котором должны быть четко определены цели и этические аспекты, ход эксперимента, возможные осложнения.

6.2. Испытуемый после ознакомления с целями, методами, потенциальной пользой и возможным риском должен дать свое явно выраженное письменное согласие на участие в исследовании, которое по желанию пациента может быть беспрепятственно на любом этапе денонсировано им.

6.3. В отношении пациентов, не способных дать осознанное согласие на участие в исследовании, согласие должно быть получено в письменной форме от родителей или другого законного представителя – юридически ответственного лица. Подобные исследования могут проводиться только в интересах спасения жизни, восстановления или поддержания здоровья исследуемого, без нанесения ему вреда, ухудшения здоровья и течения имеющегося заболевания.

6.4. Биомедицинские исследования с участием пациентов могут проводиться врачами в следующих случаях:

- если они служат улучшению здоровья пациентов, участвующих в эксперименте;
- если они вносят существенный вклад в медицинскую науку и практику;
- если результаты предшествующих исследований и данные научной литературы не свидетельствуют о риске развития осложнений.

6.5. Биомедицинские исследования с участием пациентов должны проводиться квалифицированными в научном плане врачами-исследователями под наблюдением компетентных специалистов. Исследователи обязаны прервать испытание в случаях появления признаков, опасных для жизни и здоровья испытуемого. Испытания на беременных женщинах, на плодах и новорожденных запрещаются.

6.6. Испытатели обязаны застраховать свою ответственность на случай причинения неумышленного вреда здоровью испытуемых.

6.7. О результатах своих исследований врач после оформления авторского права на открытие, изобретение и др. должен через доступные ему средства профессиональной информации оповестить своих коллег.

6.8. Врачи, особенно руководители научных коллективов, в научных публикациях должны строго соблюдать авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив либо умалчивание фамилий лиц, активно участвовавших в исследованиях, является нарушением принципов профессиональной этики.

7. Помощь больным в терминальном состоянии

7.1. Врач должен приложить все усилия к тому, чтобы обеспечить больному необходимую медицинскую помощь в экстремальных условиях.

7.2. Врач не должен прибегать к эвтаназии, равно как и привлекать к ее исполнению других лиц, но обязан облегчить страдания больных, находящихся в терминальном состоянии, всеми доступными, известными ему и разрешенными способами.

7.3. Вопрос о прекращении реанимации, особенно в случаях, если нет энцефалографических подтверждений полного прекращения мозговой деятельности, следует по возможности решать коллегиально.

7.4. Врач не должен препятствовать осуществлению права пациента воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии.

8. Трансплантация органов и тканей, репродукция, геном человека

8.1. Действия врача, его морально-этическая ориентация при трансплантации человеческих органов и тканей, вмешательстве в геном человека, в репродуктивную функцию определяются этико-правовыми и законодательно-нормативными актами Российской Федерации, Всемирной медицинской ассоциации и Всемирной организации здравоохранения.

8.2. Врач не должен эти области науки и практики использовать для извлечения личной финансовой выгоды.

9. Информация и реклама

9.1. Врач не должен участвовать в рекламировании средств и методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных препаратов, не разрешенных к применению федеральными органами здравоохранения, равно как и наркотических средств, алкоголя, табачных изделий.

9.2. Публикации медицинского характера, выступления врачей на научных форумах, просветительская деятельность в прессе, на радио и телевидении должны быть безупречными в этическом плане, ограничиваться объективной научно-практической информацией и не содержать элементов недобросовестной конкуренции, рекламы и саморекламы.

9.3. Врач обязан сообщать в администрацию лечебно-профилактического учреждения о наблюдаемых им всех неизвестных, нежелательных побочных действиях лекарственных препаратов.

9.4. В информационных мероприятиях, организованных с участием фирм-производителей лекарственных средств и медицинской техники, врач должен прежде всего ориентироваться на информационные цели и лично не проводить рекламную работу среди больных по покупке указанных средств.

9.5. В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан России врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения немедицинские методы.

9.6. Сотрудники медицинского учреждения, предоставляя информацию профессионального характера третьим лицам (не сотрудникам организации), должны помнить, что они представляют не только себя, но и свою организацию, формируя о ней представление общественности. Соответственно при случае передачи такой информации необходимо соблюдать как общие этические нормы, так и интересы своей организации.

9.7. Сотрудник медицинской организации обязан способствовать передаче своим пациентам официальной информации, имеющей профилактический или социально значимый характер, исключая распространение рекламной информации.

10. Врачебные справки

10.1. Врачебные справки врач может выдать только в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11. Ответственность врача

11.1. Врач ответственен за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

11.2. За свою врачебную деятельность врач несет моральную ответственность перед пациентом и медицинским сообществом, а за нарушение законов Российской Федерации – перед судом. Но врач прежде всего должен помнить, что главный судья на его врачебном пути – это его собственная совесть.

12. Отношения с руководством

12.1. Отношения руководителей и сотрудников медицинской организации должны строиться на основе взаимного уважения и поддерживаться в формате открытого диалога, позволяющего совершенствовать деятельность организации и оперативно решать возникающие вопросы.

12.2. В случае ситуаций, которые могут вызвать нежелательные последствия для какого-либо задействованного или заинтересованного лица (пациента, сотрудника или руководства медицинской организации, вышестоящего руководства, иного учреждения здравоохранения и т. д.), сотрудники учреждения обязаны оперативно предоставить руководству полную и истинную информацию и сообща принять меры.

13. Отношение к организации

13.1. Сотрудники должны с уважением относиться к организации, в которой они работают, быть в курсе текущего положения дел и планов развития, а также соблюдать ее интересы в своей профессиональной деятельности, не нарушая общих этических норм.

13.2. Сотрудники медицинского учреждения должны быть в курсе истории создания своей организации, знать об имеющихся традициях и принимать участие в проходящих культурных мероприятиях, поддерживая сплоченность коллектива.

13.3. Сотрудники медицинской организации должны быть осведомлены о корпоративных нормах своего учреждения, обязаны придерживаться их, а также имеют право вносить предложения по совершенствованию корпоративной культуры своей организации с целью создания максимально комфортной рабочей обстановки, позволяющей повысить уровень работы организации.

14. Отношения с общественными организациями

14.1. Врач имеет право защищать свои профессиональные интересы, прибегая к помощи общественных организаций как регионального, так и федерального уровня: НП «Медицинская Палата Томской области», НП «Национальная Медицинская Палата», Томская областная организация Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, Профессиональный союз работников здравоохранения Российской Федерации, Томская региональная общественная организация «Ассоциация выпускников СибГМУ» и иных организаций.

