

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный университет»

Институт инженерных технологий

наименование института (факультета)

Управление качеством

наименование выпускающей кафедры

Никифорова Юлия Денисовна

Совершенствование процессов оказания медицинских услуг в рамках
бережливого производства на примере ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С.
Барбараша»

Выпускная квалификационная работа
(бакалаврская работа)

по направлению подготовки 27.03.02 «Управление качеством»
код и наименование

направленность (профиль) подготовки «Управление качеством в
производственно-технологических системах»
наименование

Руководитель ВКР:

д.т.н., профессор, Е.О. Ермолаева

Ученая степень, должность, И.О. Фамилия

Работа защищена с оценкой:

протокол ГЭК № _____

от «____» _____ 20__ г.

Секретарь ГЭК _____

подпись

Кемерово 2020

Данная работа посвящена совершенствованию процессов оказания медицинских услуг в рамках бережливого производства на примере ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша». В выпускной квалификационной работе проанализирована организационная структура, карта процессов и политика в области качества. Предложен проект усовершенствованной карты процессов и проект целей в области качества на 2020 год. Проведена оптимизация процессов «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара» с помощью методов бережливого производства. Итогом работы стала оценка результативности оптимизации исследуемых процессов с помощью картирования, а также разработка документированных процедур «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара», которые включили в себя все предложения по оптимизации и разработанные для этого записи.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
1 ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.....	7
1.1 Значимость качества в сфере здравоохранения.....	7
1.2 Философия бережливого производства как метода повышения качества работы организации.....	11
1.3 Этапы внедрения концепции бережливого производства в медицинские учреждения.....	17
1.4 Метод «Визуализация» - творческий способ применить бережливое производство.....	21
1.5 Опыт внедрения бережливого производства в Российском здравоохранении.....	26
2 ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ, ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ..	32
2.1 Организация работы и объекты исследования.....	32
2.2 Методы исследования.....	34
3 ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....	37
3.1 Характеристика учреждения.....	37
3.2 Анализ организационной структуры.....	40
3.3 Анализ карты процессов.....	41
3.4 Анализ политики в области качества.....	44
3.5 Разработка проекта целей в области качества.....	47
3.6 Оптимизация процессов «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара» с помощью методов бережливого производства	49
3.6.1 Хронометраж процессов «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара».....	49
3.6.2 Поиск решения проблем с использованием механизма «5 почему?»..	57
3.6.3 Разработка информационного стенда SQDCM.....	61
4 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕССОВ С ПОМОЩЬЮ КАРТИРОВАНИЯ.....	71

	4
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	79
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	89
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	90
ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	91
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.....	92
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....	93
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.....	95
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.....	96
ПРИЛОЖЕНИЕ З.....	106

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время российское здравоохранение находится на этапе адаптации к рыночным отношениям, в связи с чем активно разрабатываются новые подходы к управлению медицинскими учреждениями, корректируется вся система оказания медицинской помощи. Одной из важных проблем данного периода является обеспечение должного качества медицинских услуг. [55].

Обеспечение граждан Российской Федерации доступной, а главное качественной и безопасной медицинской помощью является основополагающей целью отечественного здравоохранения. Увеличение ожиданий и потребностей пациентов, появление новых медицинских технологий, недостаточное финансирование со стороны государства, распределение ответственности за управление здравоохранением на субъекты РФ требуют поиска новых механизмов управления качеством медицинской помощи на федеральном, а также региональном уровне. Для успешного и конкурентоспособного учреждения недостаточно ориентироваться лишь на опыт минувших лет. Необходимо использовать и внедрять новые технологии, принципы и концепции, которые направлены на снижение вероятности человеческих ошибок, повышение производительности труда, обеспечение надлежащего качества оказываемых услуг, а также оптимизации бизнес-процессов.

[55,21,22].

В силу утверждённой в декабре 2017 года Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», а также в рамках приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» Министерство здравоохранения Российской Федерации (как ответственный исполнитель программы) должно обеспечить повышение удовлетворенности населения качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях до 60% к 2020 году и до 70% к 2022 году. Поставленные цели можно решить с помощью

внедрения новой медицинской модели, оказывающей медицинскую помощь на принципах бережливого производства. [47].

Внедрение данной модели позволит вывести качество здравоохранения на новый уровень, приведет к оптимизации лечебно-диагностического процесса, позволит интегрировать отечественное здравоохранение в мировую медицинскую практику, а также способствует рациональному использованию ресурсов учреждения, таких как: финансовые, трудовые, материальные и информационные.

Целью данной выпускной квалификационной работы является - совершенствование процессов оказания медицинских услуг в рамках бережливого производства на примере ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша». Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

- 1) проанализировать организационную структуру;
- 2) проанализировать карту процессов и разработать ее проект;
- 3) проанализировать политику в области качества и разработать проект целей в области качества на 2020 год;
- 4) оптимизировать процессы «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара» с помощью методов бережливого производства;
- 5) провести оценку результативности оптимизации медицинских процессов с помощью картирования.

1 ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

1.1 Значимость качества в сфере здравоохранения

Проблемы качества и доступности медицинских услуг являются наиболее важными в сфере здравоохранения и привлекают внимание как со стороны общественности, так и со стороны министерства здравоохранения. В первую очередь проводимая реформа здравоохранения должна быть направлена на повышение показателей качества оказания медицинских услуг и закрепление их на федеральном уровне [27].

Анализируя форум общественного народного фронта – ««За качественную и доступную медицину!» можно заметить, что качество медицинских услуг не соответствует ожидаемому уровню со стороны пациентов, а также вызывает обеспокоенность и недовольство со стороны общественности, не смотря на проводимую реформу здравоохранения. Данная взволнованность может отразиться на психическом здоровье людей и их социальном самочувствии, вызывая пессимистичное отношение к отечественной медицине. Причин неудовлетворительной ситуации в системе здравоохранения множество, но самой главной остается вопрос качества.

[50].

Анализ различных источников [3, 6, 31, 56] позволил выявить перечень причин, которые, по мнению общественности, способствуют снижению качества медицинских услуг:

- 1) недоступность медицинской помощи;
- 2) расхождение диагнозов;
- 3) неблагоприятные исходы лечения;
- 4) повторная госпитализация по поводу одного и того же заболевания;
- 5) низкий уровень обеспеченности лекарственными препаратами;
- 6) низкий уровень обеспеченности современной медицинской техникой, инвентарем;

- 7) несоблюдение технологий медицинской помощи;
- 8) низкие темпы внедрения новых медицинских технологий;
- 9) несоответствие зданий и сооружений санитарным, противопожарным и иным нормам;
- 10) низкий уровень экспертизы качества медицинской помощи;
- 11) низкий уровень стандартов качества медицинской помощи и их несвоевременная корректировка;
- 12) внутрибольничное инфицирование;
- 13) несоблюдение медицинскими работниками этических и деонтологических норм;
- 14) неоправданное удлинение или сокращение срока лечения;
- 15) недостаточный уровень знаний и компетенции со стороны персонала.

Данный перечень доказывает, что именно качество в сфере здравоохранения является наиболее значимой характеристикой для потребителя. Но что же необходимо подразумевать под определением «качество медицинской помощи»?

В Федеральном законе Российской Федерации №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 дано определение качества медицинской помощи: «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата» [54]. Из-за того, что данное определение не раскрывает перечень характеристик качества медицинской помощи, оно является поверхностным, а также исключает его использование в системе контроля качества медицинской услуги.

Воспользуемся определением Т.Г. Бутовой и Е. Ю. Яковлевой, представленным в журнале [27]: «качество медицинской помощи – это свойство процесса взаимодействия врача и пациента, обусловленное квалификацией

профессионала т.е. его способностью выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской системой».

Данное определение дает возможность охарактеризовать качество медицинской помощи по следующим направлениям:

- структуре (материально-технические возможности, кадровые ресурсы и пр., характеризуют условия оказания медицинской помощи, но не являются гарантией качества);
- результату (зависит как от качества процесса оказания медицинской помощи, так и от факторов, не связанных с работой врача, т.е. тяжести больного его возраста, особенности заболевания и т.п.);
- процессу оказания медицинской помощи, т.е. по врачебному процессу (через влияние на процесс можно повлиять на результат).

[2, 38].

Основными характеристиками качества медицинской помощи являются:

- безопасность (минимальные риски в процессе диагностики и лечения);
- доступность (свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров);
- непрерывность (получение пациентом всей необходимой медицинской помощи без задержки, неоправданных перерывов и необоснованных повторов в процессе диагностики и лечения заболевания);
- профессиональная компетентность (наличие у работников медицинских учреждений, оказывающих пациентам медицинскую помощь, достаточного уровня теоретических знаний и практических навыков, соответствующих современным требованиям);

- соответствие ожиданиям пациентов (безопасность, доступность, непрерывность, высокая профессиональная компетентность медицинских работников, результативность оказанной медицинской помощи);
- эффективность (соотношение достигнутого экономического эффекта к понесенным затратам на лечение);
- удобство (рациональное размещение пациента с организацией режима, обеспечение комфорта и чистоты в медицинских учреждениях, оснащенность их современным функциональным медицинским оборудованием, максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды).

Необходимо отметить, что до настоящего времени понятия «качество медицинской помощи» и «качество медицинских услуг» нередко отождествляются между собой, однако набор характеристик этих понятий различен. Качество медицинской услуги, в отличие от качества медицинской помощи, включает:

- получение пациентом в доступной форме информации о результатах обследования, вариантах и результатах лечения, возможных рисках;
- выполнение требований к профессиональной компетенции врача, его знаний, умений, навыков;
- профессиональные качества врача, его умение выбрать необходимые методологии и методики лечения;
- профессиональное оказание медицинской услуги — обоснованность, адекватность определения объема лечения, соблюдение технологии диагностики и лечения, получение положительного результата оказанной медицинской помощи в отношении состояния здоровья пациента;
- качественные показатели процесса оказания услуг;
- удовлетворенность больного результатами лечения.

[24, 32].

На основе учета данного анализа, в рамках выпускной квалификационной работы, было предложено следующее определение качества медицинской

услуги: «это совокупность возмездных, индивидуальных, необходимых, достаточных, добросовестных, профессиональных действий медицинского учреждения или специалиста (производителя услуги), направленных на удовлетворение потребностей пациента (потребителя услуги), содержанием которых является комплекс медицинских вмешательств, объектом воздействия которого является здоровье человека».

Также была выявлена зависимость качества оказанной медицинской помощи от взаимосвязанной оценки:

- качества условий оказания медицинской помощи населению по отношению к системе здравоохранения в целом, медицинскому учреждению, отдельному его структурному подразделению, конкретному медицинскому работнику;

- качества примененных при лечении технологий с соблюдением всех медицинских стандартов на всех этапах оказания медицинской помощи;

- качества полученных пациентом результатов оказания медицинской помощи и их соответствие реально достижимым (по данным статистики).

[24,27,38].

Таким образом, из всего сказанного можно сделать вывод, что именно высокое качество медицинской помощи, которое должно оказываться населению страны, обязано являться главной целью функционирования каждой национальной системы здравоохранения.

1.2 Философия бережливого производства как метода повышения качества работы организации

История бережливого производства берет свое начало в идеях Генри Форда. Однако в то время его идеи не получили распространения в практике, поскольку существенно опережали время. В 1929 году в Советском Союзе была издана работа А. К. Гастева «Нормирование и организация труда», в которой

излагались основные концепции, на базе которой позднее в Японии была сформирована современная система бережливого производства.

[7, 45].

Основателем концепции бережливого производства (lean production или lean manufacturing - ЛИН) по праву считается - Тайити Оно. Изначально ЛИН имел другое название - Toyota ProductionSystem (TPS). Она представляла собой созданные компанией «Тойота» методы, применяемые предприятием для производства товаров и услуг с использованием различных ресурсов, и направленные на обеспечение бездефектного производства со скоростью, соответствующей запросам потребителей, путём устранения потерь.

Основа содержательной части TPS была практически полностью заимствована из внешних источников. Тайити Оно и прочие сотрудники «Тойоты» активно посещали американские, советские и прочие предприятия по всему миру, собирая и изучая лучший мировой опыт организации производства. Практически все элементы TPS можно встретить у следующих признанных классиков науки об организации производства:

- Фредерик Уинслоу Тейлор («Принципы научного менеджмента», 1911 год);
- Гаррингтон Эмерсон («12 принципов производительности», 1912 год);
- Алексей Капитонович Гастев («Как надо работать», 1921 год; «Трудовые установки», 1924 год);
- Генри Форд («Моя жизнь, мои достижения»; «Сегодня и завтра», 1924 год).

В 1960 - 1970-е гг. компания «Тойота», благодаря высокому качеству и относительно низкой цене, молниеносно захватывает рынок легковых автомобилей США, из-за чего вызывает недоумение американских производителей [45].

«Тойоту» посещают многие исследователи с целью перенимания опыта и освоения новой методики организации производства. «Тойота» открыто делится

содержанием своей TPS, так как это не противоречит ее плану стратегического развития на мировом рынке автомобилей. В результате освоения TPS американцы присваивают этой системе свой бренд - lean production (или lean manufacturing - бережливое производство), под которым она далее распространяется по всему миру. Основными распространителями ЛИН-теории можно назвать следующих авторов:

- Масааки Имаи («Кайдзен: ключ к успеху японских компаний», 1986 год; «Гемба кайдзен. Путь к снижению затрат и повышению качества», 1997 год);
- Джеффри Лайкер («Дао Тойота: 14 принципов менеджмента ведущей компании мира», 2005 год; «Практика Дао Тойота. Руководство по внедрению принципов менеджмента Тойота», 2006 год; «Талантливые сотрудники. Воспитание и обучение людей в духе дао Toyota», 2008 год);
- Сигео Синго («Быстрая переналадка: Революционная технология оптимизации производства», 2006 год; «Быстрая переналадка для рабочих», 2009 год; «Изучение производственной системы Тойоты с точки зрения организации производства», 2010 год).

[8, 9, 29, 48].

Сейчас концепция бережливого производства известна во всем мире и используется на различных предприятиях.

В соответствии с ГОСТ Р 56020-2014 «Бережливое производство. Основные положения и словарь»: бережливое производство (lean production) — это концепция организации бизнеса, ориентированная на создание привлекательной ценности для потребителя путем формирования непрерывного потока создания ценности с охватом всех процессов организации и их постоянного совершенствования через вовлечение персонала и устранение всех видов потерь.

Философия бережливого производства основана на представлении бизнеса как потока создания ценности для потребителя, гибкости, выявлении и сокращении потерь, постоянном улучшении всех видов деятельности на всех

уровнях организации, вовлечении и развитии персонала с целью повышения удовлетворенности потребителей и других заинтересованных сторон.

[12].

Согласно ГОСТ Р 56020-2014 бережливое производство включает следующие принципы:

1) стратегическая направленность — применение концепции бережливого производства является осознанным стратегическим выбором высшего руководства организации, основывается на стратегических целях развития системы менеджмента и производственной системы;

2) ориентация на создание ценности для потребителя — понимание ценности, с точки зрения потребителя и других заинтересованных сторон, позволяет руководителям всех уровней правильно организовать деятельность организации;

3) организация потока создания ценности для потребителя — выстраивание всех процессов и операций в виде непрерывного потока создания ценности является универсальным способом повышения эффективности деятельности организации;

4) постоянное улучшение — целью постоянного улучшения (непрерывного совершенствования) всех аспектов деятельности организации является увеличение ценности для потребителя, улучшение потока создания ценности, сокращение потерь;

5) вытягивание — это такая организация процессов, при которой поставщик производит ровно столько, сколько требуется потребителю, и только тогда, когда требуется;

6) сокращение потерь — деятельность по всестороннему сокращению/устранению потерь рассматривается как основа улучшения потока создания ценности и снижения затрат;

7) визуализация и прозрачность — управление процессами организации осуществляется таким образом, чтобы все участники процесса

могли проследить весь процесс создания ценности и имели необходимую информацию о нем;

8) приоритетное обеспечение безопасности — построение потоков создания ценности для потребителя и сокращение потерь следует рассматривать совместно с рисками возникновения опасных ситуаций;

9) построение корпоративной культуры на основе уважения к человеку — уважение к работнику, его достоинству, компетентности, ответственности, творчеству позволяет раскрыть и использовать в полной мере его талант, интеллектуальные и творческие способности для развития организации и должно стать основой ее корпоративной культуры;

10) встроенное качество — необходимый уровень качества продукции должен быть на всех этапах ее жизненного цикла;

11) принятие решений, основанных на фактах — для принятия верных и своевременных управленческих решений все события и проблемы следует регистрировать и рассматривать на месте их возникновения (правила: "иди и смотри", "видеть своими глазами");

12) установление долговременных отношений с поставщиками — долговременные отношения с поставщиками следует рассматривать как условие постоянного улучшения и сокращения потерь в цепи поставок;

13) соблюдение стандартов — неукоснительное соблюдение положений стандартов, регламентов, инструкций и других обязательных документов является необходимым условием функционирования и постоянного улучшения процессов организации.

[12, 46].

В концепции бережливого производства всестороннее устранение потерь рассматривается как основной способ снижения затрат. Основные виды потерь включают:

1) перепроизводство — потери перепроизводства появляются, когда организация производит, собирает или выпускает больше, чем это необходимо;

2) избыток запасов – хранение любых запасов в количестве, существенно превышающем минимально необходимое;

3) транспортировка – транспортные потери возникают, когда персонал, оборудование, продукция или информация перемещаются чаще или на большие расстояния, чем это действительно необходимо;

4) ожидание (задержки) – потери времени на ожидание возникают, когда люди, операции или частично готовая продукция вынуждены дожидаться дальнейших действий, информации или материалов;

5) излишняя обработка - потери от излишней обработки возникают при производстве продукции или услуг с более высокими потребительскими качествами, чем это востребовано покупателем и за которые он согласен платить;

6) перемещения – лишние движения человека, потери при подборе материалов, поиске компонентов, инструментов, информации, документов;

7) дефекты/переделка - доработка и отбраковка несоответствующей продукции/ненадлежащее выполнение услуги;

8) неиспользованный человеческий потенциал – новая потеря добавленная к основным, подразумевающая отказ от использования личных качеств, знаний умений сотрудников, которые лежат вне рамок традиционных должностных обязанностей.

[9, 12].

Бережливое производство позволяет организовать производственный процесс таким образом, чтобы обеспечивалось производство большего объема продукции при меньших усилиях, на меньших производственных площадях и оборудовании при полном удовлетворении ожиданий потребителя. На сегодняшний день к основным инструментам бережливого производства относят:

- организацию рабочего пространства (5S);
- стандартизация работы;
- картирование потока создания ценности (VSM);
- визуализацию;

- быструю переналадку (SMED);
- защиту от непреднамеренных ошибок (рока-yoke);
- канбан;
- всеобщее обслуживание оборудования (TPM).

Придерживаясь принципов бережливого производства, предприятие может добиться следующих преимуществ:

- повышение удовлетворенности потребителей и заинтересованных сторон;
- повышение результативности и эффективности процессов предприятия и деятельности в целом;
- снижение себестоимости выпускаемой продукции;
- улучшение и оптимизация процессов предприятия;
- гибкость в отношении изменений внешней среды;
- повышение конкурентоспособности выпускаемой продукции.

[35].

1.3 Этапы внедрения концепции бережливого производства в медицинские учреждения

Изучая различную литературу [18, 23, 25, 26, 44] можно выделить 11 этапов внедрения бережливого производства в медицинские учреждения:

1) Создание рабочей группы. Данный этап подразумевает создание рабочей группы от 5 до 7 человек, которая возьмет на себя полномочия сбора необходимой информации и разработки проекта с конкретными шагами по внедрению бережливого производства в учреждение. Деятельность, состав и полномочия рабочей группы должны закрепиться приказом от вышестоящего руководства. В состав команды должны войти разносторонние специалисты, которые в совокупности обладают полными знаниями о всех процессах учреждения. Рабочую группу должен возглавить руководитель, на которого ляжет ответственность за реализацию проекта по бережливому производству.

2) Обучение рабочей группы. Рабочая группа должна отправиться на обучение принципам и методам бережливого производства, а после приступить к своим обязанностям.

3) Определение проблемных направлений. Для реализации данного этапа необходимо использовать следующие подходы:

- изучение «лучших практик внедрения бережливого производства»;
- провести «мозговой штурм» на общем собрании рабочей группы, с привлечением медицинского персонала;
- провести анкетирование персонала;
- провести анкетирование пациентов;
- провести собрание с местными органами власти.

Все эти подходы можно использовать в сочетании друг с другом.

После применения любого подхода (сочетании подходов) необходимо составить сводную таблицу, в которой указываются выявленные проблемы.

В первую очередь подлежать вниманию должны: длительные процессы; трудоемкие процессы; процессы, для которых характерны любые виды потерь; процессы, требующие высоких затрат; не эффективные процессы; не результативные процессы; процессы, которыми недовольствованы пациенты и персонал.

4) Создание проекта по внедрению бережливого производства. Проект по внедрению бережливого производства сопровождается приказом, к котором прописываются все тонкости его реализации: состав и руководитель рабочей группы; этапы реализации проекта; процессы, подлежащие оптимизации; перечень пилотных проектов и ответственные за их реализацию; необходимые ресурсы; сроки реализации проекта.

5) Организация работ по проекту. Главной частью данного этапа служит определение конкретных этапов реализации проекта, а также составление дорожной карты проекта. Дорожная карта – это наглядное представление стратегии развития проекта с обозначением ключевых моментов.

Составление дорожной карты связывает между собой видение, стратегию и план развития проекта, а также упорядочивает во времени основные шаги.

б) Картирование потока создания ценности. Цель данного этапа – графическое представление текущей ситуации с помощью построения схемы всех связей в процессах. Такая схема должна отразить:

- материальные и информационные потоки;
- взаимоотношения между участниками процесса;
- проблемы, встречающиеся в процессе;
- все операции процесса.

Необходимо отметить на карте потока создания ценности все существующие проблемные точки. К типичным проблемам можно отнести:

- очереди и ожидания пациентов;
- лишние перемещения;
- простои;
- поломки оборудования;
- несогласованность действий между участниками процесса;
- ошибки, несоответствия;
- большие величины колебаний и вариабельности в процессах;
- неравномерность загрузки персонала;
- несоблюдение требований стандартов, регламентов, инструкций и порядков.

Итог данного этапа – составленный реестр потерь, в котором будут перечислены все выявленным потери и расчет их стоимости человеко-часах.

7) Хронометраж действий процесса. Цель данного этапа - анализ фактического времени, которое затрачивается на каждое действие процесса. Наблюдение необходимо проводить за действиями пациента, медицинского персонала, оборудования, работы информационных систем.

8) Определение потерь.

Потерями в здравоохранении являются:

- перепроизводство — назначение лишних лабораторных анализов, подготовка большего количества суспензий и т.д.;
- потери времени из-за ожидания — очереди, ожидание результатов анализа;
- потери при ненужной транспортировке — транспортировка пациента при отсутствии показаний на необходимость госпитализации в медицинские учреждения окружного уровня, ложные вызовы;
- потери из-за лишних этапов обработки — дублирующие анализы, чрезмерная бинтовка и т.д.;
- потери из-за лишних запасов — излишние запасы лекарства и расходных материалов;
- потери из-за ненужных перемещений — ненужные перемещение персонала и пациентов из-за нерационального расположения кабинетов и зданий учреждения;
- потери из-за выпуска дефектной продукции — неверно оказанная медицинская помощь; неверно подготовленная суспензия, материал для гипса и т.д.;
- нереализованный творческий потенциал сотрудников — потери ценных рационализаторских предложений, идей, навыков, возможностей усовершенствования деятельности учреждения.

9) Анализ потерь. Цель этапа – проанализировать существующие потери и разделить их на внешние и внутренние, а также определить причины выявленных потерь и меры по их устранению.

10) Использование инструментов бережливого производства. Суть данного этапа – внедрение в учреждение подходящего инструмента по бережливому производству, например, 5С или визуализацию.

11) Мониторинг и оценка. Необходимо убедиться, что пилотные проекты и мероприятия по устранению потерь выполняются в срок, а также оценить эффективность и результативность этих действий.

12) Оформление информационного стенда. Цель этапа – информировать персонал и пациентов о проекте и проделанной работе. На стенде можно разместить следующую информацию:

- наименование пилотных проектов;
- фотографии рабочей группы;
- актуальность внедрения бережливого производства;
- целевые показатели;
- рабочие материалы по проекту;
- достижения;
- показатели, к которым необходимо стремиться и т.д.

Стенд необходимо разместить в месте доступном для всего персонала и пациентов.

Таким образом, можно сделать вывод, что внедрение бережливого производства в медицинские учреждения способствует созданию эффективной и результативной системы управления качеством, а также способствует повышению удовлетворенности пациентов и медицинского персонала.

1.4 Метод «Визуализация» - творческий способ применить бережливое производство

Выполнению седьмого принципа бережливого производства «Визуализация и прозрачность» способствует применение в организации одного из творческих методов – визуализации.

В соответствии с ГОСТ Р 56907-2016 «Бережливое производство. Визуализация»: визуализация – это расположение всех инструментов, деталей, производственных стадий и информации о результативности работы производственной системы таким образом, чтобы они были четко видимы, и чтобы каждый участник производственного процесса моментально мог оценить состояние системы [13].

Метод визуализация помогает организации представить информацию в наглядной и отчетливой форме, которая будет понятна каждому работнику. Информацию, представленную с помощью данного метода, легче анализировать и использовать для принятия объективных решений.

Задачами метода визуализации являются:

- 1) наглядное представление информации, способствующей быстрому обнаружению проблем, рисков, отклонений, ключевых показателей;
- 2) предоставление понятной информации для персонала всех уровней;
- 3) быстрый поиск нужной информации;
- 4) мотивация персонала;
- 5) создание условий для принятия обоснованных решений;

[12, 14].

Исходными положениями метода визуализация являются следующие выражения:

- объекты совершенствования производства следует искать в самом производстве;
- проблемы производства самый важный объект совершенствования предприятия;
- чтобы начать решать проблемы, их необходимо обнаружить — отличить от нормального хода процесса;
- чтобы отличать проблемы от нормального хода процесса, в нем необходимо навести порядок.

[29].

Этапы применения метода визуализации:

- 1) определить объекты визуализации;
- 2) определить способы визуализации;
- 3) определить процедуру сбора, обработки, размещения информации и ее актуализации, в том числе периодичность, ответственность, формат и др.

Объекты применения метода визуализация должны рассматриваться на каждом уровне потока создания ценности:

- межорганизационный уровень;
- уровень организации;
- уровень процессов;
- уровень операций.

Объектами применения метода визуализация могут быть:

- 1) персонал;
- 2) рабочее место;
- 3) рабочее пространство;
- 4) процессы организации;
- 5) инфраструктура;
- 6) информационные потоки;
- 7) потоки создания ценности.

В качестве способов и инструментов метода визуализация необходимо применять:

- 1) маркировку: может быть цветовой, буквенной, символьной и т.д.;
 - 2) оконтуривание: способ обозначения места размещения объекта, выделяя его контур (силуэт) контрастным цветом;
 - 3) разметку: ей обозначаются - границы рабочих пространств, местонахождение предметов и оборудования, транспортные проезды, проходы, траектории и направления перемещения персонала, предметов, транспортных средств и т.д.
 - 4) цветовое кодирование: для придания отличительного признака объекту, процессу, показателям и т.д.;
 - 5) информационный стенд: доска, экран, плакат, электронное табло.
- [14, 19].

Одним из творческих инструментов визуализации является информационный стенд SQDCM.

Информационный стенд SQDCM – это один из современных методов бережливого производства, который позволит организации разместить

плановую и фактическую информацию о состоянии процессов предприятия, а также возможностях для улучшения.

Информационный стенд SQDCM включает в себя 5 важных блоков для организации:

- качество продукта/услуги;
- исполнение в срок;
- затраты;
- безопасность;
- корпоративная культура.

Основными принципами разработки и использования информационного стенда SQDCM являются:

- расположение информационного стенда в одном месте, чтобы исключить поиск по всему предприятию;
- размещение актуальной информации;
- при использовании двух и более информационных стендов должно соблюдаться единообразие расположения информации;
- размещение информации на понятном для всех языке;
- размещение достоверной информации;
- размещение информации способами удобными для использования;
- графическое представление данных;
- творческий подход к оформлению информационного стенда;
- управление на основе целей, выраженных через КРІ (ключевые показатели достижения целей);
- непрерывное применение философии Кайдзен для улучшения процессов через устранение потерь;
- вовлечение всего персонала в разработку и дальнейшую доработку информационного стенда, с помощью проведения клуба качества.

Применение информационного стенда SQDCM позволяет наглядно увидеть то, к чему необходимо стремиться и позволяет добиться ряд преимуществ:

- сплочение персонала предприятия в единую команду;
- визуализация успеха;
- способствование устранению всех видов потерь;
- пошаговый контроль качества;
- визуализация исполнения поручений;
- развитие корпоративной культуры;
- повышение производительности труда;
- повышение результативности и эффективности процессов учреждения;
- оперативное выявление проблем в достижении целей.

Внедрение информационного стенда SQDCM – это кропотливый и продолжительный процесс, который требует участие и идеи всего персонала. Зато в случае успешной реализации, SQDCM даст множество преимуществ, позволит повысить производительность труда и замотивировать персонал на результативную и эффективную работу.

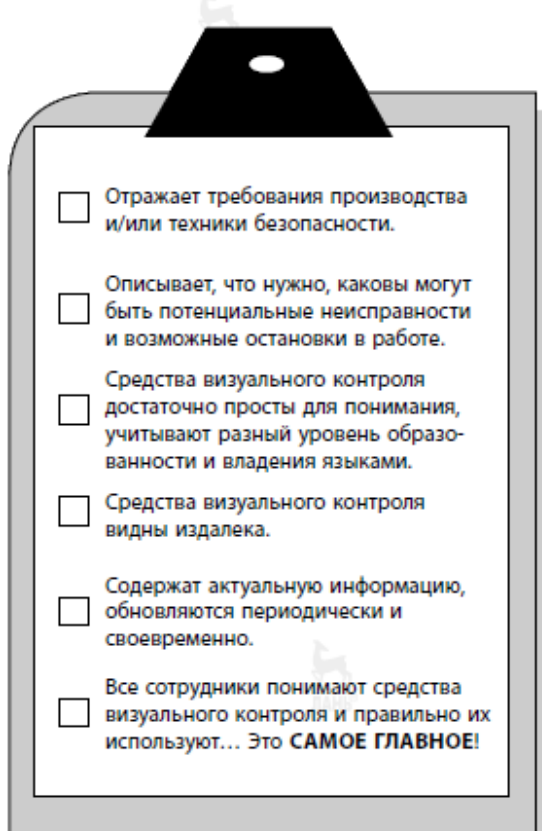
[13,14, 28, 33].

Для того чтобы проверить являются ли внедрённые средства визуального контроля результативными, эффективными, а также необходимыми и актуальными, их необходимо периодически пересматривать и проверять. Это можно сделать с помощью «Контрольного листка визуального контроля», представленного на рисунке 1.1, предложенного А.В. Ключевым в учебном пособии «Концепция бережливого производства».

[29].

С помощью данного контрольного листка можно с легкостью определить какие средства визуализации пригодны для предприятия, а какие необходимо доработать.

**Контрольный листок
визуального контроля**



- Отражает требования производства и/или техники безопасности.
- Описывает, что нужно, каковы могут быть потенциальные неисправности и возможные остановки в работе.
- Средства визуального контроля достаточно просты для понимания, учитывают разный уровень образования и владения языками.
- Средства визуального контроля видны издали.
- Содержат актуальную информацию, обновляются периодически и своевременно.
- Все сотрудники понимают средства визуального контроля и правильно их используют... Это **САМОЕ ГЛАВНОЕ!**

Рисунок 1.1 – Контрольный листок визуального контроля

Таким образом, можно сделать вывод, что применение метода визуализация дает предприятию множество преимуществ, а также помогает в разрешении существующих проблем.

1.5 Опыт внедрения бережливого производства в Российском здравоохранении

Следует отметить, что уже в период существования СССР в России применялись многие важные элементы системы бережливого производства, такие как социалистические соревнования и рационализаторство, постоянное совершенствование производственных процессов, прямое общение руководителей с рабочими и учет их предложений по улучшению работы [39, 53].

В современной России внедрение системы бережливого производства поддерживает государство. Министерство промышленности и торговли РФ утвердило «Рекомендации по применению принципов бережливого производства в различных отраслях промышленности». В данном документе установлены единые подходы к использованию принципов бережливого производства в разных типах организаций различных отраслей.

Бережливое производство не могло пройти мимо здравоохранения. Во многих медицинских учреждениях России активно внедряется проект под названием «Бережливая поликлиника», имеющий цель повысить доступность и качество медицинской помощи населению за счет оптимизации процессов и устранения потерь.

1) С февраля 2018 г. ОГБУЗ «Городская детская поликлиника № 3» в городе Старый Оскол приняла участие в Федеральном проекте «Бережливая поликлиника». Для реализации данного проекта в первую очередь провели анкетирование персонала и пациентов, целью которого служило выявление проблем, замечаний и пожеланий для улучшения. Был создан проектный офис, в котором состоялось обучение персонала поликлиники принципам бережливого производства.

Основные процессы поликлиники подлежали хронометражу и картированию, с целью использования данной информации в дальнейшем улучшении и оптимизации. Основными проблемными местами стали: разделение потоков больных и здоровых детей; длительное время при заборе крови в процедурном кабинете; длительное время пребывания в регистратуре; длительный процесс приема пациентов в дневном стационаре. Эта информация послужила отправной точкой для разработки и внедрения пилотных проектов по улучшению данных процессов.

Первым реализованным проектом стал проект «Открытая регистратура», который обеспечил открытый контакт между регистратором и посетителем. Были установлены стойки регистратуры комфортной высоты, выделено 3 окна для приёма посетителей по типу «открытого окна», а также дополнительное

«окно» для справок. Рабочие места регистраторов были организованы по системе «5S», что значительно улучшило и упростило их работу. Для посетителей был размещен алгоритм записи на прием к врачам специалистам. Также с 2019 года продолжается внедрение системы «5S» на рабочих столах врачей-педиатров.

2) С 2017 года Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская поликлиника № 29» (далее ГБУЗ НСО «ГП № 29») участвует в реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Главная цель проекта - создание комфортных и доступных условий для пациентов и сотрудников. Для реализации этой цели ГБУЗ НСО «ГП № 29» решило воспользоваться принципами и методами бережливого производства и в 2018 году выбрало следующие направления. На базе поликлинического отделения № 1:

- оптимизация работы медицинской регистратуры;
- организация медицинских осмотров несовершеннолетних.

В поликлиническом отделении № 3:

- оптимизация работы медицинской регистратуры;
- организация медицинских осмотров несовершеннолетних;
- оптимизация работы врача-терапевта участкового;
- организация процесса забора крови из вены.

В результате реализации данного проекта в 2018 году было достигнуто следующее:

- создан колл-центр для пациентов, наблюдающихся в ПО № 3, что позволило сократить время ожидания в очереди перед регистратурой.
- открыто расписание через портал госуслуги и reg.nso.ru (reg.nso.ru - сайт создан специально для жителей города Новосибирска и Новосибирской области).
- лечащий врач на приеме сам записывает пациента в МИС на повторное посещение, анализы, рентгенологическое обследование, УЗИ, ЭКГ.

Это позволило сократить время ожидания приема возле кабинета и упорядочить очередность – все пациенты подходят на прием в назначенное время.

- организованы кабинеты медицинской профилактики для прохождения профилактических медосмотров и 1 этапа диспансеризации.

- в кабинете забора крови внедрена система «5S».

- в лаборатории установлены 2 компьютера для внесения результатов исследований. Врач, направляющий пациента на сдачу крови, может оперативно посмотреть результаты исследования. Исключается утеря результатов на бумажных носителях, исключается выписка дубликатов.

- удалось сократить количество посещений детей в поликлинику для прохождения медицинских осмотров за счет: создания и внедрения алгоритма прохождения медицинских осмотров для детей разных возрастов; создания и внедрения навигационный талон для родителей, с указанием времени посещения специалистов; увеличения времени работы клинко-диагностической лаборатории (прием анализов); внедрения централизованного планирования профилактических медицинских осмотров детей.

3) В рамках реализации на территории Кемеровской области проекта «Бережливый регион» департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области принято решение о реализации проектов бережливого производства с июня 2018 года в четырёх медицинских организациях: Кемеровская городская клиническая поликлиника № 5; Кемеровская городская клиническая больница № 2; Кемеровская городская клиническая поликлиника № 20; Кемеровская городская детская клиническая больница № 2. Медицинскими организациями Кемерова будет реализовано семь проектов. В детской клинической больнице № 2 – это сокращение временных затрат и очередности при проведении обследования на плановую госпитализацию детей и сопровождающего (законного представителя несовершеннолетнего) и сокращение времени ожидания и очередности в кабинете охраны зрения. В Кемеровской горбольнице № 2 - сокращение среднего пребывания в отделениях хирургического профиля при плановом оперативном лечении и сокращение времени обследования

пациентов в приемном отделении. Кемеровская городская клиническая поликлиника № 5 займется оптимизацией процесса дообследования пациентов для плановой госпитализации в стационар хирургического профиля и оптимизацией процесса оказания экстренной медицинской помощи в кабинете первичного приема травматологического пункта. А в Кемеровской городской клинической поликлинике № 20 реализуют проект - оптимизация процесса приема женщин врачом акушером-гинекологом.

[43].

Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская городская детская клиническая больница № 2» (далее ГАУЗ КО «КГДКБ№2») стало одним из первых учреждений Кемеровской области, описавшее свой опыт по участию в проекте «Бережливый регион».

С мая месяца 2018 в ГАУЗ КО «КГДКБ№2» года стартовал проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» состоящий из 2 проектов: увеличение количества пациентов в смену и оптимизация работы медицинского оборудования в кабинете охраны зрения; сокращение временных затрат при проведении обследования на плановую госпитализацию хирургического профиля детей в возрасте старше 2-х лет.

Состоялась защита проектов перед представителями ДОЗН КО и представителями Государственной корпорации по атомной энергии «Росатом». Созданы карты проектов, рабочие группы, «дорожные карты проектов», разработаны целевые программы. В результате в ГАУЗ КО «КГДКБ№2» появился колл-центр, открытая регистратура, кабинет приёма острозаболевших детей, отдельное картоохранилище, электронная очередь, навигация по поликлинике, а также был установлен детский уголок и игровые бизиборды.

[42].

Таким образом, можно сделать вывод, что внедрение бережливого производства в Российском здравоохранении набирает обороты и охватывает все большее количество медицинских организаций.

Заключение по литературному обзору

В заключение, хотелось бы сказать, что учреждения здравоохранения, являясь одним из важнейших социальных институтов в структуре современного общества, осуществляют деятельность, связанную с огромной социальной ответственностью за сохранение и поддержание здоровья населения, а в связи с этим требуют значительной поддержки со стороны государства [33].

В настоящее время при осуществлении программ модернизации здравоохранения нужны не только спонтанная закупка оборудования и ремонт помещений, который происходит во многих лечебно-профилактических учреждениях фрагментарно, а необходимо, прежде всего, обращать внимание на цели и задачи организации, осуществлять планы стратегического развития, повышать качество медицинских услуг и качество обслуживания населения, разрабатывать отраслевые стандарты [34]. Поставленные цели можно решить при внедрении новой медицинской модели, оказывающей медицинскую помощь на принципах бережливого производства

Анализ литературы, представленной как зарубежными, так и отечественными исследователями позволяет сделать вывод, что концепция бережливого производства способна решить основные проблемы организации работы здравоохранения, а также оптимизировать и улучшить процессы оказания медицинских услуг. Использование методов и инструментов бережливого производства в здравоохранении обеспечивает повышение конкурентоспособности учреждения, повышает производительность труда персонала, сокращает время ожидания услуг пациентом, снижает затраты и уменьшает количество ошибок, улучшает командную работу, а также повышает удовлетворенность пациентов и персонала.

И именно визуализация – один из мощных и проверенных методов бережливого производства, который позволяет добиться значительных результатов по повышению результативности и эффективности в работе здравоохранения.

2 ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ, ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Организация работы и объекты исследования

Исследования проводились в ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша» и включали в себя 4 этапа. Общая структура исследований представлена на рисунке 2.1.

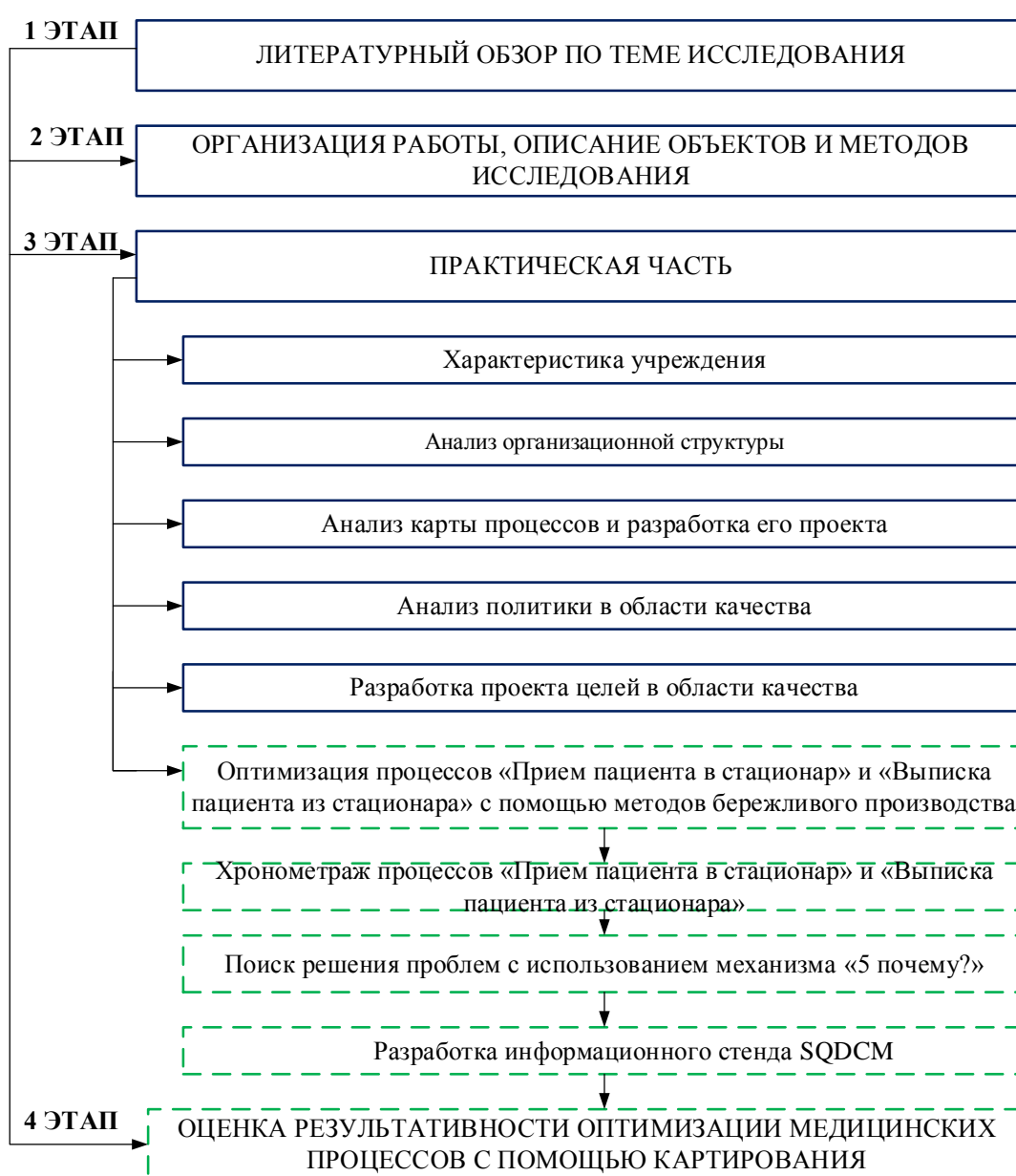


Рисунок 2. 1 - Общая структура исследований

Первый этап исследования был посвящен литературному обзору, в рамках которого был проведен анализ нормативной, публицистической и технической документации по теме выпускной квалификационной работы. Были проанализированы существующие проблемы в качестве оказания медицинских услуг, а также этапы и приоритеты внедрения бережливого производства в российское здравоохранение.

Во второй этап вошло описание организации работы, перечисление объектов исследования, а также краткая характеристика выбранных методов исследования.

На третьем этапе происходит анализ организационной структуры и политики в области качества на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества Основные положения и словарь», разрабатывается проект карты процессов и целей в области качества. Наиболее важной частью третьего этапа является оптимизация процессов «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара» с помощью методов бережливого производства, которая включает хронометраж процессов, поиск решения проблем, возникших в данных процессах, с помощью механизма «5 почему?», а также разработка информационного стенда SQDCM и документированных процедур «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара».

На последнем - четвертом этапе происходит оценка результативности оптимизации процессов «Прием пациента в стационар», «Выписка пациента из стационара» с помощью картирования.

В качестве объектов исследования использовались:

- ГОСТ Р 56020-2014 «Бережливое производство. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ Р 56907-2016 «Бережливое производство. Визуализация»;
- ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования»;

- ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- организационная структура ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»;
- политика в области качества ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»;
- процессы «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара»;
- документация и записи ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша».

2.2 Методы исследования

В ходе выпускной квалификационной работы для решения поставленных задач были использованы следующие методы исследования:

1) Аналитические методы.

Аналитические методы ставят своей целью углубленное изучение явления или процесса, когда нужно не только описать структуру, но и узнать, что определяют его основные количественные и качественные параметры.

В каждом аналитическом исследовании изучается совокупность факторов. Из них и выделяются факторы основные и неосновные, временные и постоянные, управляемые и неуправляемые, контролируемые и неконтролируемые и т. д.

Аналитический вид исследования наиболее чаще используют на практике. В ходе данного исследования выясняется, носит ли обнаруженная связь причинный характер. Для аналитического метода исследования характерно использовать комплекс методов сбора информации, которые в совокупности дополняют друг друга. К методам сбора информации могут относиться: различные формы опроса, анкетирования; анализ документов; наблюдение и т.д.

[57].

С помощью аналитического метода исследования был проведён анализ организационной структуры, карты процессов и политики в области качества на соответствие ГОСТ Р ИСО 9001-2015, разработан проект целей в области качества, а также проведен хронометраж процессов «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара», а после поиск решения проблем, возникших в процессах, с использованием метода «пять почему».

Хронометраж является аналитическим методом, в ходе которого анализируются, а также определяются нормативы времени и продолжительность трудовых процессов. Задачами хронометража являются:

- выявление возможностей сокращения трудоемкости процесса;
- выявление причин сбоя и несоответствий в ходе отдельных операций процесса;
- выявление проблем, встречающихся в ходе процесса;
- выявление простоев в ходе процесса;
- проверка и анализ существующих и документально оформленных нормативов времени;
- анализ невыполнения установленных нормативов времени;
- определение трудовых затрат и ресурсов необходимых для выполнения процесса;

[51].

«Пять почему» – является простым и действенным аналитическим методом, который позволяет найти причины возникших несоответствий и построить причинно-следственные связи. Название метода – «Пять почему» происходит от количества задаваемых вопросов. Для того чтобы найти причину несоответствия, необходимо последовательно задавать один и тот же вопрос: «Почему это произошло?», и искать ответ на него. Число пять выбрано исходя из того, что такого количества обычно достаточно для выявления сути и источника проблемы. Но несмотря на то, что метод называется «Пять почему» для поиска причин каждого конкретного несоответствия может задаваться как меньшее, так и большее количество вопросов.

[49].

2) Графические методы.

Графические методы являются наиболее эффективными и наглядными, с точки зрения восприятия предоставленных данных. Использование графических методов позволяет:

- определить взаимосвязь исследуемых объектов;
- отобразить структуру исследуемого объекта;
- анализировать развитие событий во времени;
- выявить закономерности, не поддающиеся количественному анализу;
- выявить различия и сходство исследуемых объектов
- отобразить динамику развития событий;
- отобразить зависимость исследуемого объекта от различных показателей и т.д.

Графические методы позволяют комплексно рассмотреть сложные данные в наглядной и доступной для понимания форме.

[17, 52].

В ходе выпускной квалификационной работы для создания схем и графиков была использована программа Microsoft Visio.

Microsoft Visio – это графический редактор, предназначенный для создания диаграмм, в том числе диаграмм бизнес-процессов, в соответствии с нотациями IDEF0, IDEF3, DFD, IDEF1X, блок-схем на основе базовых фигур. Диаграммы и схемы, созданные в MS Visio, обеспечивают возможность наглядного, лаконичного и выразительного представления данных, чего нельзя добиться с помощью обычного текста и цифр. С помощью MS Visio можно создавать и форматировать диаграммы, добавлять на них одномерные и двумерные фигуры, рисовать блок-схемы, чертежи офисных помещений, сетевые диаграммы, создавать графики проектов, организационные диаграммы, трафареты, шаблоны.

[36].

3 ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

3.1 Характеристика учреждения

Кузбасский кардиологический центр — это крупнейшая медицинская клиника европейского уровня, которая занимается изучением заболеваний сердечно-сосудистой системы человека, включая изучение причин их возникновения, механизмов развития и клинических проявлений. В центре созданы все условия для ранней и своевременной диагностики различных заболеваний, и их консервативного лечения с использованием малоинвазивных методик. [41].

История создания Кузбасского кардиологического центра началась в марте 1957 года, когда в Кемеровской области была сделана первая операция на сердце - пальцевая митральная комиссуротомия при митральном стенозе. Операцию проводил заслуженный врач РФ, почетный гражданин города Кемерово, хирург М.А. Подгорбунский на базе отделения торакальной хирургии Областной клинической больницы №1.

В 1989 году Администрация города Кемерово принимает решение о строительстве Кемеровского кардиологического диспансера (ККД) на правом берегу реки Томи в живописном сосновом бору. Организация такого специализированного учреждения была вызвана необходимостью расширения диагностических и лечебных возможностей кардиологической помощи больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями. Возглавил кардиодиспансер доктор медицинских наук, профессор, в настоящее время академик РАМН Леонид Семенович Барбараш, один из пионеров кардиохирургии Кемеровской области.

К 1994 году в ККД создана основная диагностическая и лечебная база. Это амбулаторная служба (многопрофильная районная и специализированная кардиологическая поликлиника), диагностические отделения (функциональной диагностики, ультразвуковых исследований, лучевой диагностики, клиническая

лаборатория и др.) и стационарные отделения (острой коронарной патологии, общей кардиологии, реабилитационное отделение, отделения сердечно-сосудистой хирургии и реанимации). В составе кардиодиспансера активно развивались хозрасчетные структуры, мобильный кардиологический диспансер, ремонтно-строительное управление, гараж, гостиница и пр.

В этот же период началось развитие научно - производственной базы, открыта экспериментальная лаборатория, начинается производство биопротезов клапанов сердца и сосудов. В 2001 году создается Государственное учреждение «Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов Сибирского Отделения Российской академии медицинских наук» (ГУ НППЛ РХСС СО РАМН).

В августе 2005 года введен в эксплуатацию 12-ти этажный госпитальный корпус ККД, что увеличило количество стационарных коек с 142 до 172. Открылись отделение детской кардиологии, неврологическое, нейрохирургическое, значительно увеличились объемы работы отделений сердечно-сосудистой хирургии и рентгенхирургических методов диагностики и лечения.

[41].

Сегодня Кузбасский кардиологический центр — это крупнейшая медицинская клиника европейского уровня, здесь занимаются фундаментальными и прикладными научными исследованиями по проблемам атеросклероза, создают новые биоматериалы для сердечно-сосудистой хирургии, готовят квалифицированные кадры. Услуги, имеющиеся на сегодняшний день в кардиологическом центре, многочисленны и разнообразны: от консультаций и приемов специалистов - до полного цикла лечения в стационаре, от скрупулезной диагностики - до самых сложных, иногда уникальных операций на сердце.