14.2. Приветствуется активное участие врачей в проявлении своей позиции при решении судьбоносных для отрасли здравоохранения решений посредством выражения своего мнения при обсуждении таких вопросов на собраниях общественных организаций.

15. Пределы действия настоящего Кодекса врачебной этики Томской области.

15.1. Настоящий Кодекс врачебной этики Томской области действует на всей территории Томской области и распространяется на все медицинские организации, находящиеся на территории региона.

Приложение №17
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

КОДЕКС ЭТИКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

1. Общие положения

1.1. Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры являются гуманность и милосердие. Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.

1.2. Потребность в работе медицинской сестры универсальна. Сестринское дело подразумевает уважение к жизни, достоинству и правам человека. Оно не имеет ограничений по национальным или расовым признакам, по признаку вероисповедания, цвета кожи, возраста, пола, политического или социального положения.

1.3. В основу настоящего кодекса положены Этический кодекс медицинской сестры России (1997 г.) и Кодекс профессиональной этики медсестер, принятый на Международном совете медсестер (1953 г.).

2. Основные обязанности медицинской сестры

2.1. Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения, или других различий.

2.2. Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и на получение адекватной медицинской помощи.

2.3. Медицинская сестра должна прежде всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента.

2.4. Мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на выполнение медицинской сестрой должностных обязанностей.

2.5. Медицинская сестра при оказании медицинской помощи должна руководствоваться исключительно интересами больного.

2.6. Медицинская сестра должна добросовестно выполнять взятые на себя обязательства по отношению к учреждению, в котором она работает.

2.7. Медицинская сестра обязана доступными ей средствами (беседы и пр.) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм. Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.

2.8. Медицинская сестра обязана содействовать сестринским объединениям и ассоциациям, активно участвуя в их работе, а также выполняя их поручения.

2.9. Медицинская сестра должна всегда развивать свою профессиональную компетентность и поддерживать наивысшие стандарты профессионального

поведения. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня – первейший профессиональный долг медицинской сестры. Она не должна претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. Медицинская сестра должна быть компетентна в отношении моральных и юридических прав пациента.

2.10. Медицинская сестра, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента.

2.11. Медицинская сестра должна принять соответствующие меры (извещение администрации больницы, лечение), если она страдает от душевного или физического заболевания, препятствующего выполнению должностных обязанностей.

2.12. Медицинская сестра должна уважать местные или национальные этические нормы.

2.13. Медицинская сестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены - неотъемлемое качество личности медицинской сестры.

2.14. Самореклама несовместима с медицинской этикой.

2.15. Если медицинская сестра участвует в организованном коллективном отказе от работы, она не освобождается от обязанности оказывать неотложную медицинскую помощь, а также от этических обязательств по отношению к тем пациентам, кто в данный момент проходит у нее курс лечения.

3. Обязанности медицинской сестры по отношению к пациенту

3.1. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам.

3.2. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний.

3.3. Ухаживая за пациентом, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения.

3.4. Проявление высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы.

3.5. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения.

3.6. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля за поведением пациента, медицинской сестре следует ограничивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.

3.7. Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины: Прежде всего - не навредить! Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту такой вред.

3.8. Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными временными

негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. Лекарство не должно быть хуже болезни!

3.9. Производя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.

3.10. Медицинская сестра должна уважать законное право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным больным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него. Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры - в меру своей квалификации разъяснить пациенту последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ пациента не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников.

3.11. Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента, даже после смерти пациента, если пациент не распорядился иначе.

3.12. Медицинская сестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она ни хранилась. Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом:

- по мотивированному требованию органов дознания, следствия и суда;
- если сохранение тайны существенным образом угрожает здоровью и жизни пациента и (или) других лиц (опасные инфекционные заболевания);
- в случае привлечения к лечению других специалистов, для которых эта информация является профессионально необходимой.

3.13. В случае неизбежности раскрытия конфиденциальной информации медицинская сестра обязана сообщить об этом пациенту. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную и юридическую ответственность за разглашение профессиональной тайны.

3.14. Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть. Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий; оказание умирающему и его семье психологической поддержки. Эвтаназия, то есть преднамеренные действия медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, незаконна, неэтична и недопустима.

3.15. Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные

традиции. Медицинская сестра обязана уважать закрепленные в законодательстве Российской Федерации права граждан относительно патологоанатомических вскрытий.

3.16. Медицинская сестра должна отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами (коррупциогенный фактор).

3.17. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой.

4. Обязанности медицинской сестры по отношению к коллегам

4.1. Медицинская сестра должна вести себя по отношению к своим коллегам так, как хотела бы, чтобы они вели себя по отношению к ней.

4.2. Во взаимоотношениях с коллегами медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания, опыт и вклад в лечебный процесс.

4.3. Медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны, а также оказывать содействие другим участникам лечебного процесса, включая добровольных помощников.

4.4. Медицинская сестра обязана уважать давнюю традицию своей профессии - оказывать медицинскую помощь коллеге безвозмездно.

4.5. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны.

4.6. Медицинская сестра должна отдавать дань заслуженного уважения своим учителям.

4.7. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры - помогать пациенту в выполнении назначенной врачом программы лечения. Медицинская сестра обязана точно и квалифицированно производить назначенные врачом медицинские манипуляции.

4.8. Высокий профессионализм медицинской сестры - важнейший моральный фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры и врача. Если медицинская сестра сомневается в целесообразности лечебных рекомендаций врача, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого - с вышестоящим руководством.

4.9. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждаются медицинской этикой.

4.10. Медицинская сестра не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию другой медицинской сестры или каким-либо иным образом ее дискредитировать. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в не оскорбительной форме, желательно в личной беседе.

4.11. Медицинское сообщество обязано оказывать помощь медицинской сестре в восстановлении ее профессиональной репутации.

4.12. Старшая медицинская сестра обязана заботиться о повышении профессиональной квалификации своих коллег-подчиненных.

5. Информация и реклама

5.1. Медицинская сестра не должна участвовать в рекламировании средств и методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных препаратов, не разрешенных к применению федеральными органами здравоохранения, равно как и наркотических средств, алкоголя, табачных изделий.

5.2. Публикации медицинского характера, выступления медицинских сестер на научных форумах, просветительская деятельность в прессе, на радио и телевидении должны быть безупречными в этическом плане, ограничиваться объективной научно-практической информацией и не содержать элементов недобросовестной конкуренции, рекламы и саморекламы.