Система управления деятельностью центра соответствует международным требованиям и сертифицирована по стандарту ИСО 9001. Это

единственное медицинское учреждение области, которое имеет международный сертификат.

Поликлиника оборудована приспособлениями для пациентов с ограниченными возможностями (пандусы, лифты, поручни). Общий коечный фонд Кузбасского кардиоцентра составляет 540 терапевтических и 125 хирургических коек. Пропускная способность его амбулаторно-поликлинической службы более 300 тыс. посещений в год.

Ежегодно в Кузбасском кардиологическом центре свыше 18 тыс. пациентов получают стационарную помощь бесплатно, из них около 4 тыс. - высокотехнологичное хирургическое лечение заболеваний сердечно - сосудистой системы у детей и взрослых, около 100 тыс. чел. - медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

[41].

Работники ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша» имеют множество премий и наград, одними из последних являются:

– Премия Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Призвание» за создание нового метода лечения. В 2007 году ее удостоились Барбараш Леонид Семенович и Журавлева Ирина Юрьевна за создание уникальных отечественных биологических протезов клапанов сердца и особого метода их консервации.

– победитель городского конкурса 2013 года в номинации «Лучший врач года» - Херасков Виталий Юрьевич, врач анестезиолог-реаниматолог;

– победители областного конкурса 2016 года «Лучший врач года» - в номинации «Лучший кардиолог» Тавлуева Евгения Валерьевна, в номинации «Лучший врач медицинской реабилитации» Локтионова Евгения Борисовна;

– победитель областного конкурса 2017 года в номинации «Лучший врач-кардиолог» - Тавлуева Евгения Валерьевна д.м.н., врач-кардиолог, заведующая отделением неотложной кардиологии.

3.2 Анализ организационной структуры

ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» не содержит определение организационной структуры, необходимо воспользоваться термином по ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» (пункт 3.3.2).

Организационная структура – это распределение ответственности, полномочий и взаимоотношений между работниками [11].

Организационная структура Кузбасского кардиоцентра является линейно-функциональной и представлена в приложении А. В рамках выпускной квалификационной работы, для упрощения анализа, организационная структура Кузбасского кардиоцентра была рассмотрена без структурных подразделений Новокузнецкого филиала.

Линейно-функциональная структура – это линейная структура, дополненная специфическими подразделениями по подготовке управленческих решений. Данные подразделения не принимают решений и не имеют нижестоящих уровней управления. Их главная задача – разрабатывать решения и планы, анализировать варианты решений, а также их риски и последствия, а после передавать подготовленную информацию конкретному руководителю, прикрепленному к данному подразделению. Примерами подобных подразделений могут быть вычислительное бюро, отдел маркетинга, исследовательская группа.

Достоинства линейно-функциональной структуры:

- тщательная подготовка планов и решений;
- исключение дублирования полномочий;
- главный линейный менеджер освобожден от тщательного анализа проблем;
- упрощает контроль над деятельностью структурных подразделений.

Недостатки линейно функциональной-структуры:

- слабая взаимосвязь на горизонтальном уровне;

- чрезмерная нагрузка главного линейного менеджера;
 - низкая сплоченность структурных подразделений по отношению достижения целей предприятия;
 - недостаточно четкая ответственность, т.к. готовящий решение как правило не участвует в его реализации;
- [1, 5].

Директор Кемеровского кардиоцентра несет ответственность за деятельность и направляет усилия всех отделений к главной цели организации – оказанию качественной медицинской помощи на основе высокого профессионализма, достижений современной науки и уважения достоинства каждого пациента. По всем основным службам несут ответственность его заместители, которые относятся к среднему уровню. На среднем уровне решаются повседневные, но важные для организации задачи, например: управление рисками; внутренний аудит; управление коррекцией и корректирующими действиями и т.д.

Таким образом, можно сделать вывод, что организационная структура Кузбасского кардиоцентра является оптимальной и пригодной для работы, так как в ней отсутствует большое число уровней управления, перегрузка управленцев среднего уровня, а также дублирование функций и полномочий на разных уровнях управления.

3.3 Анализ карты процессов

В соответствии с пунктом 4.4.1 ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования»: организация должна разработать, внедрить, поддерживать и постоянно улучшать систему менеджмента качества, включая необходимые процессы и их взаимодействия [16]. Для визуального представления процессов СМК организации используют карту процессов.

Карта процессов — это документ, отражающий последовательность и взаимодействие основных процессов предприятия [28].

В соответствии с ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»: процесс — это совокупность взаимосвязанных и(или) взаимодействующих видов деятельности, использующих входы для получения намеченного результата [15].

Важнейшим шагом при структуризации любой компании является выделение и классификация бизнес-процессов. Согласно классификации по Ковалеву А.И., все процессы можно разделить на 4 группы:

- основные процессы;
- обеспечивающие процессы;
- процессы измерения, анализа, улучшений;
- процессы управления.

Конечную идентификацию процессов осуществляет само предприятие на основании специфики производства, статуса и важности уже действующих на предприятии процессов и сложившейся структуры.

В соответствии с картой процессов Кузбасского кардиоцентра, представленной в приложении Б, процессы учреждения поделены на 4 группы:

- 1) Процессы управления: управление рисками.
- 2) Процессы мониторинга, измерений и анализа: внутренний аудит; удовлетворенность потребителя; управление коррекцией и корректирующими действиями; управление несоответствующей медицинской помощью; управление несоответствующими условиями труда и пребывания сотрудников и пациентов.
- 3) Процессы жизненного цикла медицинских услуг. В условиях АПС: определение, в какой помощи нуждается пациент и выяснение способности ККД обеспечить это; начало бесперебойного и преемственного лечения; наблюдение за пациентом и оценка эффективности лечения; планирование последующего наблюдения; организация и проведение хирургического лечения; назначение медикаментов, включая выписывание и переписывание рецептов в условиях АПС; организация платных медицинских услуг у условиях АПС; обучение пациента и его семьи; мониторинг действия медикаментов; диагностика. В

условиях стационара: определение, в какой помощи нуждается пациент и выяснение способности ККД обеспечить это; перевод пациента в другое ЛПУ, включая амбулаторное наблюдение по месту жительства, по всем причинам включая выписку домой; наблюдение за пациентом и оценка эффективности лечения; планирование последующего наблюдения; назначение и применение медикаментов в стационаре; мониторинг действий медикаментов; определение состояния пациента; организация и проведение седации анестезии; организация и проведение хирургического лечения; трансфузиологическое обеспечение; интенсивная терапия.

4) Обеспечивающие процессы: делопроизводство; управление документами; управление записями; управление медицинскими записями; обслуживание вычислительной техники и оргтехники; разработка и доработка программного обеспечения; управление запасами лекарственных препаратов и медицинских изделий; управление качеством лекарственных препаратов и медицинских изделий; метрологическое обеспечение СИ; ввод медицинского оборудования в эксплуатацию; обеспечение работоспособности медицинского оборудования; идентификация пациента; перемещение и транспортировка пациента; производственная среда; профилактика ИСМП; обеспечение безопасных условий пребывания пациентов в операционном блоке; обеспечение лекарственной безопасности (с НСПВ); клинико-диагностическая лаборатория; ГО и ЧС; лечебное питание; эксплуатация зданий и сооружений; обслуживание инженерных систем и оборудования; управление персоналом; организация и проведение закупок.

Анализируя карту процессов Кузбасского кардиоцентра, были выявлены следующие замечания и рекомендации:

1) Добавить в процессы управления процессы, необходимые для результативного и эффективного управления учреждением. Рекомендуемыми процессами, которые следует добавить в карту процессов, являются: «Стратегическое планирование»; «Анализ СМК со стороны руководства».

2) Процесс жизненного цикла медицинских услуг в условиях стационара «Перевод пациента в другое ЛПУ, включая амбулаторное наблюдение по месту жительства, по всем причинам включая выписку домой» является сумбурным и включает в себя сразу несколько процессов. Наиболее целесообразно расписать данный процесс на несколько процессов: «Перевод пациента в ЛПУ»; «Амбулаторное наблюдение пациента по месту жительства».

3) На карте процессов отсутствуют процессы «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара», хотя данные процессы присутствуют в учреждении. Необходимо добавить данные процессы в группу процессов жизненного цикла медицинских услуг в условиях стационара.

4) На карте процессов присутствует некорректно сформулированный процесс – «Удовлетворенность потребителя». Необходимо переделать формулировку данного процесса на «Мониторинг и анализ удовлетворенности потребителей».

5) На карте процессов присутствует некорректно сформулированный процесс – «Производственная среда». Необходимо переделать формулировку данного процесса на «Управление производственной средой».

В рамках выпускной квалификационной работы был разработан проект карты процессов, представленный в приложении В.

3.4 Анализ политики в области качества

Согласно пункту 3.5.9 ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»: политика в области качества — это политика, относящаяся к качеству [15].

В соответствии с пунктом 5.2 ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования»: Высшее руководство должно разработать, реализовывать и поддерживать в актуальном состоянии политику в области качества, которая (п.5.2.1):

- a) соответствует намерениям и среде организации, а также поддерживает ее стратегическое направление;
- b) создает основу для установления целей в области качества;
- c) включает в себя обязательство соответствовать применимым требованиям;
- d) включает в себя обязательство постоянно улучшать систему менеджмента качества.

Политика в области качества должна (п. 5.2.2):

- a) быть доступной и применяться как документированная информация;
- b) быть доведенной до сведения работников, понятной и применяемой внутри организации;
- c) быть доступной подходящим способом для соответствующих заинтересованных сторон.

[16].

Политика в области качества представляет собой основные направления и цели предприятия в области качества, официально оформленные высшим руководством.

Политика в области качества Кузбасского кардиоцентра представлена в приложении Г.

Анализируя данную политику, можно прийти к заключению, каким образом соблюдены требования, содержащиеся в пункте 5.2.1 и 5.2.2 ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (таблица 3.1).

Таблица 3.1 - Анализ политики в области качества

Пункт и требование ГОСТ Р ИСО 9001-2015	Подтверждение выполнения требования и рекомендации
1	2
Пункт 5.2.1 - Высшее руководство должно разработать, реализовывать и поддерживать в актуальном состоянии политику в области качества, которая:	
а) соответствует намерениям и	Требование выполнено: «Стратегическое направление: Достижение ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша» лидирующего положения

Продолжение таблицы 3.1

1	2
среде организации, а также поддерживает ее стратегическое направление	в медицине Кузбасса по оказанию медицинской помощи на основе высокоэффективных медицинских технологий, удовлетворяющих требований пациентов, а также других заинтересованных сторон»
б) создает основу для установления целей в области качества	Требование выполнено: «Цели в области качества достигаются посредством политики диспансера в области качества, а именно: повышением профессиональных знаний и навыков персонала в вопросах профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациента; развитием финансовых и материально-технических ресурсов учреждения; созданием, использованием и поддержанием методики оценки требований и степени удовлетворенности потребителей» и т.д.
с) включает в себя обязательство соответствовать применимым требованиям	Требование выполнено: «Настоящая политика доводится до всех сотрудников и служит основой для постановки задач диспансера»
д) включает в себя обязательство постоянно улучшать систему менеджмента качества	Требование выполнено: «Тщательной разработкой, внедрением и применением системы менеджмента качества, ее постоянным совершенствованием, позволяющим обеспечивать соответствие системы менеджмента качества КОККД требованиям стандарта ИСО 9001, постоянное повышение ее результативности»
Пункт 5.2.2 - Политика в области качества должна:	
а) быть доступной и применяться как документированная информация	Требование выполнено: политика в области качества зафиксирована на материальном носителе и имеет реквизиты, позволяющие ее идентифицировать, а также представлена на сайте предприятия - https://d.kemcardio.ru/o-kkcz/dokumentyi/
б) быть доведенной до сведения работников, понятной и применяемой внутри организации	Требование выполнено СПРОСИТЬ: «Настоящая политика доводится до всех сотрудников и служит основой для постановки задач диспансера в области качества». В организации существует лист ознакомления с политикой в области качества, который подтверждает ее применимость внутри организации
с) быть доступной подходящим способом для соответствующих заинтересованных сторон	Требование выполнено: политика в области качества представлена на сайте предприятия - https://d.kemcardio.ru/o-kkcz/dokumentyi/

Таким образом, можно сделать вывод, что политика в области качества соответствует требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

3.5 Разработка проекта целей в области качества

Постановка целей в области качества является следующим, после разработки политики, этапом «развёртывания» СМК и является основой для определения конкретных планов предприятия.

Согласно пункту 3.7.2 ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»: цель в области качества — это цель в отношении качества [15].

В соответствии с пунктом 6.2.1 ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования»: Организация должна установить цели в области качества для соответствующих функций, уровней, а также процессов, необходимых для системы менеджмента качества.

Цели в области качества должны:

- a) быть согласованными с политикой в области качества;
 - b) быть измеримыми;
 - c) учитывать применимые требования;
 - d) быть связанными с обеспечением соответствия продукции и услуг и повышением удовлетворенности потребителей;
 - e) подлежать мониторингу;
 - f) быть доведенными до работников;
 - g) актуализироваться по мере необходимости.
- [16].

В Кузбасском кардиоцентре цели в области качества представлены в одном документе вместе с политикой в области качества и тем самым не отвечают требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015, а также являются не измеримыми.

В рамках выпускной квалификационной работы был разработан проект целей в области качества для Кузбасского кардиоцентра на 2020 год, представленный в приложении Д.

Анализируя данные цели, можно прийти к заключению, каким образом соблюдены требования, содержащиеся в пункте 6.2.1 ГОСТ Р ИСО 9001-2015 (таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Анализ проекта целей в области качества

Пункт и требование ГОСТ Р ИСО 9001-2015	Подтверждение выполнения требования
1	2
Пункт 6.1.2 - Организация должна установить цели в области качества для соответствующих функций, уровней, а также процессов, необходимых для системы менеджмента качества. Цели в области качества должны:	
а) быть согласованными с политикой в области качества	Требование выполнено: столбец «Согласованность с Политикой в области качества»
б) быть измеримыми	Требование выполнено: «Повысить годовую премию на 10 %; повысить удовлетворенность пациентов стационарного лечения инфарктного отделения на 30%; провести обучение 100% персонала в области качества» и т.д.
в) учитывать применимые требования;	Требование выполнено: «Главный врач ККД принимает на себя ответственность за реализацию Политики в области качества и обязуется использовать все ресурсы и потенциал учреждения для достижения поставленных целей, соответствия требованиям системы менеджмента качества, улучшению и повышению ее результативности»
г) быть связанными с обеспечением соответствия продукции и услуг и повышением удовлетворенности потребителей	Требование выполнено: «Повысить удовлетворенность пациентов стационарного лечения инфарктного отделения на 30%; отправить всех заведующих отделений на повышение профессиональной квалификации; провести обучение 100% персонала в области качества» и т.д.
д) подлежать мониторингу	Требование выполнено: столбец «Форма и периодичность мониторинга»
е) быть доведенными до работников	Данное требование можно не прописывать в целях в области качества. Для выполнения этого требования нужно ознакомить всех работников с целями в области качества, а после этого подписать лист ознакомления
ж) актуализироваться по мере необходимости	В соответствии с инструкцией методической «Разработка, оформление, выдача, ревизия и архивирование документов СМК» цели в области качества пересматриваются каждый год

Таким образом, можно сделать вывод, что разработанные цели в области качества на 2020 год полностью отвечают требованиям пункта 6.1.2 ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

3.6 Оптимизация процессов «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара» с помощью методов бережливого производства

3.6.1 Хронометраж процессов «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара»

Хронометраж процесса – это метод позволяющий детально изучить процесс путем замеров и фиксации продолжительности действий, подлежащих выполнению [20, 37].

Хронометраж процесса позволяет:

- получить исходные данные для совершенствования трудового процесса;
- разработать нормативы времени на отдельные элементы трудового процесса;
- выявить причины невыполнения норм труда отдельными работниками;
- выявить потери, встречающиеся в трудовом процессе;
- целесообразно распределить функции между исполнителями трудового процесса.

В рамках производственной практики в Кузбасском кардиоцентре был проведен хронометраж процессов - «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара».

Для проведения хронометража данных процессов была разработана и использована «Схема проведения хронометража процессов», которая представлена в приложении Е.

Руководствуясь этапами данной схемы, было сделано:

1) Были выбраны процессы, подлежащие хронометражу - «Прием пациента в стационар», «Выписка пациента из стационара».

2) Была определена цель проведения хронометража - получение исходных данных для оптимизации процессов, таких как последовательность выполнения процессов, время протекания действий процессов, краткая характеристика данных действий, а также выявление проблем и потерь, встречающихся в процессах.

3) Был разработан формуляр для проведения хронометража, представленный в виде таблиц 3.3 и 3.4.

4) Разработанные формуляры были распечатаны в 2 экземплярах и использовались в дальнейшем для регистрации данных о процессах.

5) Секундомер был выбран в качестве измерительного прибора.

6) В секундомере были заменены батарейки, а также он был поверен с помощью пяти онлайн секундомеров.

7) Единицами измерения были выбраны минуты.

8) Было проведено наблюдение за действиями этапов «Прием пациента в стационар», «Выписка пациента из стационара» и выявление проблем и потерь, встречающихся на данных процессах, а также заполнение столбцов № 1,2,4,5 таблицы № 3.3 и 3.4.

9) Были проведены замеры времени действий процесса «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара». Все замеры были выписаны карандашом в столбец № 3 таблиц 3.3 и 3.4.

10) Для каждого действия процессов было произведено по 5 замеров времени.

11) По замерам времени, проведенным на 9 этапе, было рассчитано среднее время протекания каждого действия процесса и занесено в столбец № 3 таблиц 3.3 и 3.4.

Заполненные формуляры для процессов «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара», представлены в виде таблиц 3.3 и 3.4.

Таблица 3.3 – Хронометраж процесса «Прием пациента в стационар»

Этап процесса	Краткая характеристика этапа процесса	Время	Проблемы	Вид потерь
1	2	3	4	5
1) Сбор информации о пациенте и внесение данных в медицинскую карту	Администратор приемного отделения собирает информацию о пациенте (дата рождения, ФИО, домашний адрес, данные документов и т.д.), вносит это в медицинскую карту и направляет пациента в кабинет дежурного врача	20 мин.	1.Информация о пациенте собрана в недостаточном объёме. 2. Отсутствие документов у пациента	<i>1.Дефекты/ переделка.</i> Из-за ненадлежащего сбора информации о пациенте в приемном отделении, приходится вновь опрашивать пациента в стационаре. <i>2. Ожидание.</i> Медицинская сестра ждет, когда пациенту сообщат/отправят его данные по документам
2) Врачебный осмотр пациента	Дежурный врач приемного отделения проводит осмотр пациента и спрашивает его жалобы	15 мин.	-	-
3) Оказание медицинской помощи пациенту	Дежурный врач приемного отделения оказывает необходимую медицинскую помощь пациенту	15 мин.	1.Недостаточное количество расходного материала (вата, бинт, перчатки и т.д.)	<i>1.Ожидание.</i> Пациент ждет, когда медицинская сестра принесёт расходный материал
4) Оценка телосложения пациента	Медицинская сестра приемного отделения проводит оценку телосложения пациента (рост, масса тела)	5 мин.	-	-
5) Определение отделения стационара для госпитализации	Дежурный врач приемного отделения согласно данным, полученным с помощью осмотра, определяет отделение стационара для госпитализации пациента	2 мин.	-	-
6) Оформление медицинской карты стационарного больного	Дежурный врач приемного отделения оформляет медицинскую карту стационарного больного согласно осмотру и всей полученной информации от пациента	15 мин.	1.В медицинскую карту внесена не вся информация о пациенте. 2.Медицинская карта часто отправляется на доработку	<i>1.Дефекты/переделка.</i> Врач стационарного отделения вносит не полную информацию о пациенте. <i>2.Ожидание.</i> Если медицинская карта оформлена не верно, то пациента не могут принять в стационар, и он ждет ее доработки

Продолжение таблицы 3.3

1	2	3	4	5
7) Оформление «Листа добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара»	Пациент со слов врача заполняет «Лист добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара»	10 мин.	1.Ошибки при заполнении пациентом документа. 2.Часто задаваемые пациентом одни и те же вопросы при заполнении документа; 3.Переписывание документа	<i>1.Дефекты/переделка.</i> Пациенту приходится переписывать документ. <i>2.Ожидание.</i> Врач ждет пока пациент задает вопросы и заполняет документ; врач ждет пока пациент переписывает документ. <i>3.Дефекты/переделка, ожидание.</i> Врач ждет пока пациент переписывает документ
8) Сдача личных вещей на склад	Пациент сдает свои личные вещи (верхняя одежда, сумка, обувь и т.д.) на склад, при необходимости берет сменную обувь	12 мин.	1.Долгий поиск сменой обуви нужного размера. 2.Пациент противится сдачи личных вещей	<i>1.Ожидание, лишние перемещения.</i> Пациент ждет пока работник склада найдет нужную сменную обувь. <i>2.Ожидание.</i> Работник склада объясняет зачем нужно сдать личные вещи, вследствие другие пациенты ждут в очереди
9) Заполнение «Квитанции о сдаче личных вещей»	Пациент со слов работника склада заполняет «Квитанцию о сдаче личных вещей»	10 мин.	1.Ошибки при заполнении пациентом документа. 2.Часто задаваемые пациентом одни и те же вопросы при заполнении документа. 3.Переписывание документа	<i>1.Дефекты/переделка.</i> Пациенту приходится переписывать документ. <i>2.Ожидание.</i> Врач ждет пока пациент задает вопросы и заполняет документ. <i>3.Дефекты/переделка, ожидание.</i> Врач ждет пока пациент переписывает документ
10) Транспортировка пациента в отделение стационара	Медицинская сестра приемного отделения сопровождает пациента в отделение стационара	40 мин.	1.Медицинская сестра не водит по одному пациенту в отделение стационара	<i>1.Ожидание.</i> Пациент ждет пока соберутся другие пациенты
Общее время протекания процесса = 144 мин.				

Таблица 3.4 – Хронометраж процесса «Выписка пациента из стационара»

Этап процесса	Краткая характеристика этапа процесса	Время	Проблемы	Вид потерь
1	2	3	4	
1) Передача «Сводной информации о пациентах, планируемых к выписке» на сестринский пост	Лечащий врач за сутки до выписки передает «Сводную информацию о пациентах, планируемых к выписке» медицинской сестре на посту	30 мин.	1. Долгая передача сводной информации из-за отсутствия медицинской сестры на посту 2. Одинаковые инициалы ФИО пациентов, готовых и не готовых к выписке	1. Ожидание. Врач ждет медицинскую сестру. 2. Дефекты/переделка. Переделка «Сводной информации о пациентах, планируемых к выписке», в случае если там указан неверный пациент.
2) Информирование пациентов о выписки	Медицинская сестра за сутки до выписки информирует пациентов, которые подлежат выписке	30 мин.	3. Не все пациенты проинформированы о выписке. 4. Не верное информирование пациента о выписке	3,4. Дефекты/переделка. Медицинская сестра неверно проинформировала пациентов о выписке, по итогу пациент не подготовился к выписке/не верный пациент подготовился к выписке, а вследствие приходится разьяснять информацию о выписке повторно
3) Заполнение графы «рекомендации» в «Эл. выписном эпикризе»	Лечащий врач за сутки до выписки заполняет графу «рекомендации» в «Электронном выписном эпикризе»	15 мин.	-	-
<i>Проходят сутки = 1440 мин.</i>				
4) Заключительный осмотр пациентов	В день выписки лечащий врач проводит заключительный осмотр пациентов	40 мин.	-	-
5) Уточнение списка выписных пациентов	Лечащий врач по необходимости вносит изменения в «Сводную информацию о пациентах,	25 мин.	5. Создание нового сводного листа	5. Ожидание. Если старый сводный лист потерялся на сестринском посту, врач ждет пока медицинская сестра создаст новый сводный лист

Продолжение таблицы 3.4

1	2	3	4	5
	планируемых к выписке» на сестринском посту			
6) Передача историй болезни в медицинскую канцелярию	Медицинская сестра передает истории болезней в отдел медицинской статистики	30 мин.	6. Долгий поиск необходимых историй болезни. 7. Передача не всех историй болезни	6. <i>Лишние перемещения.</i> Медицинская сестра не знает, где находятся нужные истории болезней и ищет их на всем сестринском посту. 7. <i>Ожидание.</i> Администратор отделения мед. статистики ждет нужные истории болезней
7) Оформление медицинской документации к выписке	Администратор медицинской статистики подготавливает и заполняет медицинскую документацию к выписке (листки временной нетрудоспособности, справки и выписные эпикризы)	60 мин.	8. Подготовка не нужной медицинской документации. 9. Не подготовка нужной медицинской документации. 10. Медицинская документация часто отправляется на доработку	8. <i>Перепроизводство.</i> Администратор медицинской статистики подготавливает не нужные справки для пациентов, которые вследствие приходится уничтожать. 9,10. <i>Ожидание.</i> Если администратор медицинской статистики не подготавливает нужные справки, пациенту приходится ждать повторной подготовки справок; если медицинская документация заполнена частично, то врач/ пациент ждет их доработки
8) Передача медицинской документации по выписке и историй болезни в отделение	Оператор медицинской статистики передает заполненную медицинскую документацию по выписке на сестринский пост	5 мин.	-	-
9) Передача медицинской документации по	Медицинская сестра передает медицинскую документацию по выписке на подпись лечащему	40 мин.	11. Долгая передача документации из-за	11. <i>Ожидание.</i> Лечащий врач ждет передачи ему на подпись медицинской документации

Продолжение таблицы 3.4

1	2	3	4	5
выписке на подпись	врачу		занятости медицинской сестры	
10) Подпись медицинской документации по выписке	Лечащий врач подписывает медицинскую документацию по выписке	30 мин.	12. Подпись ненужной медицинской документации. 13. Не вся медицинская документация подписана	<i>12. Перепроизводство.</i> Врач подписывает не нужные справки для пациентов, которые вследствие приходится уничтожать. <i>13. Ожидание.</i> Пациент ждет пока нужная ему справка отправится на повторную подпись
11) Передача медицинской документации по выписке на сестринский пост	Медицинская сестра забирает и передает на сестринский пост медицинскую документацию по выписке	60 мин.	11. Долгая передача медицинской документации из-за занятости медицинской сестры	<i>11. Ожидание.</i> Пациенты ждут медицинскую документацию
12) Выдача медицинской документации по выписке	Пациент забирает нужную ему справку на сестринском посту	40 мин.	9. Не подготовка нужной медицинской документации 13. Не вся медицинская документация подписана	<i>9,13. Ожидание.</i> Пациенту приходится ждать повторной подготовки справок; пациент ждет пока нужная ему справка отправится на повторную подпись
13) Выдача личных вещей пациенту	Пациент с помощью «Квитанции о сдаче личных вещей» забирает вещи со склада	30 мин.	14. Потеря квитанции пациентом	<i>14. Ожидание.</i> Работник склада ждет пока пациент напишет заявление о потере квитанции
14) Передача историй болезни в архив	Медицинская сестра передает истории болезни, выписанных пациентов в архив	30 мин.	6. Долгий поиск необходимых историй болезни	<i>6. Лишние перемещения.</i> Медицинская сестра не знает, где находятся нужные истории болезней и ищет их на всем сестринском посту
Общее время протекания процесса = 1905 мин.				

По итогам проведенного хронометража были разработаны пирамиды проблем, существующих в процессах «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара», представленные на рисунках 3.2 и 3.3.



Рисунок 3.2 – Пирамида проблем процесса «Прием пациента в стационар»



Рисунок 3.3 - Пирамида проблем процесса «Выписка пациента из стационара»

Изучая пирамиды проблем, можно сделать вывод, что в обоих процессах были выявлены проблемы лишь на уровне учреждения.

В процессе «Прием пациента в стационар» было обнаружено 11 проблем, имеющих уровень учреждения, а процесс «Выписка пациента из стационара» имеет 14 проблем аналогичного уровня.

Все выявленные проблемы будут подробно рассмотрены в следующей главе.

3.6.2 Поиск решения проблем с использованием механизма «5 почему?»

«Пять почему» — механизм, используемый для изучения причинно-следственных связей, которые лежат в основе той или иной проблемы. Основная задача данного механизма заключается в поиске первопричины возникновения проблемы или несоответствия с помощью повторения вопроса – «Почему?». [40].

В рамках выпускной квалификационной работы, для определения коренных причин проблем, встретившихся в процессах «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара», а также поиска решений данных проблем был использован механизм «Пять почему», представленный в таблицах 3.5 и 3.6.

Таблица 3.5 – Применение механизма «Пять почему» для проблем, возникших в процессе «Прием пациента в стационар»

Наименование проблемы	Почему?	Принятое решение
1	2	3
1) Информация о пациенте собрана в недостаточном объеме; 4) в медицинскую карту внесена не вся информация о пациенте; 5) медицинская карта часто отправляется на доработку	1.Потому что нет памятки, включающей список информации, которую необходимо выяснить о пациенте/ внести в медицинскую карту. 2.Потому что пациент не знает, какую информацию необходимо рассказать врачу	Создать памятки «Необходимая информации, которая должна быть выяснена у пациента в приемном отделении и внесена в медицинскую карту»/ «Необходимая информации, которая

Продолжение таблицы 3.5

1	2	3
		должна быть внесена в медицинскую карту по результатам осмотра врача» и разместить их в каждом кабинете приемного отделения
2) Отсутствие документов у пациента	1. Потому что пациент не имеет представления о процессе госпитализации в стационар. 2. Потому что учреждение информирует пациента о необходимых документах только при личном общении или посредством телефона. 3. Потому что учреждение не использует другие источники для информирования. 4. Потому что при экстренной госпитализации пациента в стационар родственники не знают какие документы необходимо привезти/отправить фото	Создать на официальном сайте учреждения «Памятку о этапах госпитализации в стационар и необходимых документах»
3) Недостаточное количество расходного материала	1. Потому что нет учета использованного расходного материала. 2. Потому что медицинская сестра приемного отделения не следит за количеством расходного материала в кабинете. 3. Потому что нет графика получения расходного материала. 4. Потому что количество расходного материала проверяют не в начале смены, а во время приема	Создать «График выдачи расходного материала» и разместить его в холле приемного отделения, а также продублировать его в каждом кабинете приемного отделения; вести «Журнал учета использования расходного материала» во время каждого приема пациента
6) Ошибки при заполнении пациентом документа; 7) часто задаваемые пациентом одни и те же вопросы при заполнении документа; 8) переписывание документа	1. Потому что пациенту приходится писать под диктовку. 2. Потому что пациент делает ошибки. 3. Потому что нет готовых бланков документов 4. Потому что нет формы документов	Разработать формы и распечатать бланки всех документов (заявлений, листов, квитанций), которые должен заполнять пациент
9) Долгий поиск сменной обуви нужного размера	1. Потому что не на всей сменной обуви обозначен номер размера. 2. Потому что сменная обувь находится в разных коробках. 2. Потому что сменная обувь находится в конце склада	Обозначить на каждой паре сменной обуви ее размер; разместить сменную обувь на единую полку в начале склада

Продолжение таблицы 3.5

1	2	3
10) Пациент противится сдачи личных вещей	1. Потому что пациент не понимает зачем необходимо сдавать личные вещи. 2. Потому что пациенту никто не объяснил зачем необходимо сдавать личные вещи. 3. Потому что пациент не знает какие вещи необходимо сдать	Создать памятку «Необходимость сдачи личных вещей на склад» и разместить ее возле склада
11) Медицинская сестра не водит по одному пациенту в отделение стационара	1. Потому что медицинская сестра занята другими делами. 2. Потому что медицинская сестра хочет сэкономить время и ждет пока соберется несколько пациентов. 3. Потому что только медицинская сестра водит пациентов в отделения стационара	Поручить данную работу младшей медсестре/младшему медбратау

Таблица 3.6 - Применение механизма «Пять почему» для проблем, возникших в процессе «Выписка пациента из стационара»

Наименование проблемы	Почему?	Принятое решение
1	2	3
1) Долгая передача сводной информации из-за отсутствия медицинской сестры на посту; 11) долгая передача документации из-за занятости медицинской сестры;	1. Потому что медицинская сестра занята другими делами. 2. Потому что у медицинской сестры много должностных обязанностей. 3. Потому что нет определенного времени передачи сводной информации /документации	Создать «График передачи документации» и разместить его в отделении стационара и мед. статистики
2) Одинаковые инициалы ФИО пациентов, готовых и не готовых к выписке; 3) не все пациенты проинформированы о выписке; 4) не верное информирование пациента о выписке	1. Потому что в сводной информации о выписке содержится только ФИО пациента. 2. Потому что имя и отчество пациентов указывается инициалами. 3. Потому что при одинаковых ФИО пациентов им не присваиваются другие отличительные черты	Указывать в сводной информации о выписке полное ФИО и дату рождения пациента
5) Создание нового сводного листа	1. Потому что изначальный сводный лист потерялся. 2. Потому что не создается копия изначального сводного листа. 3. Потому что у сводного листа нет определенного места на сестринском посту	Создать «Папку для сводных листов», которая будет находиться на сестринском посту; создавать электронную копию сводного листа

Продолжение таблицы 3.5

1	2	3
<p>6) Долгий поиск необходимых историй болезни;</p> <p>7) передача не всех историй болезни</p>	<p>1.Потому что уголки для хранения историй болезней находятся в разных местах.</p> <p>2.Потому что врачи могут самовольно оставлять истории болезней на сестринском посту в любом месте.</p> <p>3.Потому что уборка в историях болезней происходит раз в неделю.</p> <p>4.Потому что истории болезней хранятся не по алфавиту.</p> <p>5.Потому что на сестринском посту находятся истории болезней с истекшим сроком хранения</p>	<p>Систематизировать хранение историй болезни: создать алфавитный указатель, разместить уголки для хранения в одном месте; создать «График уборки в историях болезней»</p>
<p>8) Подготовка не нужной медицинской документации;</p> <p>9) не подготовка нужной медицинской документации;</p> <p>12) подпись ненужной медицинской документации</p>	<p>1.Потому что всем пациентам готовят стандартный набор медицинской документации;</p> <p>2.Потому что у пациентов не выясняется нужная им медицинская документация.</p>	<p>Создать на сестринском посту «Журнал необходимых справок»</p>
<p>10) Медицинская документация часто отправляется на доработку</p>	<p>1.Потому что отсутствует подпись на медицинской документации.</p> <p>2.Потому что медицинская документация заполнена частично.</p> <p>3.Потому что медицинскую документацию не перепроверяют перед отдачей</p>	<p>Создать памятку «Перепроверка медицинской документации перед отдачей»</p>
<p>13) Не вся медицинская документация подписана</p>	<p>1.Потому что медицинскую документацию не перепроверяют перед отдачей</p>	
<p>14) Потеря квитанции пациентом</p>	<p>1.Потому что квитанцию отдают пациенту</p>	<p>Создать «Папку с квитанциями о сдаче личных вещей» и разместить ее на складе</p>

Таким образом с помощью механизма «Пять почему» были выявлены причины существующих проблем в процессах «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара», а также разработаны их решения, с помощью которых данные процессы будут функционировать результативней и эффективней.

3.6.3 Разработка информационного стенда SQDCM

Информационный стенд SQDCM – современный инструмент бережливого производства, позволяющий организации разместить плановую и фактическую информацию о состоянии своих процессов, а также возможностях для улучшения.

Информационный стенд SQDCM включает в себя 5 важных блоков:

- качество продукта/услуги;
- исполнение в срок;
- затраты;
- безопасность;
- корпоративная культура.

[13,14].

Каждый блок информационного стенда должен включать в себя компоненты, содержащие в себе информацию, отражающую название блока. Такими компонентами могут быть:

- графики;
- схемы;
- рисунки;
- памятки;
- списки;
- рейтинги и т.д.

В рамках выпускной квалификационной работы был предложен проект информационного стенда SQDCM, включающий 5 блоков и их компоненты.

1) Качество услуги – данный блок отражает информацию об уровне качества, к которому стремится Кузбасский кардиоцентр, а также фактические результаты, подтверждающие высокое качество оказания медицинских услуг. Примерами компонентов блока могут являться:

а) Политика в области качества ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша, представленная в приложении Е;

б) График «Успешно проведенные операции за первое полугодие 2020 года», представленный на рисунке 3.4;

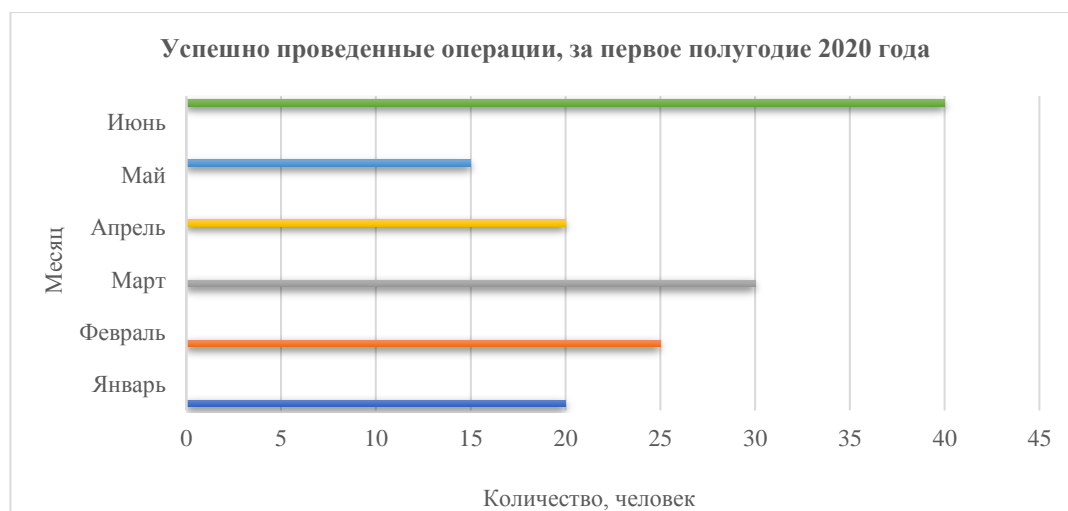


Рисунок 3.4 - График «Успешно проведенные операций за первое полугодие 2020 года»

с) График «Правильно поставленные диагнозы с первого раза, за первый квартал 2020 года», представленный на рисунке 3.5;

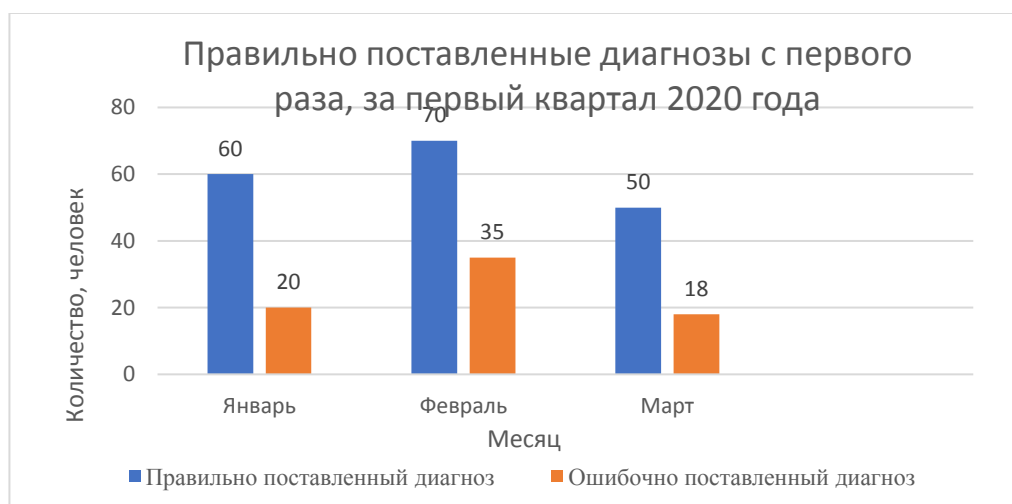


Рисунок 3.5 – График «Правильно поставленные диагнозы с первого раза, за первый квартал 2020 года»

д) График «Достижение ожидаемого результата от лечения за первое полугодие 2020 года», представленный на рисунке 3.6.

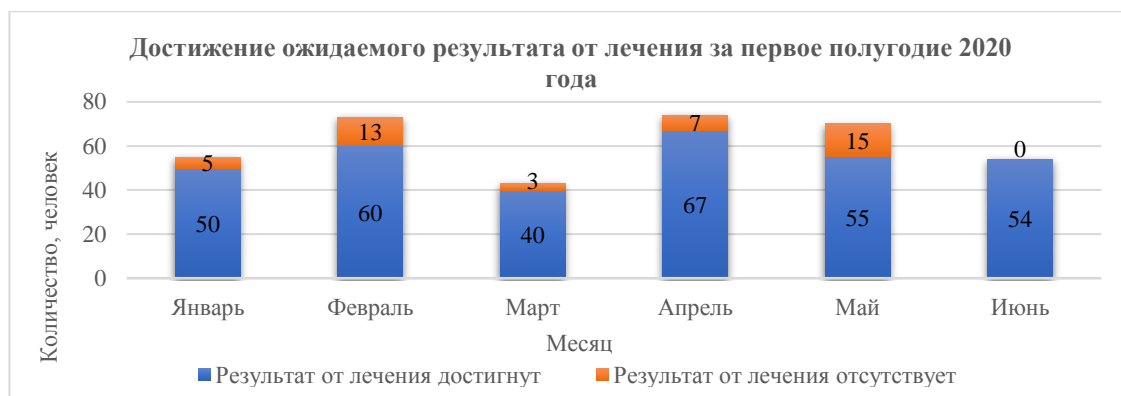


Рисунок 3.6 - График «Достижение ожидаемого результата от лечения за первое полугодие 2020 года»

2) Исполнение в срок – данный блок отражает информацию по временным периодам, необходимым Кузбасскому кардиоцентру для оказания результативной и эффективной медицинской помощи, а также плановую информацию по временным срокам, к которой необходимо стремиться. Примерами компонентов блока могут являться:

а) График «Пациенты, выписанные в запланированную дату, за первый квартал 2020 года», представленный на рисунке 3.6;

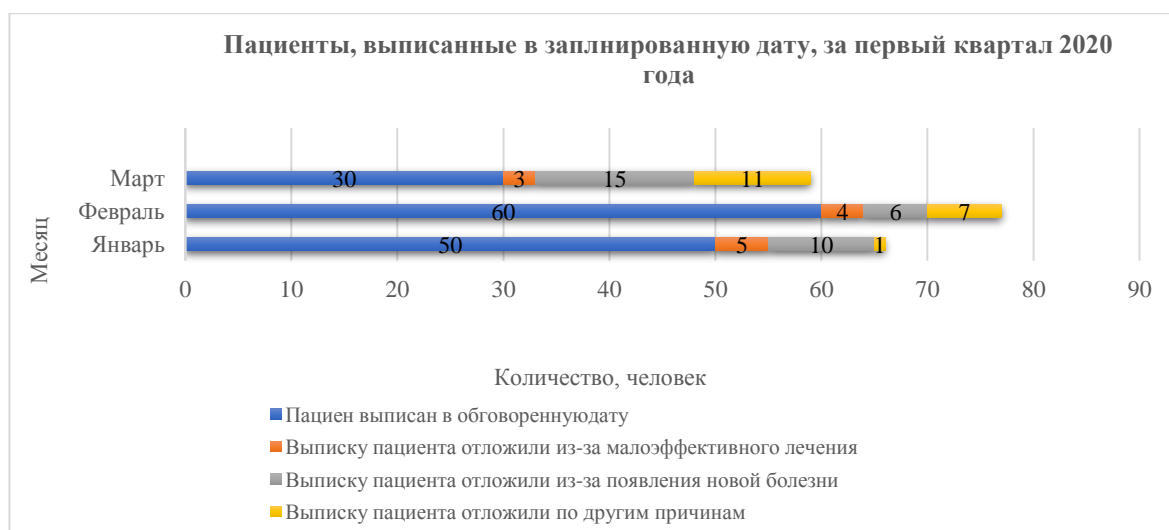


Рисунок 3.6 - Пациенты, выписанные в запланированную дату, за первый квартал 2020 года

3) Затраты – данный блок содержит в себе информацию о затратах и потерях Кузбасского кардиоцентра, а также методиках и инструментах позволяющих их сократить. Примерами компонентов блока могут являться:

а) Памятка «Правила 5S», представленная на рисунке 3.9;

5S – система организации и рационализации рабочих мест, направленная на повышение эффективности и управляемости операционной зоны, увеличение производительности труда, экономию времени и совершенствование корпоративной культуры.

Принципы 5S:

- 1. Сортировка.** Чёткое разделение вещей на нужные и ненужные и избавление от последних.
- 2. Соблюдение порядка.** Упорядоченное и точное расположение и хранение необходимых вещей, которое позволяет быстро и просто их найти и использовать.
- 3. Содержание в чистоте.** Содержание рабочего места в чистоте и опрятности.
- 4. Стандартизация.** Создание необходимых инструкций, памяток и регламентов.
- 5. Совершенствование.** Воспитание привычки точного выполнения установленных правил, процедур и технологических операций.

Рисунок 3.9 - Памятка «Правила 5S»

б) График «Расход электроэнергии за первое полугодие 2020 года»;

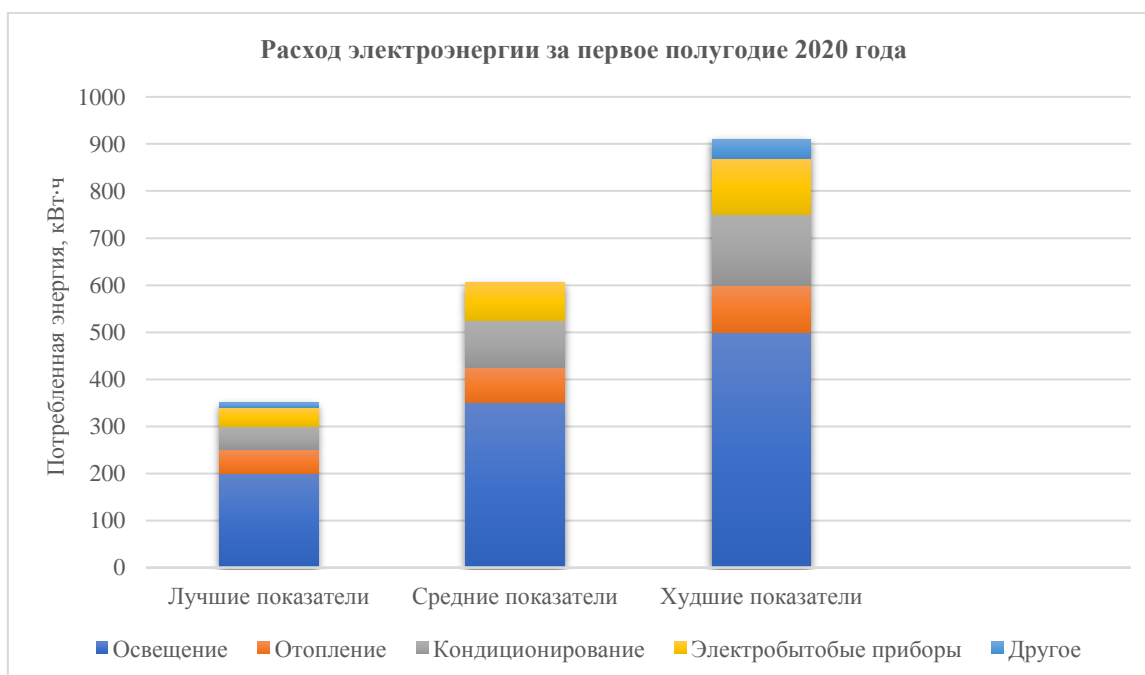


Рисунок 3.9 - График «Расход электроэнергии за первое полугодие 2020 года»

с) График «Количество перевязочных средств, использованных за первое полугодие 2020 года», представленный на рисунке 3.10.



Рисунок 3.10 - График «Количество перевязочных средств, использованных за первое полугодие 2020 года»

d) Памятка «Способы энергосбережения», представленная на рисунке 3.11.

Основные способы экономии электроэнергии:

- Обязательное выключение приборов освещения в конце рабочего дня;
- Использование и покупка энергоэффективных долговечных ламп;
- Использование секционного освещения;
- Содержание в чистоте окон, стен, потолков, пола помещения, а также осветительной арматуры;
- Кондиционер должен работать при закрытых дверях и окнах;
- Выходя из кабинета - гасите свет;
- Правильная эксплуатация компьютерной техники - следует настроить выключение монитора и последующий переход в спящий режим при простое более 4-5 минут.
- Повышение эффективности работы кондиционеров путем регулярной чистки и обслуживания;
- Сократите время работы электробытовых приборов;
- Активное использование дневного времени - уборка учреждения должна производиться в дневное время.

Рисунок 3.10 - Памятка «Способы энергосбережения»

4) Безопасность – данный блок включает в себя информацию об плановом и фактическом уровне безопасности пребывания в Кузбасском

кардиоцентре для сотрудников и пациентов, а также необходимые действия, позволяющие снизить уровень травматизма и заболеваемости. Примерами компонентов блока могут являться:

а) График «Крест безопасности для сотрудников», представленный на рисунке 3.11;

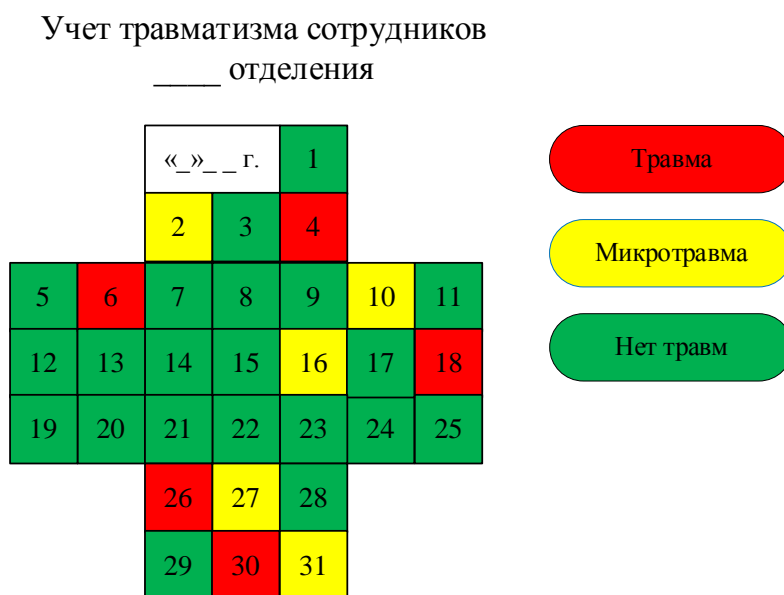


Рисунок 3.11 - График «Крест безопасности для сотрудников»

б) График «Крест безопасности для пациентов», представленный на рисунке 3.12;

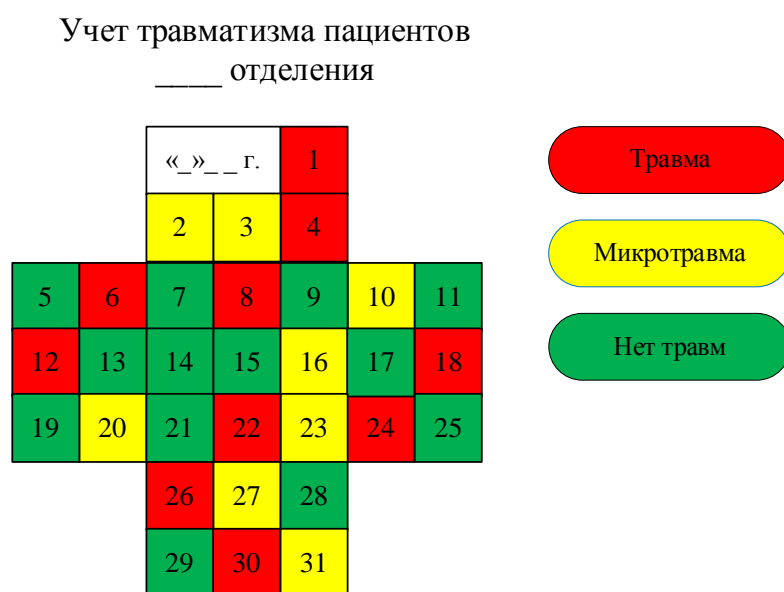


Рисунок 3.12 - График «Крест безопасности для пациентов»

с) График «Сокращение количества потоков здоровых и больных пациентов на рентгенологическое исследование», представленный на рисунке 3.13;



Рисунок 3.13 - График «Сокращение количества потоков здоровых и больных пациентов на рентгенологическое исследование»

д) Памятка для пациентов «Неэффективные лекарства от ОРВИ», представленная на рисунке 3.14.