5.3. В информационных мероприятиях, организованных с участием фирм-производителей лекарственных средств и медицинской техники, медицинская сестра должна прежде всего ориентироваться на информационные цели и лично не проводить рекламную работу среди больных по покупке указанных средств.

5.4. В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан России медицинская сестра не должна пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения немедицинские методы и средства.

5.5. Сотрудники медицинского учреждения, предоставляя информацию профессионального характера третьим лицам (не своим пациентам и не сотрудникам организации), должны помнить, что они представляют не только себя, но и свою организацию, формируя о ней представление общественности. Соответственно при случае передачи такой информации необходимо соблюдать как общие этические нормы, так и интересы своей организации.

5.6. Сотрудник медицинской организации обязан способствовать передаче своим пациентам официальной информации, имеющей профилактический или социально значимый характер, исключая распространение рекламной информации.

6. Ответственность медицинской сестры

6.1. Медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

6.2. За свою деятельность медицинская сестра несет моральную ответственность перед пациентом, а за нарушение законов Российской Федерации – перед судом. Но медицинская сестра прежде всего должна помнить, что главный судья на ее профессиональном пути – это ее собственная совесть.

7. Отношения с руководством

7.1. Отношения руководителей и сотрудников медицинской организации должны строиться на основе взаимного уважения и поддерживаться в формате открытого диалога, позволяющего усовершенствовать деятельность организации и оперативно решить возникающие вопросы.

7.2. В случае ситуаций, которые могут вызвать нежелательные последствия для какого-либо задействованного или заинтересованного в лица (пациента, сотрудника или руководства медицинской организации, вышестоящего руководства, иного учреждения здравоохранения и т. д.), сотрудники учреждения

обязаны оперативно предоставить руководству полную информацию и сообща принять меры.

8. Отношение к организации

8.1. Сотрудники должны с уважением относиться к организации, в которой они работают, быть в курсе текущего положения дел и планов развития, а также соблюдать ее интересы в своей профессиональной деятельности, не нарушая общих этических норм.

8.2. Сотрудники медицинского учреждения должны быть в курсе истории создания своей организации, знать об имеющихся традициях и принимать участие в проходящих культурных мероприятиях, поддерживая сплоченность коллектива.

8.3. Сотрудники медицинской организации должны быть осведомлены о корпоративных нормах своего учреждения, обязаны придерживаться их, а также имеют право вносить предложения по совершенствованию корпоративной культуры своей организации с целью создания максимально комфортной рабочей обстановки, позволяющей повысить уровень работы организации.

9. Отношения с общественными организациями

9.1. Медицинская сестра имеет право защищать свои профессиональные интересы, прибегая к помощи общественных организаций как регионального, так и федерального уровня: НП «Медицинская Палата Томской области», НП «Национальная Медицинская Палата», Томская областная организация Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, Профессиональный союз работников здравоохранения Российской Федерации, Ассоциация медицинских сестёр Томской области, Томская региональная общественная организация «Ассоциация выпускников СибГМУ» и иных организаций.

9.2. Приветствуется активное участие медицинских сестёр в проявлении своей позиции при решении судьбоносных для отрасли здравоохранения решений посредством выражения своего мнения при обсуждении таких вопросов на собраниях общественных организаций.

10. Пределы действия настоящего Кодекса Этики медицинской сестры Томской области

10.1. Настоящий Кодекс Этики медицинской сестры Томской области действует на всей территории Томской области и распространяется на все медицинские организации, действующие на территории региона.

ТИПОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О ПОДАЧЕ И РЕАЛИЗАЦИИ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО УЛУЧШЕНИЯМ

В

(наименование медицинской организации)

Введение

Настоящее Положение о подаче и реализации предложений по улучшениям в _____ (далее – Положение) вводится как инструмент вовлечения персонала в процесс постоянного совершенствования деятельности _____.

(наименование медицинской организации)

Область применения, ответственность

В данном Положении определены порядок подачи и рассмотрения в подразделениях поликлиники Предложений по улучшениям (далее – ППУ), а также порядок вознаграждения участников процесса подачи и реализации ППУ.

Ответственность за разработку, изменение и пересмотр настоящего Положения несет _____. Ответственность за соблюдение требований настоящего Положения несут руководители подразделений _____ и исполнители в соответствии со схемой 1.

Действие распространяется на всех сотрудников _____.

_____. (наименование
медицинской организации)

Обозначения, сокращения

В настоящем Положении применяются следующие сокращения:

МО – медицинские организации;

ППУ – предложение по улучшению;

РГ – рабочая группа.

Термины и определения

В настоящем Положении используются следующие термины и определения:

Предложение по улучшению – идея работника (группы работников), направленная на повышение результативности и эффективности любого вида деятельности медицинской организации, не требующее открытия отдельного проекта: улучшение состояния рабочих мест, повышение эффективности использования ресурсов и материальных запасов, упорядочение системы материально-технического обеспечения медицинской организации, в том числе, сокращение времени доставки материальных запасов, учета и отчетности, изменение графиков работы и ремонта оборудования или транспортных средств, обоснованное изменение мест размещения оборудования и т.п., методов управления медицинской организацией.

Автор предложения по улучшению – любой сотрудник
 МО _____,
 (наименование медицинской организации)

творческим трудом, которого создано предложение по улучшению.

Рабочая группа – группа лиц из числа трудового коллектива.

Комиссия по ППУ – группа руководителей и специалистов подразделений _____, определенная приказом и ответственная за внедрение ППУ в _____.

Требования

5.1. Общие требования

Предложениями по улучшениям признаются любые предложения, являющиеся полезными для _____ и способствующие:

- улучшению условий труда;
- улучшению организации труда;
- повышению безопасности труда;
- оптимизации лечебно-диагностического и профилактического процессов;
- повышению качества и безопасности оказываемых услуг;
- сокращению материальных и нематериальных затрат.

Не признаются в качестве ППУ предложения:

- являющиеся требованиями нормативных документов; выполняемые по распоряжению руководства;
- однотипные (поданные ранее в том же подразделении);
- ухудшающие экологическую обстановку;
- снижающие надежность, долговечность и другие показатели качества оборудования и оказываемых услуг;
- являющиеся констатацией общеизвестных фактов и другие предложения, не отвечающие определению ППУ.

Руководство и организацию работ по подаче и реализации ППУ осуществляет ответственный за работу с ППУ _____.

Руководство деятельностью по подаче и реализации ППУ в подразделении _____ осуществляет руководитель подразделения. Руководитель подразделения: участвует в организации работы по подаче ППУ; осуществляет регистрацию ППУ; отслеживает исполнение плана мероприятий по реализации ППУ; оформляет документы на выплату вознаграждений авторам и содействующим реализации ППУ; информирует команду о состоянии и проблемах подачи и реализации ППУ в подразделении.

Анализ работы по подаче и реализации ППУ в _____ осуществляет комиссия по рассмотрению предложений по улучшению работы поликлиники на своих заседаниях не реже одного раза в месяц.

5.2. Порядок подачи ППУ

ППУ подается индивидуально (от имени одного автора).

ППУ оформляется на бланке заявления на Предложение по улучшению.

Бланки заявления на ППУ находятся у секретаря Комиссии по ППУ.

В бланке заявления на ППУ автор указывает: фамилию, имя, отчество; должность; наименование структурного подразделения; дату подачи; а также излагает: описание цели и сущности изменений («Предложение»); предполагаемый эффект от внедрения. Описание ППУ и прилагаемые к нему дополнительные материалы (схемы, макеты, фотоматериалы и

пр.), необходимые для понимания сути ППУ, должны быть подписаны автором с указанием даты оформления.

ППУ передается руководителю структурного подразделения.

Руководитель структурного подразделения проводит анализ полноты заполнения бланка заявления на ППУ в соответствии с требованиями п. 5.2.4 и в тот же день регистрирует ППУ в «Журнале регистрации предложений по улучшению», который находится у секретаря Комиссии по ППУ, с присвоением порядкового номера ППУ.

5.3. Порядок рассмотрения ППУ

Рассмотрение предложений и их оценка осуществляется Комиссией по ППУ.

Руководитель подразделения дает заключение об актуальности предложения, указывает существующие ограничения и предъявляемые требования к его реализации, определяет специалистов, с которыми необходимо согласование ППУ.

Комиссия по ППУ оценивает соответствие ППУ требованиям п.п. 5.1.1, 5.1.2, актуальность, новизну, необходимость реализации предложения и принимает одно из следующих решений: предложение реализовать, предложение отклонить, предложение отправить на доработку. Оценка Комиссии по ППУ подразделения является окончательной. Комиссия по ППУ: в случае принятия предложения к реализации указывает в бланке ППУ необходимые мероприятия, ответственного и сроки исполнения; в случае отклонения предложения указывает причины отклонения; в случае отправки на доработку назначает ответственного и сроки.

Для оперативности внедрения ППУ необходимо строго выдерживать следующие сроки рассмотрения и оценки предложений: руководитель подразделения – 1 рабочий день, комиссия по ППУ – в течение 2 недель.

5.4. Порядок использования ППУ

Реализация ППУ производится в соответствии с мероприятиями и сроками, указанными в бланке ППУ.

Предложение считать реализованным и оперативно внедренным при условии достижения цели ППУ и соблюдения сроков выполнения указанных в бланке ППУ мероприятий.

Корректировка первоначальных сроков мероприятий отмечается в графе «Примечание» таблицы бланка ППУ.

5.5. Формы поощрения и стимулирования участников процесса подачи и реализации ППУ

С целью поощрения и стимулирования участников процесса подачи и реализации ППУ в _____ применяются материальные и нематериальные формы поощрения, в том числе определенные коллективным договором, правилами внутреннего трудового распорядка и другими нормативными документами, принятыми в медицинской организации.

К материальным формам поощрения относится ежемесячное, ежеквартальное, ежегодное премирование, начисляемое к заработной плате сотрудника. Размер премии устанавливается руководителем медицинской организации, согласно соответствующему положению о выплатах стимулирующего характера в данной медицинской организации.

К нематериальным формам поощрения относятся: размещение информации об участии сотрудников в создании и реализации ППУ по итогам месяца, квартала, года на информационных стендах, в средствах массовой информации; объявление благодарности за участие и достижение результатов в системе постоянного улучшения от руководителя МО;

информирование авторов предложений по улучшениям о распространении их предложений в других структурных подразделениях МО; присвоение переходящего звания для подразделений МО «ЛИДЕР по внедрению предложений по улучшению» с отражением информации на стенде «Лучшие практики» и прочее.

5.6. Отчетность

Отчетные данные по подаче и реализации ППУ формируются в «Журнале регистрации предложений по улучшению» по итогам каждого месяца и года.

Бланки и учётные формы

6.1. Бланк заявления на предложение по улучшению

Изложите суть предложения по улучшению:			
До реализации		После реализации	
(Фото, описание, эскиз)		(Фото, описание, эскиз)	
Эффект от принятых решений:			
ФИО автора предложения по улучшению	Структурное подразделение	Дата подачи предложения по улучшению	Статус предложения: Отклонено / отправлено на доработку / принято к внедрению

Приложение № 19
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТОВ ПО УЛУЧШЕНИЮ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

1. ПОРЯДОК РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Используемая аббревиатура:

РЦ - совместная работа с Региональным центром Первичной медико-санитарной помощи
КТ - контрольная точка

Шаблоны документов, необходимые в процессе реализации проектов по методологии Минздрава размещены на веб-ресурсе. Ссылка для скачивания представлена на рисунке 1.



Рисунок 1. QR-код для скачивания шаблонов документов для проекта

1. Первым этапом реализации проекта является его подготовка и открытие

Срок выполнения – от 2 до 3 недель.

1.1. Ответственное лицо за организацию амбулаторной помощи по критериям НММО проводит анализ текущего состояния с применением проверочных листов оценки критериев Новой модели медицинской организации (НММО) для определения проблемных направлений.

1.2. Из выявленных проблем выделить те, для которых требуется открытие проекта.

1.3. Описать ключевые риски, которые решает реализация проекта (обоснование). Сформулировать цель проекта.

1.4. Для каждого проекта организовать рабочую группу.

1.5. Издать локальные распорядительные документы, в которые входит: приказ/распоряжение о начале реализации, приказ/распоряжение о создании рабочей группы.

1.6. Заполнить паспорт проекта и направить в РЦ для согласования.^{РЦ, КТ}

1.7. Для визуального управления проектом, рабочая группа должна организовать стенд проекта (инфоцентр).^{РЦ}

2. Следующим этапом реализации является диагностика текущего и определение целевого состояний.

Срок выполнения от 4 до 5 недель.

2.1. Рабочая группа должна провести сбор информации о текущем состоянии процесса.