Средства, которые не защищают от ОРВИ

К таким неэффективным лекарствам относятся:

1. Противовирусные и иммуномодулирующие средства — арбидол, виферон, ингавирин, кагоцел, эргоферон.
2. Гомеопатические препараты — анаферон, коризалия, оциллококцидум.
3. Растительные и средства народной медицины, например, чеснок.
4. Витамин С.

Когда ОРВИ протекает без осложнений, нет необходимости принимать:

1. Антибиотики, потому что эти препараты не действуют на вирусы, но способствуют тому, что бактериальная микрофлора становится нечувствительной к воздействию лекарств.
2. Муколитики — амброксол, АЦЦ, бромгексин, лазолван. При увеличении количества мокроты под действием этих препаратов ребёнок младше трёх лет, откашливаясь, будет захлёбываться, потому что у него узкие бронхи и слабый кашлевой толчок.
3. Ингаляции. ОРВИ поражает верхние дыхательные пути, которые доступны и без ингаляций. При использовании минеральной воды как средства для ингаляции есть опасность развития бронхоспазма.
3. Антигистаминные препараты.

Уважаемые пациенты, не занимайтесь самолечением! Идите в больницу!

Рисунок 3.14 - Памятка для пациентов «Неэффективные лекарства от ОРВИ»

5) Корпоративная культура – данный блок содержит информацию, главная цель которой развитие в сотрудниках корпоративного духа и мотивации к результативной и эффективной работе, а также постоянным улучшениям. Примерами компонентов блока могут являться:

а) График «Поданные персоналом предложения по улучшению учреждения за первый квартал 2020 года», представленный на рисунке 3.15;

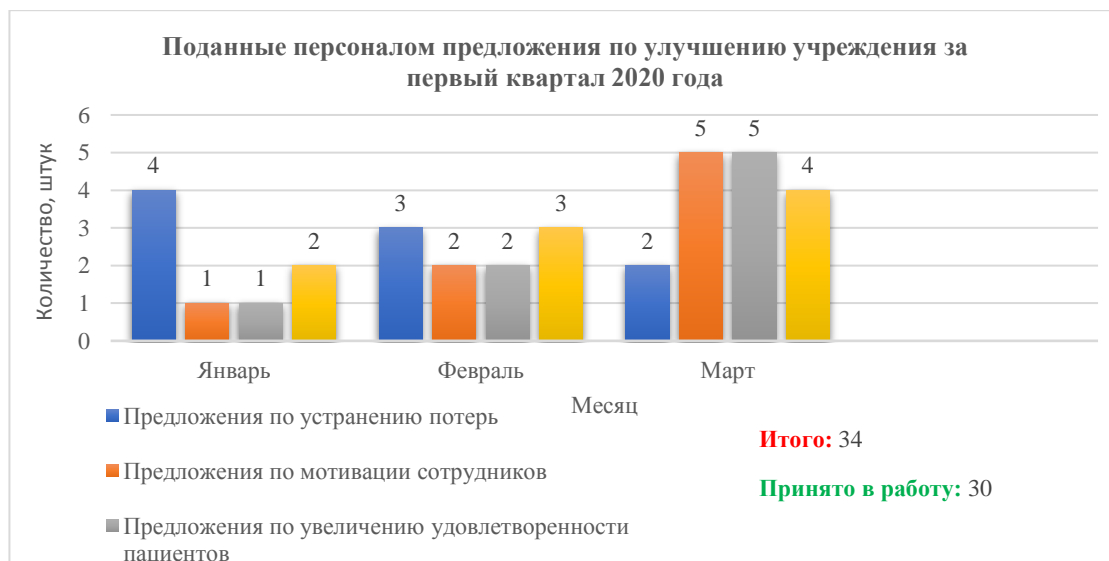


Рисунок 3.15 - График «Поданные персоналом предложения по улучшению учреждения за первый квартал 2020 года»

б) График «Количество повышений по должности за первое полугодие 2020 года», представленный на рисунке 3.16;

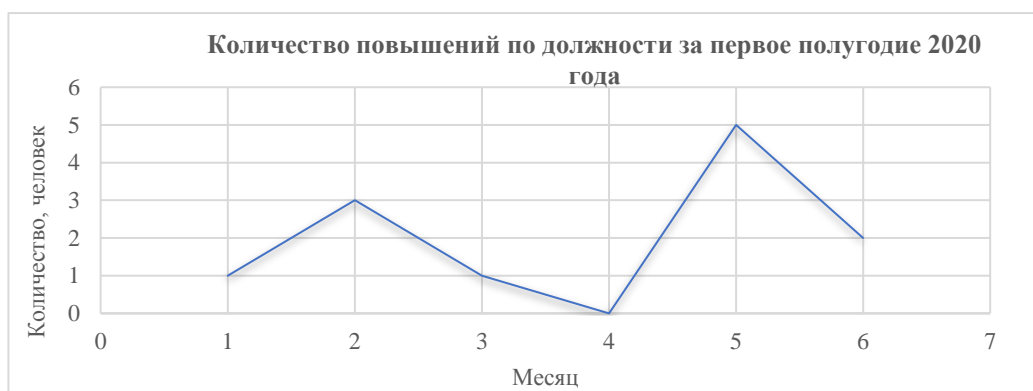


Рисунок 3.16 - График «Количество повышений по должности за первое полугодие 2020 года»

с) График «Количество случаев нарушения трудовой дисциплины сотрудниками за первый квартал 2020 года», представленный на рисунке 3.17;

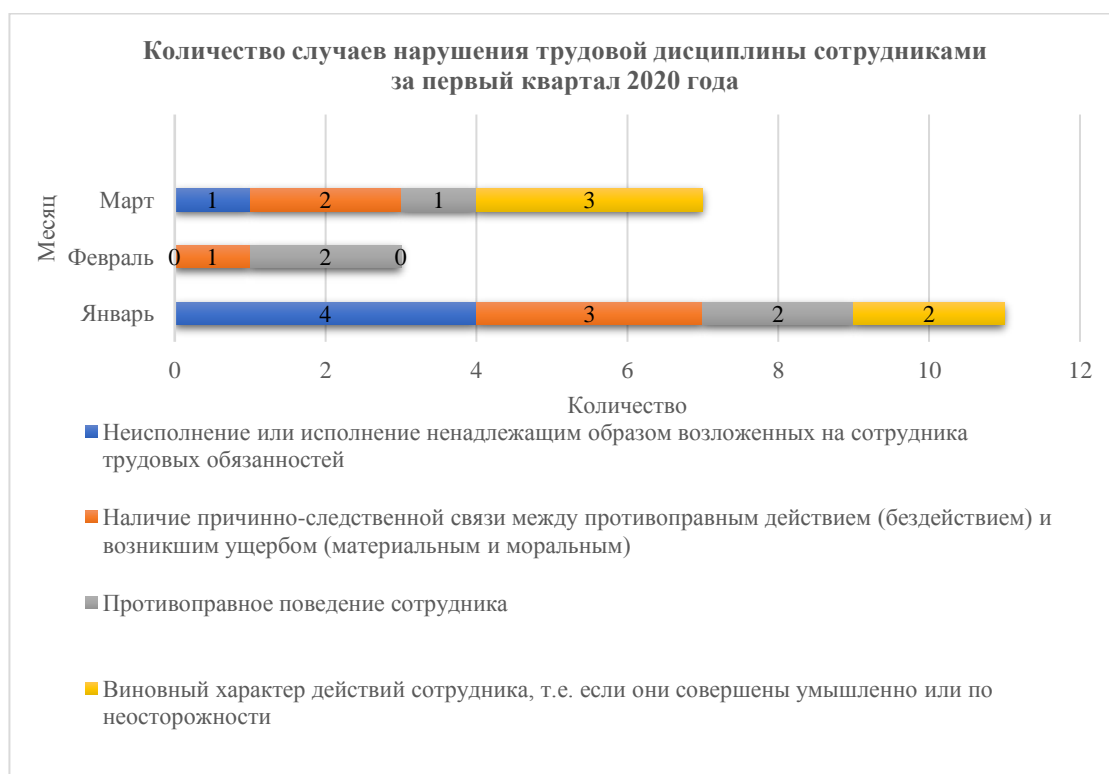


Рисунок 3.17 - «Количество случаев нарушения трудовой дисциплины сотрудниками за первый квартал 2020 года»

Внедрение информационного стенда SQDCM – это кропотливый и продолжительный процесс, который требует участие и идеи всего персонала.

Также в заключение можно добавить, что применение информационного стенда SQDCM позволяет не только наглядно увидеть то, к чему необходимо стремиться, но также позволяет добиться ряд преимуществ:

- сплочение персонала предприятия в единую команду и развитие корпоративной культуры;
- способствование устранению всех видов потерь;
- повышение результативности и эффективности процессов учреждения;
- оперативное выявление проблем в достижении целей и т.д.

4 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПРОЦЕССОВ С ПОМОЩЬЮ КАРТИРОВАНИЯ

Для того, чтобы оценить результативность оптимизации процессов «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара» с помощью методов бережливого производства, данные процессы подлежали картированию.

Картирование потока создания ценности – метод бережливого производства, который направлен на представление графического образа информационных и материальных потоков, необходимых для выполнения заказа или предоставления услуги потребителю [4, 13].

В рамках выпускной квалификационной работы картирование исследуемых процессов происходило в трех видах:

- картирование первоначального состояния процесса «как было»;
- картирование текущего состояния процесса «как есть»;
- картирование идеального состояния процесса.

Картирование процесса «Прием пациента в стационар» в первоначальном состоянии представлено на рисунке 4.1.

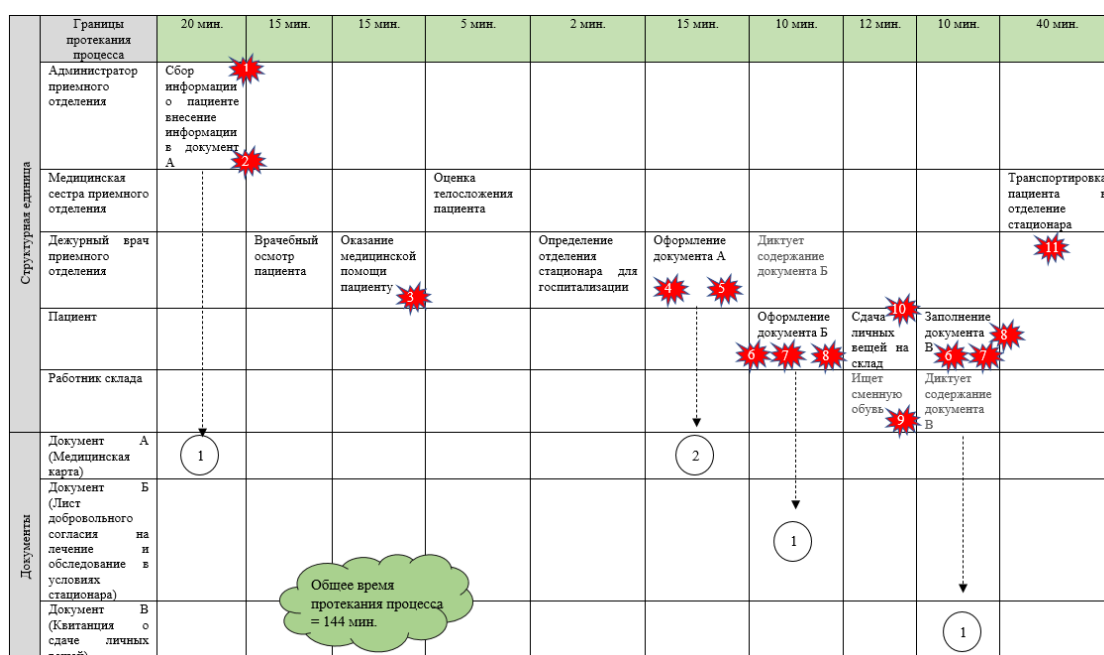


Рисунок 4.1 – Картирование первоначального состояния процесса «Прием пациента в стационар»

В рамках данного процесса было обнаружено 11 различных проблем:

- 1) Информация о пациенте собрана в недостаточном объеме;
- 2) Отсутствие документов у пациента;
- 3) Недостаточное количество расходного материала;
- 4) В медицинскую карту внесена не вся информация о пациенте;
- 5) Медицинская карта часто отправляется на доработку;
- 6) Ошибки при заполнении пациентом документа;
- 7) Часто задаваемые пациентом одни и те же вопросы при заполнении документа;
- 8) Переписывание документа;
- 9) Долгий поиск сменной обуви нужного размера;
- 10) Пациент противится сдаче личных вещей;
- 11) Медицинская сестра не водит по одному пациенту в отделение.

Далее было произведено картирование процесса «Прием пациента в стационар» после его оптимизации с помощью методов бережливого производства, представленное на рисунке 4.2.

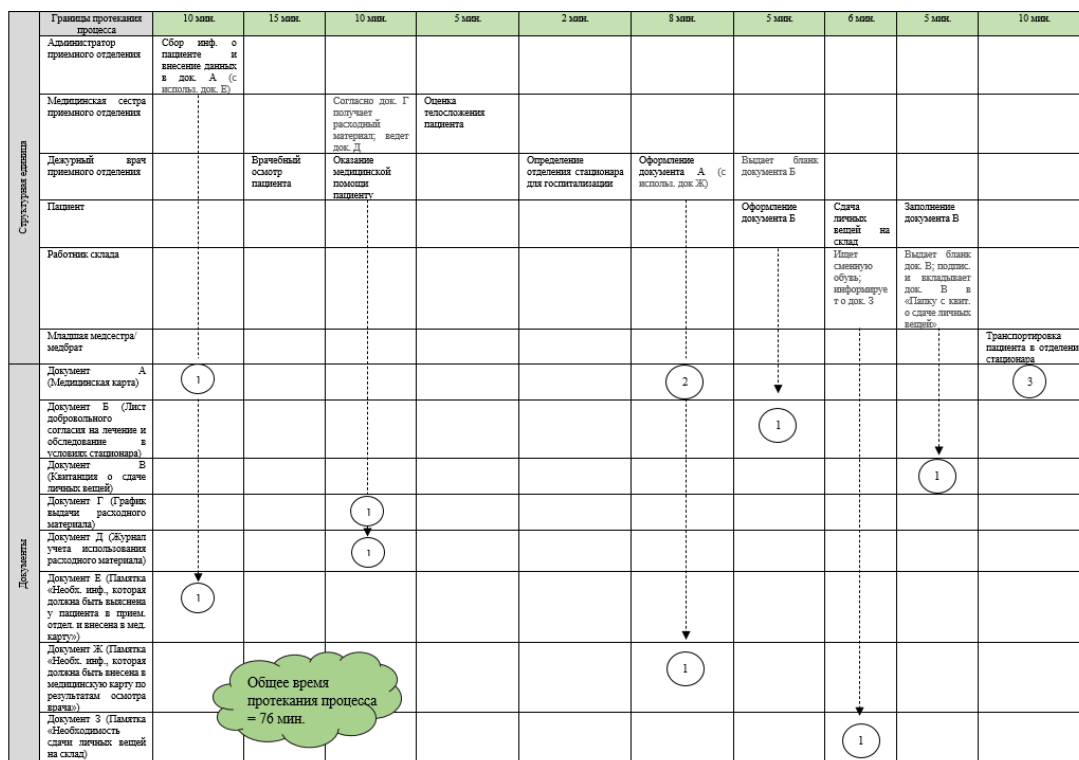


Рисунок 4.1 – Картирование текущего состояния процесса «Прием пациента в стационар»

Из рисунка 4.2 можно сделать вывод, что время протекания процесса «Прием пациента в стационар» сократилось на 68 минут, то есть данный процесс был ускорен на 47 %. Это свидетельствует о том, что проведенная оптимизация процесса «Прием пациента в стационар» действует результативно.

После было проведено картирование процесса «Выписка пациента из стационара» в первоначальном состоянии, представленное на рисунке 4.3.

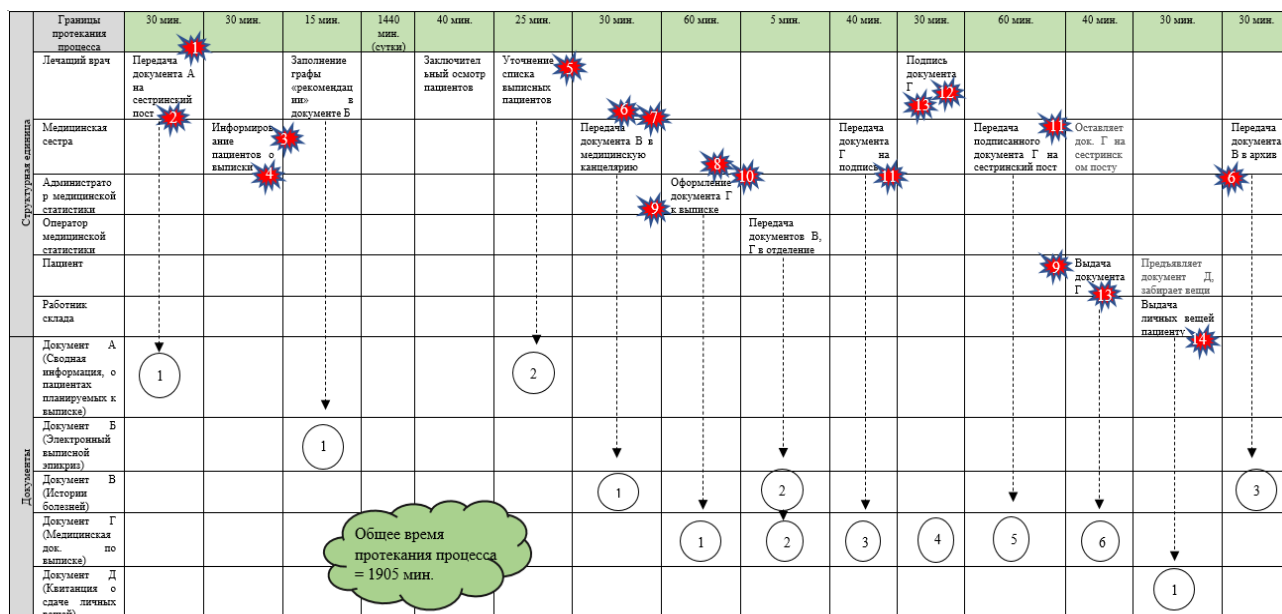


Рисунок 4.3 – Картирование первоначального состояния процесса «Выписка пациента из стационара»

В рамках данного процесса было обнаружено 14 различных проблем:

- 1) Долгая передача сводной информации из-за отсутствия медицинской сестры на посту;
- 2) одинаковые инициалы ФИО пациентов, готовых и не готовых к выписке;
- 3) не все пациенты проинформированы о выписке;
- 4) не верное информирование пациента о выписке;
- 5) создание нового сводного листа;
- 6) долгий поиск необходимых историй болезни;
- 7) передача не всех историй болезни;

- 8) подготовка не нужной медицинской документации;
- 9) не подготовка нужной медицинской документации;
- 10) медицинская документация часто отправляется на доработку;
- 11) долгая передача документации из-за занятости медицинской сестры;
- 12) подпись ненужной медицинской документации;
- 13) не вся медицинская документация подписана;
- 14) потеря квитанции пациентом.

Далее было произведено картирование процесса «Выписка пациента из стационара» после его оптимизации с помощью методов бережливого производства, представленное на рисунке 4.2.

Границы процессного процесса	5 мин.	15 мин.	15 мин.	1440 мин. (сутки)	40 мин.	5 мин.	8 мин.	30 мин.	5 мин.	8 мин.	20 мин.	8 мин.	6 мин.	10 мин.	8 мин.
Лечащий врач	Передача док. А на остр. пост (согласно док. Б)		Заполнение графы «рекоммендации» в документе В		Заключительный осмотр пациентов	Уточнение списка выписных пациентов					Подпись документа Г (с исполь. док. З)				
Медицинская сестра	Хранит док. А в «Папке для сводных листов» и созывает эл. коллво	Информирование пациентов о выписки (по ФНО и дате рождения)					Передача документа В, Ж в мед. кабинетно (согласно док. Б)			Передача документа Г на подпись (согласно док. Б)		Передача подписанного документа Г на сестринский пост (согласно документу Б)	Оставляет документ Г на сестринском посту		Передача документа В в архив (убирается согласно док. И)
Администратор медицинской статистики							Оформление документа Г и выписка (согласно док. Ж, З)								
Оператор медицинской статистики Пациент								Передача док. В, Г, Ж в отделение (согласно док. Б)					Выдача док. Г	Забирает выписку	
Работник склада														Выдача личного вещей пациенту (имет док. Д в «Папке с книт. о слаче личных вещей»)	
Документ А (Сводная инф., о планировании план. и выписки)	1	2	↓			3									
Документ Б (Эп. выписной листок)			1												
Документ В (История болезни)						1		2							3
Документ Г (Мед. док по выписке)							1	2	3	4	5	6			
Документ Д (Квитанция о слаче личных вещей)														1	
Документ Е (График передачи док.)	1					2		3	4	5					
Документ Ж (Фур. выпис. справок)		1				2		3	4						
Документ З (Планка «Перепроверка мед. док. перед отдачей»)							1				2				
Документ И (График. уборки в историч. болезни)															1

Общее время протекания процесса = 1623 мин.

Рисунок 4.4 – Картирование текущего состояния процесса «Выписка пациента из стационара»

Из рисунка 4.4 можно сделать вывод, что время протекания процесса «Выписка пациента из стационара» сократилось на 282 минуты, то есть данный процесс был ускорен на 14 %.

Процесс «Выписка пациента из стационара» включает в себя сложность в том, что есть необходимость в ожидании суток после информирования пациента

о выписке и самой выписке, но сокращение его протекания на 14 % также свидетельствует о том, что проведенная оптимизация действует результативно.

Также в рамках выпускной квалификационной работы было предложено картирование идеального состояния процессов «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара», к которому необходимо стремиться для постоянного улучшения деятельности учреждения.

Картирование идеального состояния процесса «Прием пациента в стационар» представлено на рисунке 4.5.

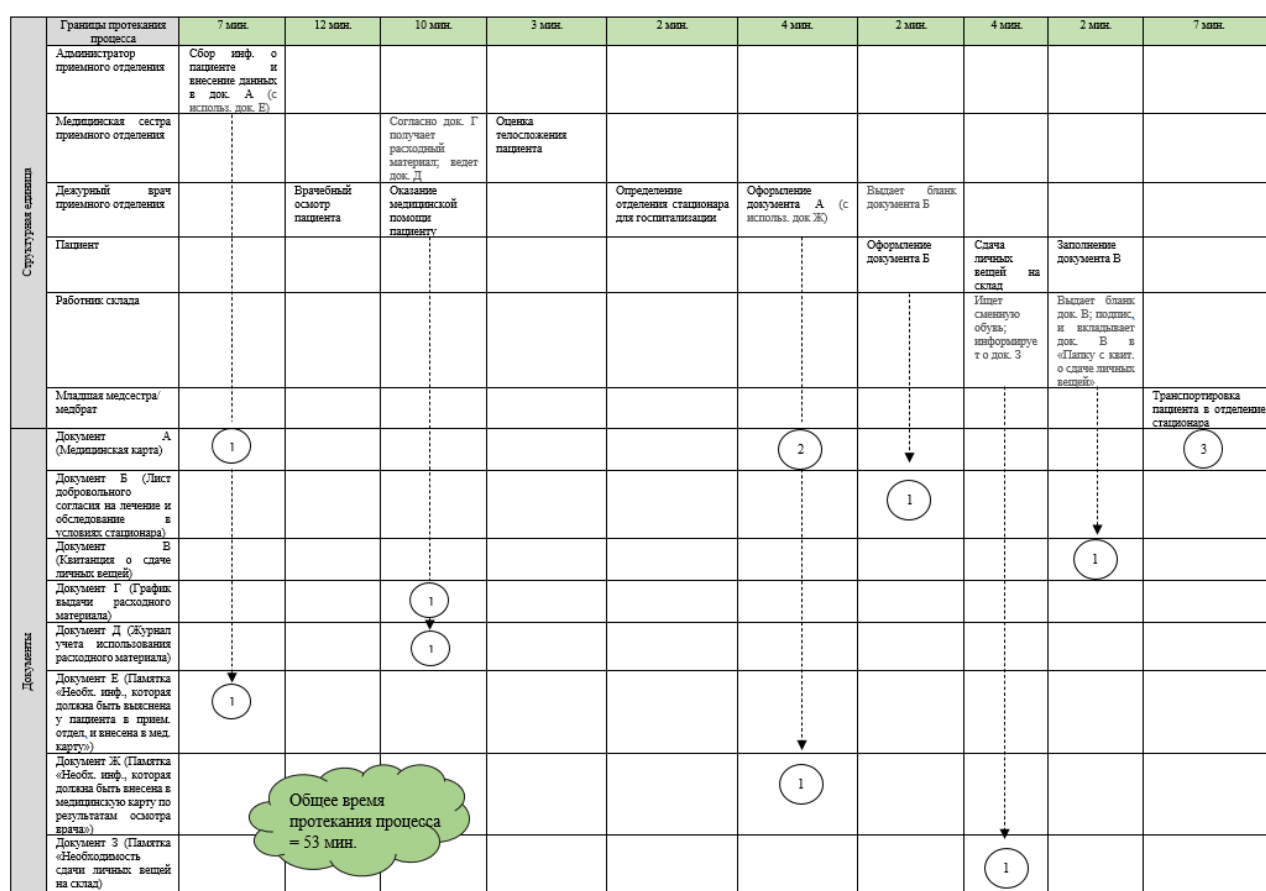


Рисунок 4.5 – Картирование идеального состояния процесса «Прием пациента в стационар»

Таким образом, если стремиться к идеальному состоянию процесса «Прием пациента в стационар», то можно сократить его время на 91 минуту, то есть на 63 %, что значительно увеличит его результативность и эффективность.

Картирование идеального состояния процесса «Выписка пациента из стационара» представлено на рисунке 4.6.

Границы протекания процесса	3 мин.	12 мин.	12 мин.	1440 мин. (сутки)	35 мин.	3 мин.	4 мин.	27 мин.	3 мин.	3 мин.	10 мин.	3 мин.	4 мин.	4 мин.	3 мин.
Лечащий врач	Передача док. А на сестр. пост (согласно док. Е)		Заполнение графы «рекоммендации» в документе В		Заслужеваемый осмотр пациентов	Уточнение списка выписных пациентов					Подпись документа Г (с использованием док. З)				
Медицинская сестра	Хранит док. А в «Папке для списка» и создает экз. копии	Информирован на пациентов о выписке (по ФИО и дате рождения)					Передача документа В, Ж в мед. канцелярию (согласно док. Е)			Передача документа Г на подпись (согласно док. Е)		Передача подписанного документа Г на сестринский пост (согласно документу Е)	Оставляет документ Г на сестринско м посту		Передача документа В в архив (учируется согласно док. И)
Администратор медицинской статистики								Оформление документа Г и выписка (согласно док. Ж, З)							
Оператор компьютерной статистики Пациент									Передача док. В, Г, Ж в отделение (согласно док. Е)				Выдача док. Г	Забирает вещи	
Работник склада														Выдача личных вещей пациенту (согласно док. Д и «Папке с книг. о списке личных вещей»)	
Документ А (Сводная инф., о пациенте: п/им. и выписка)	1	2	↓			3									
Документ Б (Эк. выписной истории)			1												
Документ В (История болезни)						1		2		2					3
Документ Г (Лист док по выписке)							1	2	3	4	5	6			
Документ Д (Канцелярия о слаче личных вещей)													1		
Документ Е (График передачи док.)	1	↓				2		3	4	5					
Документ Ж (Дур. необс. справок)		1				2	3	4							
Документ З (Папката «Перепроверка мед. док. перед отъездом»)							1				2				
Документ И (График уборки в историч. болезни)															1

Общее время протекания процесса = 1574 мин.

Рисунок 4.6 – Картирование идеального состояния процесса «Выписка пациента из стационара»

Таким образом, если стремиться к идеальному состоянию процесса «Выписка пациента из стационара», то можно сократить его время на 331 минуту, то есть на 17 %, что значительно увеличит его результативность и эффективность.

В рамках выпускной квалификационной работы были разработаны документированные процедуры «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара», которые содержат все предложенные изменения и принятые решения по устранению потерь. Данные документированные процедуры представлены в приложениях Ж и З.

Из всей проведенной работы можно сделать вывод, что оптимизация процессов с помощью методов бережливого производства помогло значительно сократить время их протекания, увеличить их результативность и эффективность, а также снизить вероятность появления различных потерь.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение бережливого производства в медицинское учреждение — это кропотливый и продолжительный процесс, который требует участие и идеи всего персонала. Зато в случае успешного внедрения, бережливое производство даст множество преимуществ: позволит повысить производительность труда, сократить потери учреждения и замотивировать персонал на результативную и эффективную работу.

Целью данной выпускной квалификационной работы является - совершенствование процессов оказания медицинских услуг в рамках бережливого производства на примере ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша». Для достижения данной цели были выполнены следующие задачи:

1) Проанализирована организационная структура учреждения. Было выяснено что она имеет линейно-функциональный тип и является оптимальной и пригодной к работе, так как в ней отсутствует перегрузка управленцев, большое число уровней управления», а также дублирование функций на разных уровнях управления.

2) Проанализирована карта процессов Кузбасского кардиоцентра, в которой были выявлены замечания. Был разработан проект карты процессов, включающий все рекомендации по ее улучшению.

3) Проанализирована политика в области качества на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования». В ходе анализа было выяснено, что в политике в области качества отсутствуют несоответствия требованиям стандарта. Также был разработан проект целей в области качества на 2020 год, полностью отвечающий требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования» и направлению учреждения.

4) Проведена оптимизация процессов «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара» с помощью методов бережливого производства. Был проведен хронометраж исследуемых процессов с целью

определения времени протекания этапов процесса, выявления встречающихся на них потерь и разработки пирамид проблем. Был выполнен поиск решения проблем, возникших в данных процессах, с помощью механизма «5 почему?», а также разработка проекта информационного стенда SQDCM, включающего 5 блоков: качество услуги; исполнение в срок; затраты; безопасность, корпоративная культура.

5) Проведена оценка результативности оптимизации исследуемых процессов с помощью картирования. Было выяснено, что после проведенной оптимизации процесс «Прием пациента в стационар» был ускорен на 47%, а процесс «Выписка пациента из стационара» на 14 %. Также было предложено идеальное состояние процессов, которое позволит ускорить их на 63% и 17%.

Итогом выпускной квалификационной работы стала разработка документированных процедур «Прием пациента в стационар» и «Выписка пациента из стационара», которые включили в себя все предложения по оптимизации и разработанные для этого записи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Австриевских, А.Н. Управление качеством на предприятиях пищевой и перерабатывающей промышленности: учебник / А.Н. Австриевских, В.Н. Кантере, И. В. Сурков и др. — 2-е изд., доп.- Новосибирск: Сиб. унив. изд-во, 2007. — 268 с: ил. — (Питание).

2 Анищенко, П.Н. Отдел менеджмента качества - подразделение для совершенствования системы управления качеством лечебно - профилактического учреждения / П.Н. Анищенко // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П.Павлова. — 2017. — № 4. — С. 87-94. — ISSN 0204-3475. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/295910> (дата обращения: 18.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

3 Баяндин, М.А. Проблемы и возможности отрасли здравоохранения региона (на примере Павлодарской области) / М.А. Баяндин, Д.С. Идрисова // Вестник инновационного евразийского университета. — 2017. — № 2. — С. 9-13. — ISSN 1729-536X. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/311510> (дата обращения: 30.01.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

4 Бельш, К.В. Алгоритм составления карты потока создания ценности на промышленном предприятии / К.В. Бельш, Н.С. Давыдова // Вестник Удмуртского университета. — 2015. — № 2. — С. 7-13. — Режим доступа: по подписке. — URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=427707> (дата обращения: 09.04.2020). — Библиогр.: с. 48. — ISBN 978-5-7882-1646-1. — Текст: электронный.

5 Брезе, О.Э. Основы менеджмента: курс лекций / О.Э Брезе, В.А. Брезе. — 2-е изд., доп. — Кемерово: Кемеровский технологический институт пищевой промышленности, 2006. — 146 с.

6 Веряскина, В.П. Здоровье и развитие человеческого потенциала: проблема социальных рисков / В.П. Веряскина // Вестник Башкирского

государственного медицинского университета. — 2017. — № 2. — С. 281-295. — ISSN 2309-7183. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/303135> (дата обращения: 10.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

7 Волочиенко, В.А. Оперативное управление бережливым производством / В.А. Волочиенко // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (Новочеркасского политехнического института). Серия: Социально-экономические науки. — 2016. — № 3. — С. 4-11. — Режим доступа: по подписке. — URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=427707> (дата обращения: 09.04.2020). — Библиогр.: с. 48. — ISBN 978-5-7882-1646-1. — Текст: электронный.

8 Воробьев, А.Д. Бережливое производство как элемент стратегии и путь к модели управления знаниями / А.Д. Воробьев // Компетентность/Competency (Russia). — 2017. — № 1. — С. 33-37. — ISSN 1993-8780. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/300065> (дата обращения: 24.03.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

9 Вэйдер, М. Инструменты бережливого производства: Минируководство по внедрению методик бережливого производства: руководство / М. Вэйдер; перевод А. Баранов, Э. Башкардин. — Москва: Альпина Паблишер, 2016. — 125 с. — Режим доступа: по подписке. — URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=427707> (дата обращения: 09.04.2020). — Библиогр.: с. 48. — ISBN 978-5-7882-1646-1. — Текст: электронный.

10 Гасников, В.К. Реформы здравоохранения в России: этапы и результативность / В.К. Гасников // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. — 2016. — № 1. — С. 40-43. — ISSN 1994-8921. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/299249> (дата обращения: 20.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

- 11 ГОСТ ISO 9000-2011. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. – Введ. 2013-01-01. – М.: Стандартиформ, 2018. – 28 с.
- 12 ГОСТ Р 56020-2014. Бережливое производство. Основные положения и словарь. – Введ. 2015-03-01. – М.: Стандартиформ, 2014. – 37 с.
- 13 ГОСТ Р 56407-2015. Бережливое производство. Основные методы и инструменты. – Введ. 2015-06-02. – М.: Стандартиформ, 2016. – 16 с.
- 14 ГОСТ Р 56907-2016. Бережливое производство. Визуализация. – Введ. 2016-10-01. – М.: Стандартиформ, 2017. – 11 с.
- 15 ГОСТ Р ИСО 9000-2015. Системы менеджмента качества. Требования. Основные положения и словарь. – Введ. 2015-11-01. – М.: Стандартиформ, 2015. – 48 с.
- 16 ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Системы менеджмента качества. Требования. – Введ. 2015-28-09. – М.: Стандартиформ, 2015. – 24 с.
- 17 ГОСТ Р ИСО/ТО 10017-2005 Статистические методы. Руководство по применению в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001. – Введ. 2005-07-01. – М.: Стандартиформ, 2005. – 24 с.
- 18 Гурина, М.А. Создание эффективной системы управления качеством в медицинских организациях на основе внедрения технологии «бережливого» производства / М.А. Гурина // Вестник Воронежского государственного университета инженерных технологий. — 2017. — № 4. — С. 378-384. — ISSN 2226-910X. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/306710> (дата обращения: 28.01.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.
- 19 Дониная, О.В. Способы визуализации в производстве / О.В. Дониная // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Лингвистика и межкультурная коммуникация. — 2015. — № 3. — С. 105-112. — Режим доступа: по подписке. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=427707> (дата обращения: 09.04.2020). – Библиогр.: с. 48. – ISBN 978-5-7882-1646-1. – Текст: электронный.

20 Емельянович, А.А. Оценка эффективности использования рабочего времени на основе внешнего аудита / А. А. Емельянович, И. В. Лау, М. Е. Власов // Вестник КемГУ. Серия: Политические, социологические и экономические науки. — 2019. — № 4. — С. 387-397. — ISSN 2500-3372. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/311974> (дата обращения: 24.03.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

21 Жуков, В.А. Особенности финансового контроля в здравоохранении / В.А. Жуков // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки СКАГС. — 2019. — № 1. — С. 107-111. — ISSN 2079-1690. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/310390> (дата обращения: 30.01.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

22 Зайцева, Н.А. Нормирование труда сотрудников: рекомендации по использованию традиционных методов в современных условиях / Н.А. Зайцева // Российские регионы: взгляд в будущее. — 2016. — № 4. — С. 121-129. — ISSN 2409-899X. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/302916> (дата обращения: 24.03.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

23 Зимакова, Л.А. Этапы внедрения концепции бережливого производства в медицинские организации / Л. А. Зимакова, И. В. Овчинников, А. С. Север // Научный результат. Экономические исследования. — 2019. — № 1. — С. 20-32. — ISSN 2409-1634. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/311835> (дата обращения: 28.01.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

24 Зубец, А.Н. О качестве медицинского обслуживания населения в контексте повышения качества жизни в России / А.Н. Зубец, А.В. Новиков // Гуманитарные науки. Вестник финансового университета. — 2018. - № 6. — С. 58-67.

25 Изучение затрат рабочего времени сестринского персонала отделений высокотехнологичной медицинской помощи / А.В. Фомина, Н.И. Мезенова, Д.И. Кича, А.Р. Белявский // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П.Павлова. — 2010. — № 1. — С. 103-107. — ISSN 0204-3475. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/295913> (дата обращения: 14.04.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

26 Инновационные технологии как часть бережливого медицинского сервиса / Л.А. Федык, Г.Н. Шестакова, А.С. Ткаченко, Ю.В. Ивкина // Компетентность/Competency (Russia). — 2017. — № 6. — С. 33-37. — ISSN 1993-8780. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/303178> (дата обращения: 28.01.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

27 Качество услуг скорой медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения / Т.Г. Бутова, Е.Ю. Яковлева, Е.П. Данилина [и др.] // Сервис в России и за рубежом. — 2016. — № 4. — С. 102-111. — ISSN 1995-042X. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/298610> (дата обращения: 20.01.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

28 Кенжалина, Ж.Ш. Ключевой фактор успешного функционирования предприятия в конкурентной среде / Ж.Ш. Кенжалина, Д.Я. Куатова // Central Asian Economic Review. — 2012. — № 2. — С. 16-19. — ISSN 2224-5561. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/290381> (дата обращения: 09.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

29 Клюев, А.В. Концепция бережливого производства: учебное пособие / А.В. Клюев. — Екатеринбург: УрФУ, 2013. — 88 с. — ISBN 978-5-7996-0960-3. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/98772> (дата обращения: 27.01.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

30 Ковалев, А.И. Менеджмент качества. Многое в немногих словах / А.И. Ковалев. — М.: РИА «Стандарты и качество», 2007. — 136 с, ил. — (серия «Деловое совершенство»).

31 Кожевников, А.А. Состояние, проблемы и тенденции медико-социологических исследований общественного здоровья и системы здравоохранения / А.А. Кожевников // Медицина в Кузбассе. — 2017. — № 4. — С. 95-101. — ISSN 1819-0901. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/302487> (дата обращения: 30.01.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

32 Критерии качества оказания медицинской помощи: различия во взглядах / А.В. Яничкина, В.А. Ларионов, М.А. Шамбатов, Е.М. Вишнева // *Juvenis scientia*. — 2017. — № 12. — С. 22-24. — ISSN 2414-3782. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/306612> (дата обращения: 17.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

33 Кузеванова, А.Л. Имидж учреждений здравоохранения в восприятии региональной общественности / А.Л. Кузеванова, М.Ю. Савельева // Регионология. — 2017. — № 4. — С. 610-627. — ISSN 2413-1407. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/303193> (дата обращения: 17.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

34 Латуха, О.А. Возможности применения бенчмаркинга в здравоохранении / О.А. Латуха // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. — 2013. — № 6. — С. 90-95. — ISSN 2226-3365. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/289709> (дата обращения: 17.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

35 Леонов, С.А. Принципы бережливого производства: новое в управлении здравоохранением / С.А. Леонов // Стандарты и качество. — 2018. — № 12. — С. 50-55.

36 Мальцева, Е.Ю. Применение информационных технологий при проведении социологического исследования / Е.Ю. Мальцева, Е.В. Молчанова // Концепт. — 2015. — № 2. — С. 1-9. — ISSN 2304-120X. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/297252> (дата обращения: 08.03.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

37 Манакина, Е.С. Нормирование труда как один из методов совершенствования кадровой политики муниципального учреждения здравоохранения / Е.С. Манакина, О.В. Медведева // Educatio. — 2015. — № 6(13). — С. 99. — ISSN 2413-5348. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/296473> (дата обращения: 24.03.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

38 Москвичева, М.Г. Качество медицинской помощи глазами пациента / М.Г. Москвичева, С.Л. Кремлев, Е.С. Щепилина // Южно-Уральский медицинский журнал. — 2016. — № 1. — С. 4-8. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/298409> (дата обращения: 07.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

39 Некрасов, В.И. Особенности реализации систем «бережливое производство» на промышленном предприятии / В.И. Некрасов // Проблемы региональной экономики. — 2017. — № 3-4. — С. 160-168. — ISSN 2414-3553. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/302501> (дата обращения: 24.03.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

40 Нечаев, В. И. Организация производства и предпринимательство в АПК: учебник / В. И. Нечаев, П. Ф. Парамонов, Ю. И. Бершицкий; под общей редакцией П. Ф. Парамонова. — 3-е изд., стер. — Санкт-Петербург: Лань, 2018. — 472 с. — ISBN 978-5-8114-2251-7. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/108320> (дата обращения: 24.03.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

41 Официальный сайт ГАУЗ КО «КГДКБ№2». URL: <http://dkb2.ru/бережливое-производство.aspx> (дата обращения 23.02.2020)

42 Официальный сайт ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С.Барбараша». URL: <https://d.kemcardio.ru/o-kkcz/istoriya.html> (дата обращения 18.02.2020)

43 Официальный сайт департамента охраны здоровья населения Кемеровской области. Бережливое производство в региональном здравоохранении. URL: <https://kuzdrav.ru/activity/news/8858/> (дата обращения 25.02.2020)

44 Оценка качества медицинских услуг в условиях изменения отраслевого нормативно-правового регулирования / Т.Г. Бутова, Е.Ю. Яковлева, Е.П. Данилина, М.Ю. Жильникова // Сервис plus. — 2018. — № 1. — С. 82-93. — ISSN 1993-7768. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/308512> (дата обращения: 26.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

45 Павлова, Е.Н. Технология бережливого производства глазами экономиста / Е.Н. Павлова // Управление качеством. — 2019. — № 6. — С. 18-25.

46 Пашков, П.И. Бережливое производство: стандартные инструменты и нестандартные решения / П.И. Пашков // Методы менеджмента качества. — 2018. — № 6. С. 20-24.

47 Рожкова, Е.В. Оценка качества медицинских услуг: региональная специфика и проблематика / Е.В. Рожкова // Сервис в России и за рубежом. — 2013. — № 7. — С. 98-105. — ISSN 1995-042X. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/294405> (дата обращения: 05.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

48 Савенков, Д.Л. Практика внедрения «бережливого производства» на промышленных предприятиях машиностроительного комплекса России / Д.Л. Савенков. — Москва: Финансы и статистика, 2006. — 224 с. — ISBN 5-279-03197-6. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. —

URL: <https://e.lanbook.com/book/65886> (дата обращения: 27.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

49 Салдаева, Е.Ю. Управление качеством: учебное пособие / Е.Ю. Салдаева, Е.М. Цветкова. — Йошкар-Ола: ПГТУ, 2017. — 156 с. — ISBN 978-5-8158-1802-6. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/93209> (дата обращения: 08.03.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

50 Сервис и качество медицинских услуг / Т.Г. Бутова, Е.Ю. Яковлева, Е.П. Данилина, А.А. Белобородов // Сервис в России и за рубежом. — 2017. — № 8. — С. 3-12. — ISSN 1995-042X. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/294399> (дата обращения: 23.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

51 Станкевич, А.А. Управление затратами труда / А.А. Станкевич // Ученые записки Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского. Экономика и управление. — 2013. — № 2. — С. 139-146. — ISSN 2413-1644. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/299852> (дата обращения: 08.03.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

52 Старикова, Л.Н. Статистические методы в экономических исследованиях: электронное учебное пособие: тексто-графические учебные материалы: учебное пособие / Л.Н. Старикова, Л.С. Сагдеева. — Кемерово: КемГУ, 2015. — 316 с. — ISBN 978-5-8353-1799-8. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/80092> (дата обращения: 08.03.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

53 Транспортировка маломобильных пациентов: принципы бережливого производства / Л.А. Федык, Г.Н. Шестакова, А.С. Ткаченко, Ю.В. Долгих // Компетентность / Competency (Russia). — 2017. — № 8. — С. 50-53. — ISSN 1993-8780. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная

система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/303128> (дата обращения: 17.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

54 Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ. — М.: Издательско-книготорговый центр «Маркетинг», 2015. — 96 с.

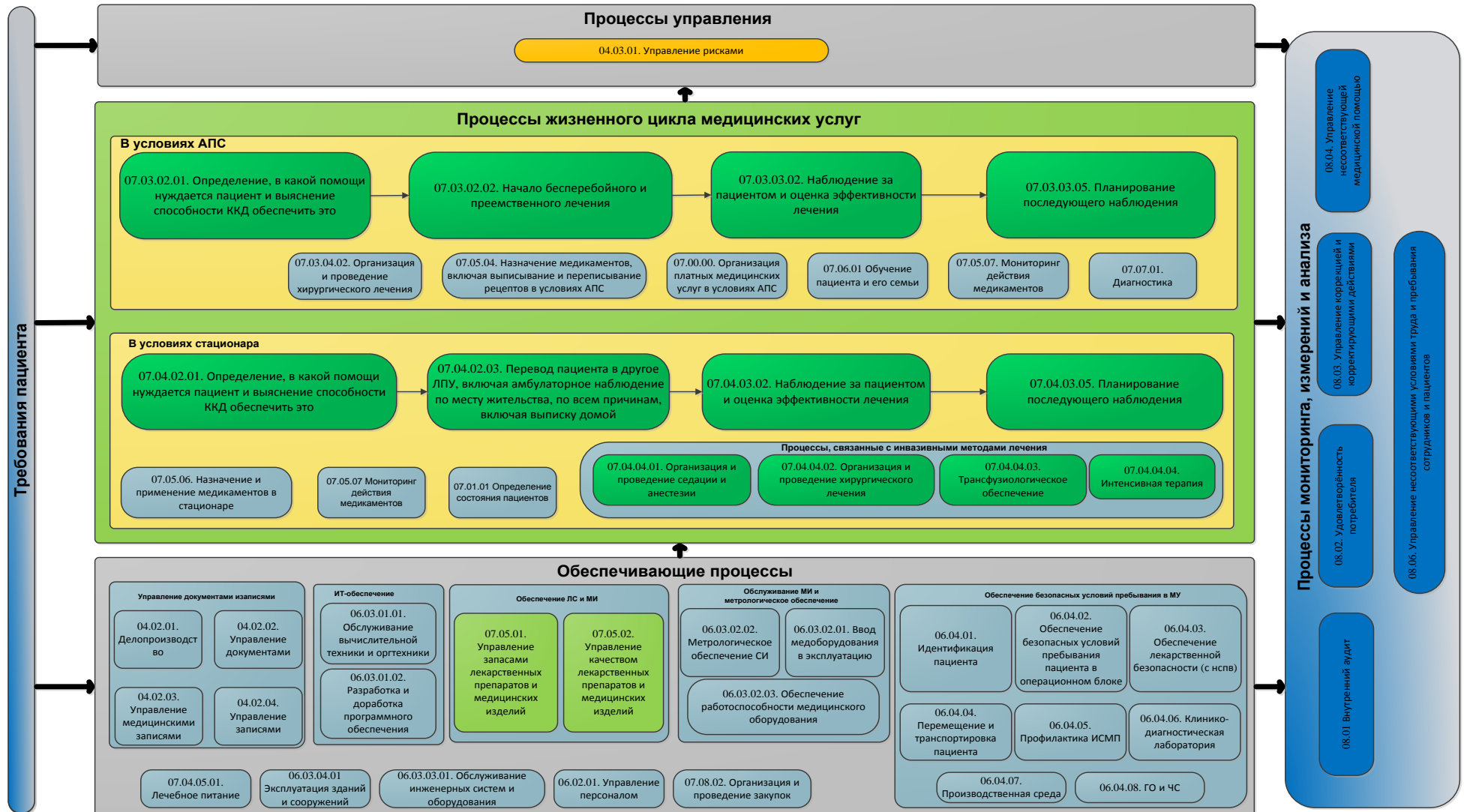
55 Федык, Л.А. Система управления качеством в сфере здравоохранения. Пути совершенствования / Л.А. Федык // Компетентность/Competency (Russia). — 2016. — № 8. — С. 38-42. — ISSN 1993-8780. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/299230> (дата обращения: 09.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

56 Ходакова, О.В. Соблюдение правил предоставления платных медицинских услуг (по результатам социологических оценок) / О.В. Ходакова, Ю.В. Евстафьева // Сибирское медицинское обозрение. — 2018. — № 5. — С. 77-85. — ISSN 1819-9496. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/journal/issue/311586> (дата обращения: 06.02.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

57 Чигаева, В.Ю. Методика исследований в социальной работе: учебное пособие / В.Ю. Чигаева, М.Н. Большакова. — Кемерово: КемГУ, 2011. — 307 с. — ISBN 978-5-8353-1210-8. — Текст: электронный // Лань: электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/30060> (дата обращения: 08.03.2020). — Режим доступа: для авториз. пользователей.