2.2. Составить карту текущего состояния.^{РЦ, КТ}

2.3. При составлении карты текущего состояния, выявить все проблемы улучшаемого процесса и определить задачи, предполагающие их решение.^{РЦ, КТ}

2.4. Составить карту целевого состояния, согласно поставленным задачам, определить целевые критерии эффективности проекта, разработать систему мониторинга.^{РЦ, КТ}

- 2.5. Направить в РЦ карты текущего и целевого состояния в цифровом формате.
- 2.6. Составить дорожную карту и план мероприятий.
- 2.7. Провести защиту проекта (Kick-off): описать результаты проведенной работы, выявленные проблемы и согласовать план мероприятий и целевые показатели перед заказчиком Проекта и заинтересованными лицами. Сделать официальное объявление о начале реализации мероприятий.^{РЦ, КТ}

3. После объявления о начале реализации мероприятий, начинается этап внедрения улучшений. Срок выполнения от 8 до 10 недель.

- 3.1. Рабочей группе необходимо ознакомить всех участников улучшаемого процесса с разработанным планом мероприятий, провести их обучение и начать выполнение плана мероприятий согласно поставленным срокам.
- 3.2. Руководителю необходимо провести информирование всех заинтересованных лиц о запуске проекта.
- 3.3. Рабочей группе, совместно с участниками процесса, необходимо составить модель нового процесса согласно целевому состоянию. В модели нового процесса необходимо описать новые функции и роли его участников, также необходимо провести обучение сотрудников работе по новой модели.
- 3.4. Рабочая группа должна проводить оценку достижений целевых показателей с 1-го дня внедрения изменений.
- 3.5. Рабочей группой могут быть внесены коррективы в изначальную модель процесса, если при ее применении были найдены более рациональные пути решения, или получены рекомендации со стороны персонала, непосредственно задействованного в этом процессе.

ВАЖНО! Все изменения должны быть согласованы с заказчиком Проекта и переданы в РЦ ПМСР.

- 3.6. Руководитель рабочей группой должен предоставить отчет заказчику проекта о ходе его реализации.

4. Последним этапом данной работы является закрепление результатов и закрытие проекта. Сроки выполнения от 3 до 4 недель.

- 4.1. Рабочей группе необходимо провести мониторинг устойчивости внедренных улучшений.
 - 4.2. При необходимости, провести корректирующие действия.
 - 4.3. В случае проведения корректирующих действий, повторно провести мониторинг устойчивости внедренных улучшений.
- ВАЖНО!** Проводить мониторинг устойчивости внедренных улучшений и корректирующие мероприятия до достижения целевого показателя.
- 4.4. Утвердить стандарты/регламенты.
 - 4.5. Провести совещание с рабочей группой и представить результаты проекта заказчику. Составить протокол о закрытии проекта.
 - 4.6. Закрепить новые методы для сотрудников, прямые обязанности которых касаются разработанных стандартов/регламентов.

По мере необходимости, подключать к мониторингу устойчивости внедренных улучшений вышестоящее руководство.

2. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ЛИСТА ПРОБЛЕМ И ЛИСТА ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Листы проблем и листы предложений для посетителей медицинской организации должны быть размещены в местах их наибольшей концентрации, например, в местах ожидания (регистратура, наиболее «востребованные» кабинеты приема, процедурный кабинет и пр.), с учетом наличия свободного к ним доступа.

Листы для сотрудников медицинской организации размещаются в рабочих помещениях, в которые имеется свободный доступ для всего персонала (комнаты отдыха, конференц-зал). Не допускается размещение листов проблем и листов предложений в кабинетах административного персонала медицинской организации (кабинет руководителя, заместителей руководителя и пр.).

Доступ пациентов к листам проблем и листам предложений, предназначенным для сотрудников медицинской организации, должен быть строго ограничен.

Листы закрепляются на ровной гладкой поверхности (стена, флипчарт, стенд и пр.), комплектуются предметами для письма (карандаш, ручка и пр.).

Для оформления листов проблем и предложений рекомендуется использовать бумагу формата А2.

Лицо, выявившее проблему, вносит информацию о ней в графу «Наименование проблемы» и в соответствующей строке графы «Дата написания» указывает дату внесения информации.

Лицо, вносящее предложение, вписывает информацию о нем в графу «Предложения» и в соответствующей строке графы «Дата написания» указывает дату внесения информации.

Принятие решения о начале работы над устранением проблемы или над реализацией предложения осуществляет рабочая группа путем ежедневного изучения сводной информации о поступивших проблемах и предложениях.

В случае, если принимается решение об отказе от работы по устранению проблемы или реализации предложения, информация об этом вносится соответственно в лист проблем и лист предложений.

В графу «ФИО исполнителя» вносятся сведения о лице, принявшем данное решение, в графу «Дата решения» вносится информация о дате принятия решения, в графу «Примечания» вносится информация, поясняющая объективную причину отказа от работы по устранению проблемы или реализации предложения. При этом графа «Статус» не заполняется.

В случае принятия решения о начале работы по устранению выявленной проблемы или начале работы над реализацией предложения графа «Статус» заполняется в соответствии с легендой. Также вносится соответствующая информация в графы «ФИО исполнителя», «Дата решения», «Примечания». Обновление информации в графе «Статус» и «Примечание» в отношении каждой проблемы и предложения, по которым начата работа, осуществляется ответственным лицом рабочей группы ежедневно.

Полностью заполненные листы проблем и листы предложений размещаются в доступном для обозрения месте до внесения в них сведений (статус, дата решения) об устранении всех выявленных проблем и реализации всех поступивших предложений, либо об отказе от работы по поступившим проблемам и предложениям.

3. ОФОРМЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СТЕНДА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Целью создания информационного стенда проекта по улучшению является информирование сотрудников медицинской организации о ходе реализации проекта.

Визуализация информации позволяет руководителю оперативно оценивать состояние проекта, а сотрудникам – предлагать свои идеи.

На стенде необходимо отобразить (разместить) информацию о проекте по улучшению:

- наименование проекта;
- приказ (распоряжение) о создании команды проекта;
- список участников проекта с фотографиями;
- паспорт проекта;
- рабочие материалы по проекту: карты ПСЦ (текущее и целевое состояние), план мероприятий по устранению потерь с указанием сроков и ответственных;
- графическая визуализация динамики достижения целевых показателей в разрезе сроков реализации проекта;
- визуализация улучшений (фотоматериалы «было-стало»).

Информация на стенде должна обновляться не реже 1 раза в неделю. Необходимо определить сотрудника, ответственного за оформление стенда и его актуализацию. Стенд рекомендуется расположить в месте проведения рабочих совещаний.

4. ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

В заголовке паспорта проекта по улучшению указывается наименование проекта, которое отражает конкретный процесс, взятый для улучшения, соотносится с целью и результатами проекта и формулируется одним предложением, раскрывающим его суть либо отражающим эффект от его реализации.

Не допускаются такие названия как «Регистратура», «Прием врача-терапевта», «Оптимизация вакцинации».

Пример названия проекта: «Сокращение времени записи на прием к врачу-терапевту», «Сокращение времени ожидания у кабинета забора крови».

Блок 1: «Вовлеченные лица и рамки проекта»

Данный блок размещается в левом верхнем углу паспорта проекта по улучшению.

В данном блоке указывается заказчик проекта по улучшению, процесс, границы процесса, руководитель и команда проекта.

Блок является стандартным и не подлежит каким-либо изменениям, недопустимо внесение дополнительных участников.

Блок 2: «Обоснование выбора»

Данный блок размещается в правом верхнем углу паспорта проекта по улучшению.

В данном блоке указывается ключевой риск – событие, которое может произойти (например, несоблюдение сроков ожидания медицинской помощи, невыполнение плана профилактических осмотров (диспансеризации), штрафные санкции), если выбранный процесс не будет оптимизирован.

В блоке рекомендуется отразить следующие аспекты:

- влияние на цели/задачи;
- масштаб процесса (кросс-функциональность);
- трудоемкость процесса;

- причины неудовлетворенности заказчиков процесса (посетителей медицинской организации, ее сотрудников).

Справочно: грамотное обоснование проекта способствует формулировке объективных и амбициозных целей, осуществлению своевременной защиты паспорта проекта.

Блок 3: «Цели и плановый эффект»

Данный блок размещается в левом нижнем углу паспорта проекта по улучшению.

Цели должны быть:

- актуальными, конкретными, достижимыми, ограниченными во времени, измеримыми (указываться с соответствующими единицами измерения);

- направлены на решение проблем процесса;

Цели не должны содержать:

- мероприятий, направленных на улучшение процесса (например, разгрузка регистратуры, оптимизация работы врача-специалиста, выделение дополнительного времени на обслуживание пациента и т.п.);

- «лозунгов» (например, повысить эффективность работы персонала, разработать планы по увеличению доли дозвона в колл-центр и т.п.).

Данный блок является стандартным и не подлежит каким-либо изменениям.

Блок 4: «Ключевые события проекта»

Данный блок размещается в правом нижнем углу паспорта проекта по улучшению.

Эффективная/рекомендуемая продолжительность проекта – 4-6 месяцев.

Выделяют следующие этапы проекта:

- Этап 1 «Подготовка и открытие проекта» – 2-3 недели;
- Этап 2 «Диагностика и целевое состояние» – 4-5 недель;
- Этап 3 «Внедрение» – 8-10 недель;
- Этап 4 «Закрепление результатов и закрытие проекта» – 3-4 недели.

Даты необходимо указывать в формате «с ... до ...» в целях последующего мониторинга.

Данный блок является стандартным и не подлежит каким-либо изменениям, недопустимо исключать или добавлять ключевые события.

Важная информация для составления паспорта проекта по улучшению:

- Название, обоснование выбора и цели проекта должны быть связаны.
- Паспорт проекта оформляется отдельно на каждый проект на одном листе формата А4 в альбомной ориентации. Лист визуально делится на 4 части (по числу блоков).
- В левом верхнем углу указывается ФИО, должность и подпись лица, которое утверждает проект и заверяется печатью организации. В правом верхнем углу – ФИО, должность, подпись лица, которое согласует проект.
- Паспорт должен быть утвержден руководителем медицинской организации и согласован с руководителем и/или представителями Регионального центра первичной медико-санитарной помощи.

- При продолжительности проекта 12 месяцев и более необходимо разделить проект на полугодия с расчетом и постановкой целей на каждые 6 месяцев реализации проекта.

Шаблон паспорта проекта по улучшению представлен на рисунке 2.

Описываются ПСЦ с разной степенью детализации. Уровень детализации зависит от поставленной задачи и уровня принимаемых решений по преобразованию потоков.

Выделяют следующие уровни детализации:

- межорганизационный уровень;
- уровень организации;
- уровень процессов организации.

Первый этап. Построение карты текущего состояния

1. Подготовительная работа

На данном этапе происходит согласование объекта картирования с заказчиком проекта, определение сроков, границ, глубины картирования (степень детализации), обозначение места проведения картирования, при необходимости – подготовка и выпуск в работу приказов/распоряжений (на право получения информации и пр.).

Поскольку ключевой критерий оптимизации процесса – это время протекания процесса, каждый из элементов необходимо хронометрировать. По результатам проведенного хронометража заполняется таблица, данные из которой используются при построении карты ПСЦ (таблица 1).

Таблица 1

Хронометраж процесса

Подразделение (медицинская организация)

Дата _____	День недели _____	Время начала хронометража _____	Время окончания хронометража _____
---------------	----------------------	---------------------------------	------------------------------------

№	Символ	Наименование операции	Расстояние, м	Время операции, сек	ВСЦ, сек.	Комментарии (идеи по улучшению)

Важно:

- Провести разъяснительную работу с сотрудниками о необходимости проведения хронометража.
- Перед проведением хронометража провести ознакомление с операцией, в отношении которой требуется провести хронометраж: установить элементы операций (начала и окончания); определить обстоятельства, указывающие на начало и окончание операции.
- Проводить хронометраж в формате стороннего наблюдения, когда наблюдатель сопровождает работника/пациента/предмет во время выполнения всех действий.
- При осуществлении хронометража место наблюдателя расположить таким образом, чтобы ему был виден весь процесс, а также все действия, совершаемые участниками процесса. Контакт между участниками процесса и наблюдателем должен быть полностью исключен или минимизирован.
- Учитывать психологию персонала на рабочих местах – интенсивность труда и

внимательность повышаются в присутствии разного рода наблюдателей, что может ввести в заблуждение.