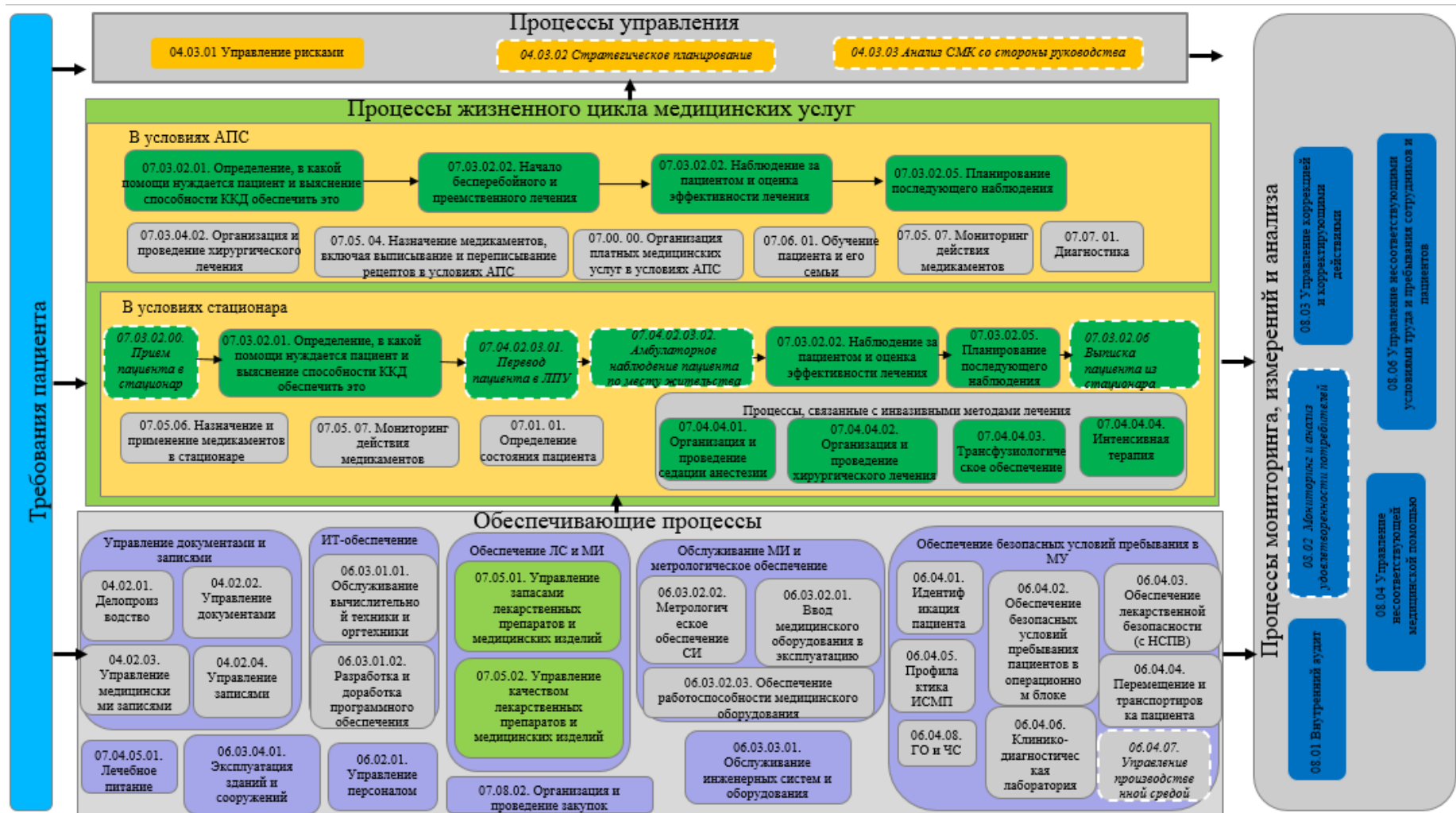
ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Карта процессов ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»



ПРИЛОЖЕНИЕ В

Проект карты процессов ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»



ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Политика в области качества ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»

Приложение №1
к приказу от «15» 05 2017 г. № 168

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер
имени академика Л.С. Барбараша»
(ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»)**

ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА

Миссия:

Сохранять здоровье и жизнь, оказывая качественную медицинскую помощь на основе высокого профессионализма, достижений современной науки и уважения достоинства каждого пациента

Стратегическое направление: Достижение ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша» (далее КОККД) лидирующего положения в медицине Кузбасса по оказанию медицинской помощи на основе высокоэффективных медицинских технологий, удовлетворяющей требованиям пациентов, а также других заинтересованных сторон.

Высшее руководство диспансера сформулировало цели в области качества:

Адаптировать и поддерживать систему менеджмента качества, основанную на требованиях ГОСТ Р ИСО 9001-2015;

- Оказывать медицинские услуги, которые будут полностью удовлетворять требованиям пациентов;
- Обеспечить вовлеченность персонала в работу по совершенствованию СМК;
- Обеспечить интеграцию деятельности КОККД и НИИ КПССЗ в области качества;
- Обеспечить улучшение результатов жизненного цикла медицинской помощи пациентам по профилю КОККД на догоспитальном и постгоспитальном этапах её оказания в других городах Кузбасса.

Указанные цели достигаются посредством политики диспансера в области качества, а именно:

- тщательной разработкой, внедрением и применением системы менеджмента качества, её постоянным совершенствованием, позволяющем обеспечивать соответствие системы менеджмента качества КОККД требованиям стандарта ИСО 9001, постоянное повышение её результативности;
- повышением профессиональных знаний и навыков персонала в вопросах профилактики, диагностики, лечения и реабилитации пациентов;
- развитием финансовых и материально-технических ресурсов учреждения;
- созданием, использованием и поддержанием методики оценки требований и степени удовлетворённости потребителей;
- проведением систематического анализа результатов работы, направленной на повышение доступности и качества медицинской помощи;
- внедрением информационных технологий, обеспечивающих эффективное взаимодействие и мониторинг качества работы всех подразделений учреждения;
- поддержанием социальной справедливости, усилением мотивации и воспитанием культуры качества у сотрудников.
- включением в жизненный цикл медицинской помощи КОККД всей территории Кузбасса.

Сотрудники диспансера исходят из того, что ключевым условием качества является воздействие на его аспекты при организации медицинской помощи пациенту или при её непосредственном оказании.

Настоящая Политика доводится до всех сотрудников и служит основой для постановки задач диспансера в области качества.

Соответствие настоящей политики целям в области качества пересматривается не реже одного раза в календарный год.

Главный врач

С.А. Макаров

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Проект целей в области качества ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области
«Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер имени
академика Л.С. Барбараша»**

УТВЕРЖДАЮ:

Директор ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»

И.А. Шибанова

« ____ » _____ 2020 г.



Цели в области качества на 2020 год ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»								
№ п/п	Согласованность с Политикой в области качества	Цель в области качества	Наименование мероприятия	Форма и периодичность мониторинга	Необходимые ресурсы	Ответственный за выполнение	Срок выполнения	Отметка о выполнении
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Повышение профессиональных знаний и навыков персонала в вопросах профилактики, диагностики и реабилитации пациентов	Отправить всех заведующих отделений на повышение профессиональной квалификации	1) Выбор курсов повышения профессиональной квалификации; 2) Заключение договора с организацией, предоставляющей курсы по повышению профессиональной квалификации, передача им списка обучающихся, согласование с ними графика обучения; 3) Прохождение обучения	1 раз в месяц. Заключенный договор; список обучающихся; согласованный график обучения; отметка о пройденном обучении; прикрепленный к личным делам сертификат/свидетельство об обучении; отчеты ответственных	Человеческие, материальные, материально-технические, информационные	Начальник отдела кадров, юристконсульт, заведующие всех отделений	До конца ноября 2020 года	
2	Включение в жизненный цикл медицинской помощи КОККД всей территории Кузбасса	Провести 3 выездных приема врачей кардиологов в поликлиниках городов Гурьевска, Салаира, Бачатского	1) Согласование даты и времени проведения выездных приемов с администрацией поликлиник города Гурьевска, Салаира, Бачатского; 2) Составление графика выездных приемов	1 раз в 2 месяца. Согласованный график проведения выездных приемов; отчеты ответственных	Человеческие, материальные, материально-технические, информационные	Заместитель главного врача по медицинской части ККД, заведующий отделением кардиологии	До конца 2020 года	
3	Созданием, использованием и поддержанием методики оценки требований и степени удовлетворенности и потребителей	Повысить удовлетворенность пациентов стационарного лечения 30%	1) Разработать новую анкету удовлетворенности пациента; 2) Провести анкетирование пациентов стационарного лечения; 3) Провести анализ результатов анкеты и выявить самые распространенные причины неудовлетворенности пациентов и разработать для них корректирующие действия и коррекции; 4) Провести повторное анкетирование пациентов и сравнить результаты анкеты с предыдущими	1 раз в месяц. Результаты анкетирования пациентов; план-отчет корректирующих действий и коррекций; отчеты ответственных	Человеческие, материальные, материально-технические, информационные	Инженер отдела методологии качества, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической службе ККД, дневной стационар	До конца ноября 2020 года	
4	Внедрением информационный технологий,	Заменить 70% компьютеров на новые в отделе кадров и	1) Приобрести новые компьютеры; 2) Составить акт на списание старых компьютеров;	1 раз в месяц. Чеки на приобретенные компьютеры; журнал	Человеческие, материальные,	Начальник контрактной службы, главный бухгалтер,	До конца мая 2020 года	

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ Д

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	обеспечивающих эффективное взаимодействие и мониторинг качества работы всех подразделений учреждения	отделе методологии качества	3) Установка новых компьютеров в отделе кадров и отделе методологии качества	учета приобретённого оборудования; акт на списание компьютеров; отчеты ответственных	материально-технические, информационные	инженер отдела информационных технологий		
5	Тщательной разработкой, внедрением и применением системы менеджмента качества, ее постоянным совершенствованием, позволяющим обеспечивать соответствие системы менеджмента качества КОККД требованиям стандарта ИСО 9001, постоянное повышение ее результативности	Провести обучение 100% персонала в области качества	1) Провести в 1 квартале обязательную для посещения лекцию «Важность СМК на предприятии»; 2) Провести во 2 квартале обязательную для посещения лекцию «Важность совместной работы по совершенствованию СМК»; 3) Провести в 3 квартале обязательную для посещения лекцию «Ознакомление с Политикой в области качества»; 4) Проверить чтобы актуальная Политика в области качества висела на доске для заметок в каждом отделении; 5) Создать электронный лист ознакомления с Политикой в области качества и разослать всем работникам	1 раз в месяц. «Лист присутствующих на лекции»; электронный лист ознакомления с Политикой в области качества; отчеты ответственных	Человеческие, материальные, материально-технические, информационные	Начальник отдела методологии качества, инженер отдела методологии качества	До конца 2020 года	
6	Поддержанием социальной справедливости, усилением мотивации и воспитанием культуры качества у сотрудников	Повысить годовую премию на 10 %	1) Внести изменение о размере годовой премии в «Положение о премировании»; 2) Провести оценку показателей премирования для всего персонала и составить список работников, подлежащих премированию; 3) Издать «Приказ о выплате годовой премии по итогам 2020 года»	1 раз в квартал. Лист изменений к «Положению о премировании»; список работников подлежащих премированию; отчеты ответственных; «Приказ о выплате годовой премии по итогам 2020 года»	Человеческие, материальные, материально-технические, информационные	Главный врач ККД, заместитель директора по экономике и финансам ККД, главный бухгалтер, начальник планово-экономического отдела	До конца 2020 года	

Главный врач ККД принимает на себя ответственность за реализацию Политики в области качества и обязуется использовать все ресурсы и потенциал учреждения для достижения поставленных целей, соответствия требованиям системы менеджмента качества, улучшению и повышению ее результативности.

СОГЛАСОВАНО:

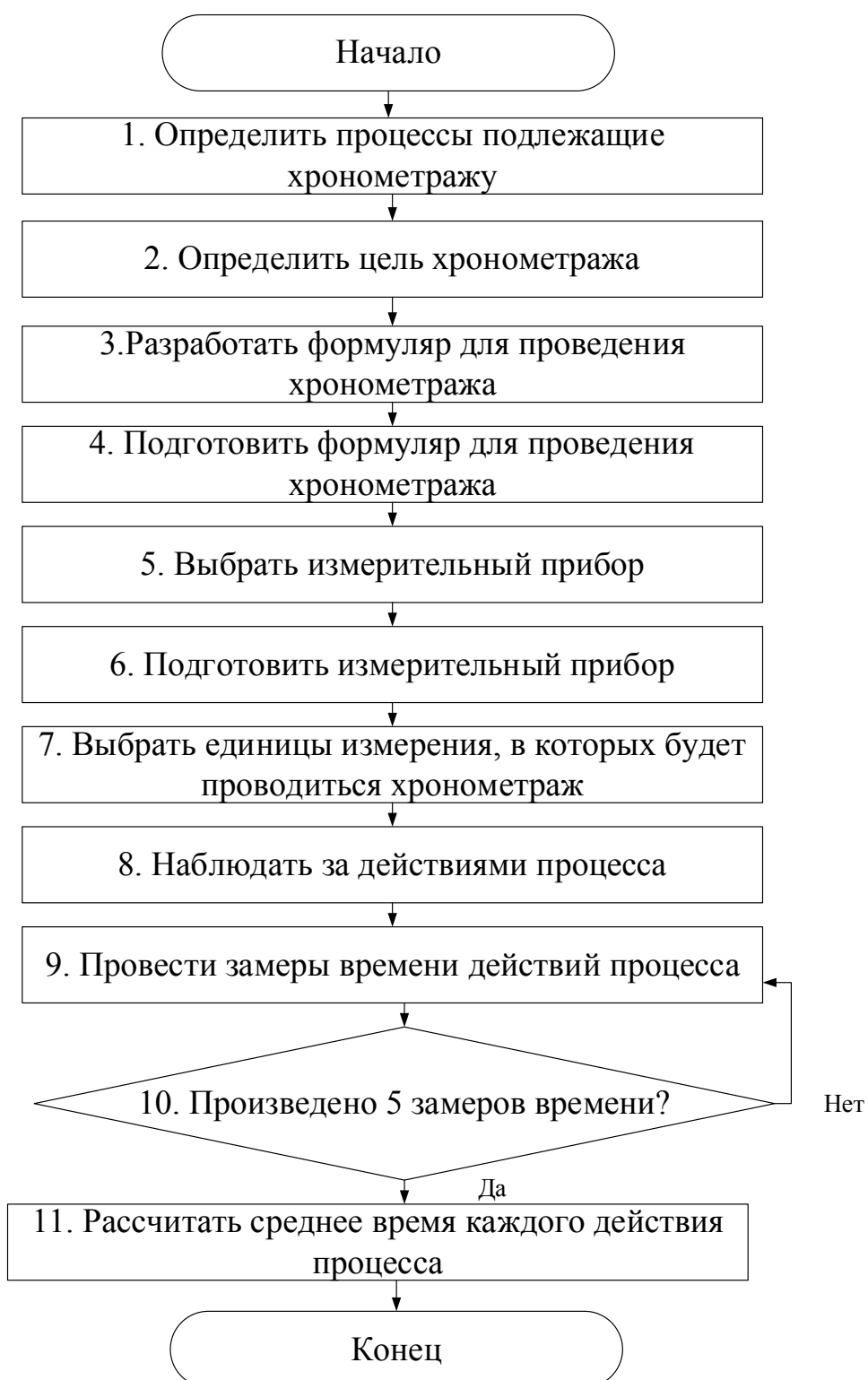
Главный врач ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»

С.А. Макаров

« ____ » _____ 2020 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Схема проведения хронометража процессов



ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Документированная процедура «Прием пациента в стационар»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша»



УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
_____ Макаров С.А.
«__» _____ 2020 г.

П 07.04.03-02/20

ПРОЦЕДУРА

ПРИЕМ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР

Кемерово 2020 г.

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

СОДЕРЖАНИЕ

1 ЦЕЛЬ	3
2 ОБЛАСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ	3
3 СОПУТСТВУЮЩАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ	3
4 ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ, АББРЕВИАТУРЫ	3
4.1 Определения	3
4.2 Сокращения	3
4.3 Аббревиатуры	3
5 ОПИСАНИЕ РАБОТЫ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ	4
6 ДОКУМЕНТЫ И СРОК ИХ ХРАНЕНИЯ	9
6.1 ВНУТРЕННИЕ ДОКУМЕНТЫ	9
6.2 ВЫХОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ	9
6.3 ХРАНЕНИЕ ОРИГИНАЛА ПРОЦЕДУРЫ	9
7 ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ	10
8 ПРИЛОЖЕНИЯ	11
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ	18
ЛИСТ РАССЫЛКИ	19
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ	20

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ Ж

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

1 ЦЕЛЬ

Настоящая документированная процедура устанавливает порядок приема пациента в стационарное отделение.

2 ОБЛАСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Настоящая документированная процедура применяется во всех стационарных отделениях ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша».

3 СОПУТСТВУЮЩАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Им 08.06.03-01/19 - Инструкция методическая «Разработка, оформление выдача, ревизия и архивирование документов СМК».

Устав ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша» от 01.10.2019.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 06.02.20).

4 ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ, АББРЕВИАТУРЫ

4.1 Определения

Госпитализация — помещение пациента в стационар медицинской организации частной или государственной формы собственности.

Медицинская карта — медицинский документ, в котором лечащими врачами ведётся запись истории болезни пациента и назначаемого ему лечения.

Медицинский осмотр — комплекс медицинских вмешательств, проводимых с целью выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Стационар — лечебное учреждение с постоянными местами (койками) для больных.

4.2 Сокращения

кол-во – количество;
отв. – ответственный;
п/п – по порядку;
Ф.И.О. – фамилия, имя, отчество;
экз. – экземпляр.

4.3 Аббревиатуры

ГБУЗ КО - государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области;

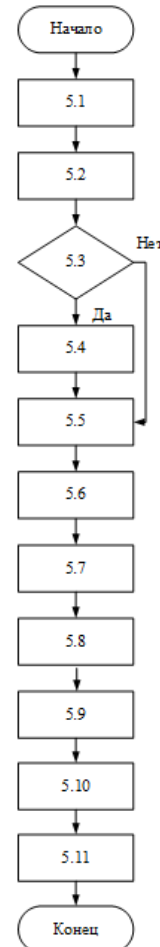
КОККД - Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер.

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

5 ОПИСАНИЕ РАБОТЫ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



5.1 Сбор информации о пациенте

Отв. лицо: администратор приемного отделения.

5.2 Врачебный осмотр пациента

Отв. лицо: дежурный врач приемного отделения.

5.3 Пациенту необходима медицинская помощь?

5.4 Оказание медицинской помощи пациенту

Отв. лицо: дежурный врач приемного отделения – за оказание медицинской помощи пациенту; медицинская сестра приемного отделения – за ведение «Журнала учета использования расходного материала».

5.5 Оценка телосложения пациента

Отв. лицо: медицинская сестра приемного отделения.

5.6 Определение отделения стационара для госпитализации

Отв. лицо: дежурный врач приемного отделения.

5.7 Оформление медицинской карты стационарного больного

Отв. лицо: дежурный врач приемного отделения.

5.8 Оформление «Листа добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара»

Отв. лицо: дежурный врач приемного отделения за выдачу бланка «Листа добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара», за вклейку заполненного бланка в медицинскую карту; пациент – за заполнение бланка «Листа добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара».

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ Ж

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

5.9 Сдача личных вещей на склад

Отв. лицо: пациент – за сдачу личных вещей на склад; работник склада – за прием личных вещей пациента на склад и выдачу сменной обуви.

5.10 Заполнение «Квитанции о сдаче личных вещей»

Отв. лицо: работник склада за выдачу бланка «Квитанции о сдаче личных вещей», за подпись и вложение заполненного бланка в «Папку с квитанциями о сдаче личных вещей»; пациент – за заполнение бланка «Квитанции о сдаче личных вещей».

5.11 Транспортировка пациента в отделение стационара

Отв. лицо: младшая медсестра/медбрат – за взятие медицинской карты и сопровождение пациента в стационарное отделение.

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

5.1 СБОР ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ

Отв. лицо: администратор приемного отделения – за сбор информации у пациента и внесение информации в медицинскую карту.

Администратор приемного отделения собирает у пациента информацию, согласно памятке «Необходимая информация, которая должна быть выяснена у пациента в приемном отделении и внесена в медицинскую карту» Дб 07.04.03 – 10 (приложение А), вносит данную информацию в его медицинскую карту и направляет в кабинет дежурного врача.

5.2 ВРАЧЕБНЫЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА

Отв. лицо: дежурный врач приемного отделения – за врачебный осмотр пациента и выяснении жалоб пациента.

Дежурный врач приемного отделения проводит осмотр пациента. Осмотр включает в себя внешнюю оценку состояния тех органов, которые доступны для осмотра (живот, суставы, горло и т.д.). Измеряется артериальное давление, прослушивается сердце.

Дежурный врач приемного отделения устанавливает предварительный диагноз, определяет методы, прогноз лечения, и спрашивает о жалобах пациента.

5.3 ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМА МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ?

Если да, то по п. 5.4

Если нет, то по п. 5.5

5.4 ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ

Отв. лицо: дежурный врач приемного отделения – за оказание медицинской помощи пациенту; медицинская сестра приемного отделения – за ведение «Журнала учета использования расходного материала».

Дежурный врач приемного отделения оказывает пациенту необходимую медицинскую помощь, если он в ней нуждается.

Медицинская сестра приемного отделения ведет «Журнал учета использования расходного материала» Дж 07.04.03 – 11 по форме Дб 07.04.03 – 11 (приложение Б).

5.5 ОЦЕНКА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Отв. лицо: медицинская сестра приемного отделения – за оценку телосложения пациента.

Медицинская сестра приемного отделения проводит оценку телосложения пациента путем измерения роста и массы тела, а после рассчитывает индекс массы тела, с помощью формулы 1.

$$I = \frac{m}{h^2} \quad (1)$$

Где I -индекс массы тела, кг/м²;

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ Ж

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

m – масса тела, кг;
 h – рост, м².

5.6 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Отв. лицо: дежурный врач приемного отделения – за определение стационара для госпитализации пациента.

Дежурный врач приемного отделения согласно данным, полученным с помощью осмотра, определяет отделение стационара для госпитализации пациента.

5.7 ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Отв. лицо: дежурный врач приемного отделения – за оформление медицинской карты пациента.

Дежурный врач приемного отделения оформляет медицинскую карту стационарного больного, согласно осмотру и всей полученной информации от пациента, с помощью памятки «Необходимая информация, которая должна быть внесена в медицинскую карту по результатам осмотра врача» Дб 07.04.03 – 12 (приложение В).

5.8 ОФОРМЛЕНИЕ «ЛИСТА ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ И ОБСЛЕДОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА»

Отв. лицо: дежурный врач приемного отделения за выдачу бланка «Листа добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара», за вклейку заполненного бланка в медицинскую карту; пациент – за заполнение бланка «Листа добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара».

Дежурный врач приемного отделения выдает пациенту бланк «Листа добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара» Дб 07.04.03 – X и информирует о правилах внутреннего распорядка в больнице.

Пациент заполняет бланк «Листа добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара» по форме Дб 07.04.03 – 13 (приложение Г), после дежурный врач приемного отделения вклеивает его в медицинскую карту и направляет пациента на склад.

5.9 СДАЧА ЛИЧНЫХ ВЕЩЕЙ НА СКЛАД

Отв. лицо: пациент – за сдачу личных вещей на склад; работник склада – за прием личных вещей пациента на склад и выдачу сменной обуви.

Работник склада информирует пациента о памятке «Необходимость сдачи личных вещей на склад» Дб 07.04.03 – 14 (приложение Д).

Пациент сдает личные вещи на склад. Работник склада забирает личные вещи у пациента и при необходимости выдает сменную обувь.

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

5.10 ЗАПОЛНЕНИЕ «КВИТАНЦИИ О СДАЧЕ ЛИЧНЫХ ВЕЩЕЙ»

Отв. лицо: работник склада за выдачу бланка «Квитанции о сдаче личных вещей», за вложение заполненного бланка в «Папку с квитанциями о сдаче личных вещей»; пациент – за заполнение бланка «Квитанции о сдаче личных вещей».

Работник склада после приема личных вещей выдает пациенту бланк «Квитанции о сдаче личных вещей» Дб 07.04.03 – X.

Пациент заполняет бланк «Квитанции о сдаче личных вещей» по форме Дб 07.04.03 – 15 (приложение Е), а после работник склада подписывает и вкладывает его в «Папку с квитанциями о сдаче личных вещей» Дп 07.04.03 – 10. После заполнения бланка бланк «Квитанции о сдаче личных вещей» пациент возвращается в холл приемного отделения.

5.11 ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТА В ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРА

Отв. лицо: младшая медсестра/медбрат – за взятие медицинской карты и сопровождение пациента в стационарное отделение.

Младшая медсестра/медбрат забирает в кабинете дежурного врача приемного отделения медицинскую карту пациента и сопровождает его в нужное отделение стационара.

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ Ж

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

6 ДОКУМЕНТЫ И СРОК ИХ ХРАНЕНИЯ

6.1 ВНУТРЕННИЕ ДОКУМЕНТЫ

№ п/п	Наименование документа	Код документа	Кол-во экз.	Хранение		Архивирование	
				место	срок	место	срок
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Памятка «Необходимая информация, которая должна быть высшена у пациента в приемном отделении и внесена в медицинскую карту»	Дб 07.04.03 – 10	1	Приемное отделение	До замены новым	-	-
2	Памятка «Необходимая информация, которая должна быть внесена в медицинскую карту»	Дб 07.04.03 – 12	1	Приемное отделение	До замены новым	-	-
	Памятка «Необходимость сдачи личных вещей на склад»	Дб 07.04.03 – 14	1	Приемное отделение	До замены новым	-	-
3	Квитанция о сдаче личных вещей	Дб 07.04.03 – Х	1	Склад	До замены новым	Архив мед. статистики	1 год
4	Папка с квитанциями о сдаче личных вещей	Дп 07.04.03 – 10	1	Склад	До замены новым	Архив мед. статистики	1 год
5	Журнал учета использования расходного материала	Дж 07.04.03 – 11	1	Приемное отделение	До замены новым	Архив мед. статистики	1 год

6.2 ВЫХОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

№ п/п	Наименование документа	Код документа	Кол-во экз.	Кому выдан	Хранение		Архивирование	
					место	срок	место	срок
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Медицинская карта	-	1	Отделение стационара	Отделение стационара	До выписки	Архив мед. статистики	25 лет
2	Лист добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара	Дб 07.04.03 – Х	1	Отделение стационара	Отделение стационара	До выписки	Архив мед. статистики	25 лет

6.3 ХРАНЕНИЕ ОРИГИНАЛА ПРОЦЕДУРЫ

Оригинал настоящей процедуры хранится - в приемном отделении
Срок хранения – период функционирования СМК.

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

7 ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую процедуру производится в соответствии с инструкцией методической Им 01.01.01-01/19 «Разработка, оформление выдача, ревизия и архивирование документов СМК».

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ, ДОПОЛНЕНИЙ И ПРОВЕДЕНИЯ РЕВИЗИИ ДОКУМЕНТА

№ изменения	Дата внесения изменения, проведения ревизии	Номера листов	Документ, на основании которого внесено изменение	Краткое содержание изменения	Ф.И.О. подпись
1	2	3	4	5	6

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ Ж

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

8 ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А – Памятка «Необходимая информации, которая должна быть выяснена у пациента в приемном отделении и внесена в медицинскую карту».

Приложение Б – Форма «Учет использования расходного материала».