- При сборе данных о потоке и его картировании не следует проводить «репрессивные» меры и выяснять, почему нарушаются временные интервалы и не соблюдаются стандарты, нормативные документы, если такие факты будут выявлены, в течение реализации проекта они должны быть устранены.
- Произвести не менее 7-10 замеров, каждый раз заполняя таблицу хронометража.
- Описать и проанализировать основные аспекты взаимодействия участников процесса:
 - а) выделить проблемы (например, дублирование функций, выполнение врачом сестринских функций, проблемы коммуникации, необоснованные временные потери, например, поиск ключей от кабинетов, поиск медицинских карт, заполнение документов и т.д.);
 - б) сделать необходимые зарисовки расположения оборудования, приспособлений, мебели и т.п.;
 - в) сделать замеры перемещений, расстояний, времени ожидания, количества пациентов, участников процесса;
 - г) определить фактическое состояние возможных запасов расходных материалов, лекарственных средств.

2. Правила составления карты ПСЦ:

- Первоначальную визуализацию картирования потока проводят вручную (с использованием клейких стикеров или карандаша с ластиком). Как правило, при картировании возникает много дискуссий и идей по более наглядному изображению, вносятся исправления, дополнения и новая информация. Когда картирование «в карандаше» завершено, визуальная информация должны быть переведена в электронный формат и увеличенные копии могут быть размещены на стенде проекта.
- Занимаясь описанием текущего состояния процесса, следует собрать образцы всех бланков и документов, которые используются на каждом этапе.

3. Шаги построения карты текущего состояния ПСЦ

Шаг 1. Указать на карте наименование рассматриваемого процесса.

Шаг 2. Выстроить операции последовательно, схематично представить основные стадии процесса.

Начинаем составлять карту с визуализацией шагов картируемого потока, каждую операцию потока представляем в виде прямоугольника (возможно использование стикеров) с подписью, раскрывающей проводимые действия с указанием места их реализации.

Шаг 3. Нанести линии движения пациента от одного процесса к другому. Если маршрутов движения возможно несколько, необходимо нанести их все.

Если между отдельными процессами возможно скопление пациентов, наносятся знаки, обозначающие очередь (параметры этого скопления наносятся на карту ПСЦ позже в тех единицах, которые наиболее удобны при описании проблем и предлагаемых решений).

Шаг 4. Отобразить на карте ПСЦ продолжительность каждого элемента, операции, манипуляции, длительность и дальность перемещений. На карту наносятся минимальная и максимальная продолжительность каждой операции, время ожидания и выявленные избыточные запасы (например, очередь).

Шаг 5. Вычисление времени протекания процесса (ВПП).

ВПП высчитывается как сумма ВЦ всех операций с добавлением времени ожидания, переходов с одной операции на другую. На карте ПСЦ отображается минимальное и максимальное ВПП.

Шаг 6. Поиск потерь, не создающих ценности.

На этом шаге проводится обработка собранной информации для определения «узких мест», проблем.

В качестве проблем можно рассматривать:

- небезопасные факторы окружающей среды, рабочего пространства для пациентов и сотрудников;
- очереди и ожидания пациентов;
- неоптимальную логистику (лишние перемещения, запутанные маршруты);
- ошибки (в расписании приема), несоответствия (размещение подразделений и кабинетов не соответствует имеющейся навигации);
- значительные колебания и вариабельность в процессах или операциях (колебания более 30% могут свидетельствовать о наличии проблем или неоднородности потока);
- поломки (оборудование, транспортные средства);
- излишние запасы;
- неравномерность загрузки персонала и оборудования;
- перегрузка персонала и оборудования;
- «узкие места» (места снижения пропускной способности кабинета, в том числе из-за длительности выполнения той или иной операции и пр.);
- отсутствие или несоблюдение требований стандартов, регламентов, инструкций и порядков.

Как только проблемы обнаружены, необходимо проанализировать причины их появления, чтобы выбрать наиболее эффективный метод устранения этих причин.

Второй этап. Построение карты целевого состояния

После детального выявления потерь и «узких мест» составляется карта целевого ПСЦ.

Основа построения карты целевого ПСЦ состоит в выстраивании цепочки процессов, в которой отдельные процессы связаны с их потребителями либо непрерывным потоком, либо системой вытягивания, и каждый процесс должен по возможности производить только то, что нужно потребителям, и тогда, когда им это нужно.

Изображение карты целевого ПСЦ проводится по тем же принципам и с теми же условными обозначениями, что и карта текущего состояния. Как правило, на карте целевого потока отсутствуют основные потери и решены главные выявленные проблемы, но могут присутствовать этапы незначимой работы и потери, устранение которых в данный момент невозможно.

Важно, что карта целевого ПСЦ составляется на определенную дату.

На этапе составления карты целевого ПСЦ могут быть полезны следующие вопросы:

- какие операции могут быть объединены?
- какие операции могут быть исключены как не добавляющие ценность или
- как лишний этап обработки?

- как организовать логистику пациентов и персонала?
- какие запасы можно сократить и до какого уровня?
- какова оптимальная длительность потока?
- насколько полны и оптимальны инструкции/стандарты на рабочих местах,
- всегда ли они выполняются?
- как оптимально расставить оборудование, какое оборудование должно
- быть модернизировано и(или) заменено?
- какие процедуры должны быть изменены?
- насколько хорошо мы понимаем требования/желания заказчиков и
- насколько мы руководствуемся ими при принятии управленческих решений?

Отдельные этапы процесса могут потребовать более углубленного анализа с применением других инструментов бережливых технологий, дополнительного построения карты ПСЦ другого уровня.

Каждый раз после достижения целевого состояния улучшенные процессы должны быть стандартизированы. После этого формируется новая карта целевого состояния. Таким образом, реализуется принцип постоянного совершенствования. Стандартизация необходима для того, чтобы в последующем не повторялись потери, выявленные и устраненные ранее.

После составления карты целевого состояния необходимо разработать план мероприятий по достижению целевого состояния потока. На ней отображаются все запланированные мероприятия с указанием ответственных лиц и сроков их реализации.

6. МОНИТОРИНГ УСТОЙЧИВОСТИ УЛУЧШЕНИЙ, ВНЕДРЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА

Для любого проекта крайне важным является долгосрочность и устойчивость эффекта, полученного при реализации проекта. Результаты, достигаемые при использовании инструментов и методов бережливого производства в рамках оптимизации работы медицинской организации, на первом этапе могут быть нестабильным, имеется риск возврата к предыдущему состоянию.

Мониторинг является одной из функций управления проектом и помогает определить, насколько достигнуты запланированные цели, судить об эффективности, результативности и устойчивости результатов работы и, соответственно, минимизирует риск возврата к предыдущему состоянию. Иными словами, внедренные улучшения должны анализироваться с определенной периодичностью для оценки результата (соотношения «цель-факт») и предотвращения ухудшения ситуации.

Для проведения мониторинга необходимо:

- Определить показатели, соответствующие поставленным целям.
- Установить источники информации для расчета показателей.
- Выбрать методы сбора информации (анкетирование, интервью, наблюдение, изучение документации).
- Определить частоту и график сбора информации и расчета показателей.
- Назначить ответственных за сбор, анализ информации, расчет показателей.
- Выбрать технологию обработки и анализа информации.

- Определить, кому передавать и как использовать результаты анализа.

Любое улучшение, внедряемое для усовершенствования внутренних процессов работы медицинской организации, должно быть направлено на достижение измеримых показателей: сокращение времени, расстояния, запасов и пр.

Для мониторинга устойчивости внедренных улучшений рекомендовано использование графика, который в динамике будет отображать результаты внедренных улучшений.

Рассмотрим в качестве примера проект по улучшению процесса диспансеризации женщин возрастной группы 30-39 лет, целью которого является сокращение визитов в поликлинику при прохождении диспансеризации:

- в начале проекта количество визитов в поликлинику составляло от 5 до 7 визитов;
- после внедренных улучшений (например, организация проведения анкетирования, измерения внутриглазного давления, ЭКГ, исследования крови на сахар и холестерин в отделении (кабинете) медицинской профилактики с учетом времени такта/цикла, оптимизация записи пациента на исследования в рамках диспансеризации и пр.) количество визитов сократилось до 3.

Необходимо качественно анализировать полученную информацию, учитывать наличие отклонений и скачков показателя. Их количество и периодичность появления могут сигнализировать о наличии проблемы, которая не была учтена при разработке мероприятий по оптимизации процесса.

По итогам оценки организация может принять управленческие или организационные решения. Например, при получении положительных результатов закрепить внедренные улучшения в виде стандарта. В противоположном случае могут быть приняты решения об изменении работы команды проекта, о корректировке действий по проекту. Особенно яркие «истории успеха» можно использовать для тиражирования в качестве лучшей практики.

Приложение № 20
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

Перечень показателей по данным МИС ТО

№	Наименование	Показатель
1	Доля посещений по неотложной помощи у врачей-специалистов и участковых врачей, %	≤10%
2	Доля пациентов, записанных к врачам-специалистам участковым врачом на приеме от общего количества пациентов, требуемым консультации врача-специалиста, %	≥ 90%
3	Доля пациентов, записавшихся на повторный прием самостоятельно (через регистратуру либо колл-центр), %	≤ 0,1%
4	Доля пациентов, состоящих на диспансерном учете, охваченных Д-наблюдением, %	≥ 85%
5	Доля не использованных талонов на прием к врачу (участковые терапевты/участковые педиатры, врачи-специалисты), %	≤ 10%
6	Доля записей на прием к врачу, совершенных без очного обращения в регистратуру, %	≥ 60%
7	Доля посещений на прием к врачу без предварительной записи (на «срочное» время), %	≤10%

Приложение № 21
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

Перечень показателей по данным единой системы мониторинга колл-центра и электронной регистратуры

1. Единая система мониторинга колл-центра:

Наименование	Определение	Норма
Уровень обслуживания, %	процент вызовов, получивших обслуживание в пределах нормы ожидания – 180 сек.	≥ 80%
Средняя скорость ответа (время ожидания ответа абонентом), минут	среднее время ожидания абонентов ответа с момента поступления вызова до поднятия трубки операторами	≤ 0:05:00
Доля потерянных абонентов, %	отношение количества потерянных абонентов (которые не дождались ответа и им не перезвонили) к количеству абонентов, направленных на обслуживание к операторам	≤ 5%
Доступность, %	рассчитывается за каждый оцененный интервал (1 рабочий день) исходя из показателей уровень обслуживания, средняя скорость ответа, доля потерянных абонентов	≥ 80%

2. Единая система мониторинга электронной регистратуры:

Наименование	Определение	Норма
Уровень обслуживания, %	процент количества пациентов, приглашенных регистратором в первые 180 сек. после распечатки талона в терминале	≥ 80%
Среднее время ожидания приглашения в регистратуру, минут	среднее время ожидания приглашения от момента получения талона в терминале до момента приглашения пациента к окну регистратора	≤ 0:05:00
Доступность, %	рассчитывается за каждый оцененный интервал (1 рабочий день) исходя из показателей уровень обслуживания, среднего времени приглашения в регистратуру	≥ 80%

Приложение № 22
к Стандарту организации амбулаторной помощи
на территории Томской области

СИСТЕМА ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ОПЕРАТОРОВ КОЛЛ-ЦЕНТРА

1. Информирование пациента по кейсу (максимально 7 баллов):

Критерии выполнения	Балл
Запрос пациента удовлетворен в полной мере. Ответ оператора содержит информацию, соответствующую действующим в Томской области Порядкам/Стандартам оказания медицинской помощи в части маршрутизации пациентов и/или обработки информационного запроса	7
Запрос пациента удовлетворен, но требует повторного обращения в МО (обратиться очно в регистратуру для записи; перезвонить позже/ в другой день)	5
Оператор не достаточно компетентен в решении запроса (отсутствует речевой модуль/цепочка помощи/понадобилось время и помощь других сотрудников)	3
Запрос пациента не удовлетворен, пациент перенаправлен без информирования для самостоятельного решения проблемы	0
Оператор дает информацию/консультацию, выходящую за рамки его компетенций (хороший/плохой специалист, принять лекарство, извлечь клеща и т.д.)	0
Оператор предлагает пациенту обратиться за медицинской помощью на платной основе (при наличии данной услуги в ТППГ)	0

2. Работа по цепочке помощи (максимально 3 балла):

Критерии выполнения	Балл
Цепочка помощи (ЦП) есть и оператор умеет работать по ней	3
ЦП есть на рабочем месте, но оператор не умеет пользоваться	2
оператор знает о ЦП, но не может найти	1
оператор не знает о ЦП	0

3. Владение речевым модулем (максимально 3 балла):

Критерии выполнения	Балл
Речевой модуль (РМ) есть и ответ оператора ему соответствует (приветственная фраза)	3
РМ есть на рабочем месте, но ответ оператора не соответствует РМ	2
оператор знает о РМ, но не может найти	1
оператор не знает о РМ	0

4. Регулярность проведения обучающих семинаров/информационных совещаний для операторов колл-центра (максимально 3 балла):

Критерии выполнения	Балл
Совещания проводятся регулярно по графику в установленное время	3
проводятся не регулярно	2
было, но оператор затрудняется ответить когда	1
не проводятся	0

Итого: максимально 16 баллов.