Приложение В – Памятка «Необходимая информации, которая должна быть внесена в медицинскую карту».

Приложение Г – Форма «Лист добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара».

Приложение Д – Памятка «Необходимость сдачи личных вещей на склад».

Приложение Е – Форма «Квитанция о сдаче личных вещей».

Автор настоящей процедуры:
Никифорова Ю.Д. - студент КемГУ.

Разработчики настоящей процедуры:
Никифорова Ю.Д. - студент КемГУ.

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

Приложение А

**Памятка «Необходимая информации, которая должна быть выяснена у пациента в приемном отделении и внесена в медицинскую карту»
(Дб 07.04.03 – 10)**

Дб 07.04.03 – 10		ГБУЗ КО «КОКҚД им. акад. Л.С. Барбараша»
НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИИ, КОТОРАЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ВЫЯСНЕНА У ПАЦИЕНТА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ И ВНЕСЕНА В МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ		
<i>Пациенты старше 14 лет</i>		
1)	Фамилия, имя, отчество (полностью)	
2)	Дата рождения (число, месяц, год)	
3)	Адрес прописки (город, улица, № дома, № квартиры)	
4)	Адрес фактического проживания (город, улица, № дома, № квартиры)	
5)	Серия, номер паспорта	
6)	Гражданство	
7)	Серия, номер полиса ОМС, наименование страховой организации	
8)	Номер контактного телефона	
9)	Наличие инвалидности	
10)	Место работы/учебы	
<i>Пациенты до 14 лет/Пациенты, ограниченные в дееспособности</i>		
1)	Фамилия, имя, отчество (полностью) пациента, законного представителя	
2)	Дата рождения (число, месяц, год) пациента, законного представителя	
3)	Адрес прописки (город, улица, № дома, № квартиры) пациента, законного представителя	
4)	Адрес фактического проживания (город, улица, № дома, № квартиры) пациента, законного представителя	
5)	Серия, номер паспорта/номер свидетельства о рождении пациента	
6)	Серия, номер паспорта законного представителя	
7)	Гражданство пациента	
8)	Серия, номер полиса ОМС, наименование страховой организации пациента	
9)	Номер контактного телефона пациента (при наличии) пациента	
10)	Номер контактного телефона законного представителя	
11)	Наличие инвалидности пациента	
12)	Место работы/учебы пациента, законного представителя	
УТВЕРЖДАЮ _____ Должность, ФИО (подпись)		

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ Ж

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

Приложение Б

Форма «Журнал учета использования расходного материала» (Дб 07.04.03 – 11)



Дб 07.04.03 – 11				ГБУЗ КО «КОКЖД им. акад. Л.С. Барбараша»		
ЖУРНАЛ УЧЕТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАСХОДНОГО МАТЕРИАЛА						
№ п/п	Дата	Наименование и кол-во израсходованного расходного материала	№ Каб.	ФИО врача	ФИО ответственного	Подпись
УТВЕРЖДАЮ _____ Должность, ФИО (подпись)						<input type="checkbox"/>

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

Приложение В

Памятка «Необходимая информация, которая должна быть внесена в медицинскую карту по результатам осмотра врача» (Дб 07.04.03 – 12)

Дб 07.04.03 – 12				ГБУЗ КО «КОКЖД им. акад. Л.С. Барбараша»	
НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРАЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ВНЕСЕНА В МЕДИЦИНСКУЮ КАРТУ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОСМОТРА ВРАЧА					
1)	Дата, время поступления (обращения)				
2)	Рост, вес, индекс массы тела				
3)	Наличие аллергии				
4)	Температура тела				
5)	Артериальное давление				
6)	Тип сознания				
7)	Жалобы пациента (время появления, быстрота появления, периодичность, выраженность, условия появления)				
8)	Наличие вредных привычек				
9)	Питание (регулярность в приеме пищи, склонности в питании, употребление жидкости)				
10)	Перенесенные заболевания				
11)	Перенесенные операции				
12)	Наличие у родителей и родственников заболеваний (сердечно-сосудистые, заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, психических, болезней обмена веществ, туберкулеза, злокачественных новообразований, алкоголизма, наркомании)				
13)	Данные осмотра кожи и видимых слизистых оболочек				
14)	Данные осмотра органов дыхания				
15)	Данные осмотра грудной клетки				
16)	Данные осмотра сердечно-сосудистой системы				
17)	Данные осмотра органов пищеварения				
18)	Данные осмотра мочеполовой системы				
19)	Предварительный диагноз, методы, объем, прогноз лечения				
УТВЕРЖДАЮ _____ Должность, ФИО (подпись)					

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ Ж

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

Приложение Г

Форма «Лист добровольного согласия на лечение и обследование в условиях стационара» (Дб 07.04.03 – 13)

Дб 07.04.03 – 13		ГБУЗ КО «КОКЖД им. акад. Л.С. Барбараша»
ЛИСТ ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ И ОБСЛЕДОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА		
<p>Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст.4, 19, 20, 22 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г №323-ФЗ.</p> <p>Я _____ даю свое согласие на лечение и обследование в стационарном отделении _____ ГБУЗ КО «КОКЖД им. акад. Л.С. Барбараша».</p> <p>(Ф.ИО пациента/законного представителя, дата рождения) (наименование стационарного отделения)</p> <p>Я ознакомлен с правами и обязанностями пациента, гарантирующими пациенту: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала отделения и больницы, облегчение боли, сохранение в тайне факта обращения пациента за медицинской помощью, а также информации о состоянии здоровья пациента, диагнозов и прочих сведений, полученных при обследовании и лечении, неразглашение посторонним лицам без моего согласия. Право на получение полной и достоверной информации о состоянии моего здоровья. Право на отказ от медицинского обследования или иного медицинского вмешательства. Право требовать возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью пациента.</p> <p>Я информирован о наборе медицинских услуг, предоставляемых пациенту бесплатно в соответствии с условиями и порядком предоставления бесплатной медицинской помощи населению Кемеровской области.</p> <p>Я информирован о предстоящем объеме обследования и лечения, включающем лабораторные, функциональные, инструментальные методы диагностики.</p> <p>Я ознакомлен с обязанностями пациента: строго выполнять требования и рекомендации лечащего врача, соблюдать в отделении и больнице тишину, чистоту и порядок, о запрете курения в больнице и на прилегающей территории больницы.</p> <p>Я предупрежден о последствиях нарушения больничного режима и правил внутреннего распорядка в больнице.</p>		
Дата «__» ____ г.	Подпись пациента/законного представителя (расшифровка подписи) _____	
<p>УТВЕРЖДАЮ _____ Должность, ФИО (подпись)</p>		

П 07.04.03-02/20



Приём пациента в стационар

Приложение Д

Памятка «Необходимость сдачи личных вещей на склад» (Дб 07.04.03 – 14)

Дб 07.04.03 – 14		ГБУЗ КО «КОКЖД им. акад. Л.С. Барбараша»
НЕОБХОДИМОСТЬ СДАЧИ ЛИЧНЫХ ВЕЩЕЙ НА СКЛАД		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Сдача личных вещей гарантирует их сохранность, а также предупреждает загрязнение от верхней одежды. ❖ Медицинская сестра стационарного отделения может отказать пациенту в госпитализации до сдачи личных вещей. ❖ Верхнюю одежду, обувь, деньги и ценные вещи пациенты сдают при поступлении на склад, заполняя при этом «Квитанцию о сдаче личных вещей», которая включает опись сданных вещей. ❖ Деньги и ценные вещи хранятся в сейфе склада. ❖ Пользование собственной одеждой возможно с разрешения заведующего отделением при возможности ее еженедельной смены родственниками (законными представителями). ❖ Пациентам воспрещается оставлять при себе деньги, ценные вещи и документы. ❖ При желании пациента деньги и ценные вещи могут быть переданы законным представителям на основании письменного заявления пациента под роспись (с составлением расписки о передаче). ❖ Хранение личных вещей является безвозмездным. ❖ Выдача личных вещей пациенту из склада производится на основании «Квитанции о сдаче личных вещей», подписанной им при поступлении, которая хранится у работника склада в «Папке для квитанций о сдаче личных вещей». ❖ В случае расхождения данных описи с наличием имущества составляется акт комиссией, назначенной главным врачом больницы, выясняются причины и виновные лица. ❖ За несданные на хранение ценные вещи, документы и деньги администрация медицинской организации ответственность не несет! 		
<p>УТВЕРЖДАЮ _____ Должность, ФИО (подпись)</p>		

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Документированная процедура «Выписка пациента из стационара»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша»



УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
_____ Макаров С.А.
« » _____ 2020 г.

П 07.04.03-03/20

ПРОЦЕДУРА

ВЫПИСКА ПАЦИЕНТА ИЗ СТАЦИОНАРА

Кемерово 2020 г.

П 07.04.03-03/20



Выписка пациента из
стационара

СОДЕРЖАНИЕ

1 ЦЕЛЬ	3
2 ОБЛАСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	3
3 СОПУТСТВУЮЩАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ	3
4 ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ, АББРЕВИАТУРЫ	3
4.1 Определения.....	3
4.2 Сокращения.....	3
4.3 Аббревиатуры	3
5 ОПИСАНИЕ РАБОТЫ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.....	4
6 ДОКУМЕНТЫ И СРОК ИХ ХРАНЕНИЯ	9
6.1 ВХОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ	9
6.2 ВНУТРЕННИЕ ДОКУМЕНТЫ.....	9
6.3 ВЫХОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ.....	10
6.4 ХРАНЕНИЕ ОРИГИНАЛА ПРОЦЕДУРЫ	10
7 ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ	11
8 ПРИЛОЖЕНИЯ	12
ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ.....	17
ЛИСТ РАССЫЛКИ	18
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ	19

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ 3

П 07.04.03-03/20

Выписка пациента из
стационара

1 ЦЕЛЬ

Настоящая документированная процедура устанавливает порядок выписки пациента из стационарного отделения.

2 ОБЛАСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Настоящая документированная процедура применяется во всех стационарных отделениях ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша».

3 СОПУТСТВУЮЩАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Им 08.06.03-01/19 - Инструкция методическая «Разработка, оформление выдача, ревизия и архивирование документов СМК».

Устав ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша» от 01.10.2019.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 06.02.20).

4 ОПРЕДЕЛЕНИЯ, СОКРАЩЕНИЯ, АББРЕВИАТУРЫ

4.1 Определения

История болезни — медицинский документ, в котором содержатся все необходимые сведения о больном, развитии его заболевания, этиологических и патогенетических факторах, способствующих возникновению и прогрессированию болезни, о результатах клинико-лабораторного и инструментального обследования и результативности проводившейся терапии.

Медицинская документация — документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических мероприятий.

Медицинский осмотр — комплекс медицинских вмешательств, проводимых с целью выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

4.2 Сокращения

кол-во – количество;
отв. – ответственный;
п/п – по порядку;
ФИО – фамилия, имя, отчество;
экз. – экземпляр.

4.3 Аббревиатуры

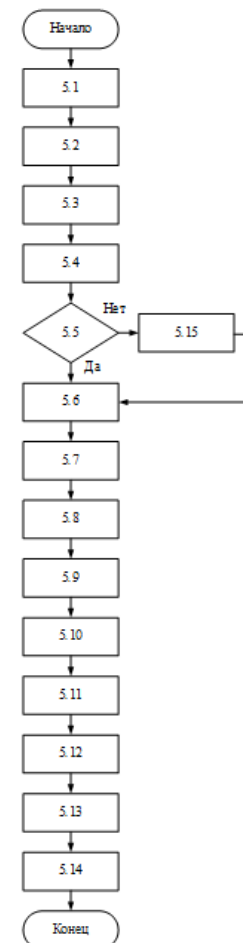
ГБУЗ КО - государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области;

КОККД - Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер.

П 07.04.03-03/20

Выписка пациента из
стационара

5 ОПИСАНИЕ РАБОТЫ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



5.1 Передача «Сводной информации о пациентах, планируемых к выписке» на сестринский пост

Отв. лицо: лечащий врач – за передачу «Сводной информации о пациентах, планируемых к выписке»; медицинская сестра – за принятие «Сводной информации о пациентах, планируемых к выписке», создание ее электронной копии и хранение в «Папке для сводных листов».

5.2 Информирование пациентов о выписки

Отв. лицо: медицинская сестра.

5.3 Заполнение графы «рекомендации» в «Электронном выписном эпикризе»

Отв. лицо: лечащий врач.

5.4 Заключительный осмотр пациентов

Отв. лицо: лечащий врач.

5.5 Все пациенты подлежат выписке?

5.6 Передача историй болезни и «Журнала необходимых справок» в медицинскую канцелярию

Отв. лицо: медицинская сестра.


5.7 Оформление медицинской документации по выписке


Отв. лицо: администратор медицинской статистики.

5.8 Передача медицинской документации по выписке, историй болезни и «Журнала необходимых справок» в отделение

Отв. лицо: оператор медицинской статистики.

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ 3

П 07.04.03-03/20		Выписка пациента из стационара
5.9 Передача медицинской документации по выписке на подпись <i>Отв. лицо:</i> медицинская сестра.		
5.10 Подпись медицинской документации по выписке <i>Отв. лицо:</i> лечащий врач.		
5.11 Передача медицинской документации по выписке на сестринский пост <i>Отв. лицо:</i> медицинская сестра.		
5.12 Выдача медицинской документации по выписке <i>Отв. лицо:</i> медицинская сестра.		
5.13 Выдача личных вещей пациенту <i>Отв. лицо:</i> работник склада.		
5.14 Передача историй болезни в архив <i>Отв. лицо:</i> медицинская сестра.		
5.15 Уточнение списка выписных пациентов <i>Отв. лицо:</i> лечащий врач.		

П 07.04.03-03/20		Выписка пациента из стационара
5.1 ПЕРЕДАЧА «СВОДНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТАХ, ПЛАНИРУЕМЫХ К ВЫПИСКЕ» НА СЕСТРИНСКИЙ ПОСТ <i>Отв. лицо:</i> лечащий врач – за передачу «Сводной информации о пациентах, планируемых к выписке»; медицинская сестра – за принятие «Сводной информации о пациентах, планируемых к выписке», создание ее электронной копии и хранение в «Папке для сводных листов». Лечащий врач за сутки до выписки передает «Сводную информацию о пациентах, планируемых к выписке» Дб 07.04.03 – 20 медицинской сестре на пост, согласно «Графику передачи документации» Дб 07.04.03 – 21 (приложение А). Медицинская сестра делает электронную копию сводной информации и убирает ее на хранение в «Папку для сводных листов» Дп 07.04.03 – 10, которая находится на сестринском посту. «Сводная информация о пациентах, планируемых к выписке» Дб 07.04.03 – 20 содержит: полное ФИО и дату рождения пациента.		
5.2 ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ О ВЫПИСКЕ <i>Отв. лицо:</i> медицинская сестра – за информирование пациентов о выписке, согласно «Сводной информации о пациентах, планируемых к выписке». Медицинская сестра за сутки до выписки информирует пациентов, подлежащих выписке, согласно «Сводной информации о пациентах, планируемых к выписке» Дб 07.04.03 – 20, а также сообщает им о необходимости внести запись в «Журнале необходимых справок» Дж 07.04.03 – 10 по форме Дб 07.04.03 – 22 (приложение Б), находящимся на сестринском посту.		
5.3 ЗАПОЛНЕНИЕ ГРАФЫ «РЕКОМЕНДАЦИИ» В «ЭЛЕКТРОННОМ ВЫПИСНОМ ЭПИКРИЗЕ» <i>Отв. лицо:</i> лечащий врач – за заполнение графы «рекомендации» в «Электронном выписном эпикризе». Лечащий врач после информирования пациентов о выписки заполняет графу «рекомендации» в «Электронном выписном эпикризе».		
5.4 ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТОВ <i>Отв. лицо:</i> лечащий врач – за заключительный осмотр пациентов. В день выписки лечащий врач проводит заключительный осмотр пациентов, который включает внешний осмотр пациента, измерение температуры и артериального давления, опрос пациента на жалобы, обсуждение результатов лечения, лечебные рекомендации врача и при необходимости назначение курса лечения на дом.		
5.5 ВСЕ ПАЦИЕНТЫ ПОДЛЕЖАТ ВЫПИСКЕ? Если да, то по п. 5.6 Если нет, то по п. 5.15		

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ 3

П 07.04.03-03/20

Выписка пациента из
стационара

5.6 ПЕРЕДАЧА ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ И «ЖУРНАЛА НЕОБХОДИМЫХ СПРАВОК» В МЕДИЦИНСКУЮ КАНЦЕЛЯРИЮ

Отв. лицо: медицинская сестра – за передачу историй болезни и «Журнала необходимых справок» в медицинскую канцелярию.

Медицинская сестра передает истории болезней пациентов, перечисленных в «Сводной информации о пациентах, планируемых к выписке» Дб 07.04.03 – 20, а также «Журнал необходимых справок» Дж 07.04.03 – 10 в отделение медицинской статистики, согласно «Графику передачи документации» Дб 07.04.03 – 21.

5.7 ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ВЫПИСКЕ

Отв. лицо: администратор медицинской статистики – за оформление медицинской документации к выписке.

Администратор медицинской статистики подготавливает и заполняет медицинскую документацию по выписке (листки временной нетрудоспособности, справки, выписные эпикризы) в 3 экземплярах, согласно «Журналу необходимых справок» Дж 07.04.03 – 10, и перепроверяет ее по памятке «Перепроверка медицинской документации перед отдачей» Дб 07.04.03 – 23 (приложение В).

На руки пациенту выдается один экземпляр медицинской документации по выписке. Второй экземпляр подшивается в историю болезни, а третий передается в амбулаторно - поликлиническое учреждение по месту прикрепления пациента, путем передачи курьеру поликлиники.

5.8 ПЕРЕДАЧА МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ВЫПИСКЕ, ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ И «ЖУРНАЛА НЕОБХОДИМЫХ СПРАВОК» В ОТДЕЛЕНИЕ

Отв. лицо: оператор медицинской статистики – за передачу заполненной медицинской документации по выписке, историй болезни и «Журнала необходимых справок» в отделение.

Оператор медицинской статистики передает заполненную медицинскую документацию по выписке, истории болезней и «Журнал необходимых справок» Дж 07.04.03 – 10 в отделение на сестринский пост, согласно «Графику передачи документации» Дб 07.04.03 – 21.

5.9 ПЕРЕДАЧА МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ВЫПИСКЕ НА ПОДПИСЬ

Отв. лицо: медицинская сестра – за передачу медицинской документации по выписке на подпись.

Медицинская сестра передает медицинскую документацию по выписке на подпись лечащему врачу, согласно «Графику передачи документации» Дб 07.04.03 – 21.

П 07.04.03-03/20

Выписка пациента из
стационара

5.10 ПОДПИСЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ВЫПИСКЕ

Отв. лицо: лечащий врач – за подпись медицинской документации по выписке.

Лечащий врач подписывает переданную ему медицинскую документацию по выписке и перепроверяет ее, согласно памятке «Перепроверка медицинской документации перед отдачей» Дб 07.04.03 – 23.

5.11 ПЕРЕДАЧА МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ВЫПИСКЕ НА СЕСТРИНСКИЙ ПОСТ

Отв. лицо: медицинская сестра – за передачу подписанной медицинской документации по выписке на сестринский пост.

Медицинская сестра забирает и передает на сестринский пост подписанную медицинскую документацию по выписке, согласно «Графику передачи документации» Дб 07.04.03 – 21.

5.12 ВЫДАЧА МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПО ВЫПИСКЕ

Отв. лицо: медицинская сестра – за выкладку медицинской документации по выписке на сестринском посту.

Медицинская сестра оставляет на сестринском посту медицинскую документацию по выписке, и пациенты сами забирают ее.

5.13 ВЫДАЧА ЛИЧНЫХ ВЕЩЕЙ ПАЦИЕНТУ

Отв. лицо: работник склада - за поиск «Квитанции о сдаче личных вещей и выдачу личных вещей».

Пациент приходит на склад и сообщает о желании забрать свои личные вещи. Работник склада ищет нужную «Квитанцию о сдаче личных вещей» Дб 07.04.03 – X в «Папке с квитанциями о сдаче личных вещей» Дп 07.04.03 – 10 и, согласно квитанции, выдает вещи пациенту.

5.14 ПЕРЕДАЧА ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ В АРХИВ

Отв. лицо: медицинская сестра – за передачу историй болезни, выписанных пациентов в архив.

Медицинская сестра передает истории болезни, выписанных пациентов в архив и убирается в истории болезни, согласно «Графику уборки в историях болезней» Дб 07.04.03 – 24 (приложение Г).

5.15 УТОЧНЕНИЕ СПИСКА ВЫПИСНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Отв. лицо: лечащий врач – за внесение изменений в «Сводную информацию о пациентах, планируемых к выписке».

Лечащий врач вносит изменения в «Сводную информацию о пациентах, планируемых к выписке» Дб 07.04.03 – 20, если при заключительном осмотре были выявлены пациенты с ухудшением самочувствия.

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ 3

П 07.04.03-03/20  Выписка пациента из стационара

6 ДОКУМЕНТЫ И СРОК ИХ ХРАНЕНИЯ

6.1 ВХОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

№ п/п	Наименование документа	Код документа	Количество экз.	От кого получен	Хранение		Архивирование	
					место	срок	место	срок
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Сводная информация о пациентах, планируемых выписке	Дб 07.04.03 - 20	2	Лечащий врач	Отделение стационара	До замены новым	Архив мед. статистики	1 год
2	Электронный выписной эпикриз	-	1	Лечащий врач	Эп. история болезни	До выписки	Эп. архив	1 год
3	Квитанция о сдаче личных вещей	Дб 07.04.03 - X	1	Пациент	Склад	До замены новым	Архив мед. статистики	1 год

6.2 ВНУТРЕННИЕ ДОКУМЕНТЫ

№ п/п	Наименование документа	Код документа	Количество экз.	Хранение		Архивирование	
				место	срок	место	срок
1	2	3	4	5	6	7	8
1	График передачи документации	Дб 07.04.03 - 21	3	Отделение стационара, отделение мед. статистики	До замены новым	-	-
2	Папка для сводных листов	Дп 07.04.03 - 10	1	Отделение стационара	До замены новым	Архив мед. статистики	1 год
3	Журнал необходимых справок	Дж 07.04.03 - 10	1	Отделение стационара	До замены новым	Архив мед. статистики	3 года
4	Памятка о перепроверке медицинской документации перед отдачей	Дб 07.04.03 - 23	2	Отделение стационара, отделение мед. статистики	До замены новым	-	-
5	Истории болезней пациентов	-	1	Отделение стационара	До выписки	Архив мед. статистики	25 лет
6	Папка с квитанциями о сдаче личных вещей	Дп 07.04.03 - 10	1	Склад	До замены новым	Архив мед. статистики	1 год
7	Графику уборки в историях болезней	Дб 07.04.03 - 24	1	Отделение стационара	До замены новым	-	-

П 07.04.03-03/20  Выписка пациента из стационара

6.3 ВЫХОДНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

№ п/п	Наименование документа	Код документа	Количество экз.	Кому выдан	Хранение		Архивирование	
					место	срок	место	срок
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Медицинская документация по выписке	-	3	Пациентам	Отделение стационара	До выписки	Архив мед. статистики	3 года

6.4 ХРАНЕНИЕ ОРИГИНАЛА ПРОЦЕДУРЫ

Оригинал настоящей процедуры хранится в отделении стационара.

Срок хранения – период функционирования СМК.

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ 3

П 07.04.03-03/20

Выписка пациента из
стационара

7 ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ

Внесение изменений в настоящую процедуру производится в соответствии с инструкцией методической Им 01.01.01-01/19 «Разработка, оформление выдача, ревизия и архивирование документов СМК».

ЛИСТ
РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ, ДОПОЛНЕНИЙ И ПРОВЕДЕНИЯ РЕВИЗИИ
ДОКУМЕНТА

№ изменения	Дата внесения изменения, проведения ревизии	Номера листов	Документ, на основании которого внесено изменение	Краткое содержание изменения	ФИО, подпись
1	2	3	4	5	6

П 07.04.03-03/20

Выписка пациента из
стационара

8 ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А – График передачи документации.
 Приложение Б – Форма «Журнал необходимых справок».
 Приложение В – Памятка «Перепроверка медицинской документации перед отдачей».
 Приложение Г – График уборки в историях болезней.

Автор настоящей процедуры:
 Никифорова Ю.Д. - студент КемГУ.

Разработчики настоящей процедуры:
 Никифорова Ю.Д. - студент КемГУ.

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ 3

П 07.04.03-03/20

Выписка пациента из
стационара

Приложение А

График передачи документации (Дб 07.04.03 – 21)

Дб 07.04.03 – 10		ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»			
ГРАФИК ПЕРЕДАЧИ ДОКУМЕНТАЦИИ					
Время	Наименование документации	Ответственный за передачу	От куда	Куда	Итог передачи
9:00	Сводная информация о пациентах, планируемых к выписке	Лечащий врач	Кабинет лечащего врача	Сестринский пост	Информирование пациентов о выписке
9:45	Истории болезней пациентов, журнал необходимых справок	Медицинская сестра	Сестринский пост	Отдел медицинской статистики	Оформление медицинской документации по выписке
10:23	Медицинская документация по выписке, истории болезней, журнал необходимых справок	Оператор медицинской статистики	Отдел медицинской статистики	Сестринский пост	Передача для дальнейшей подписи медицинской документации по выписке
10:28	Медицинская документация по выписке	Медицинская сестра	Сестринский пост	Кабинет лечащего врача	Подпись медицинской документации по выписке
10:56	Медицинская документация по выписке	Медицинская сестра	Кабинет лечащего врача	Сестринский пост	Выдача медицинской документации по выписке
УТВЕРЖДАЮ _____ Должность, ФИО (подпись)					

П 07.04.03-03/20

Выписка пациента из
стационара

Приложение Б

Форма «Журнал необходимых справок» (Дб 07.04.03 – 22)

Дб 07.04.03 – 11		ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»				
ЖУРНАЛ НЕОБХОДИМЫХ СПРАВОК						
№ п/п	ФИО (полностью)	Наименование справки	Кол-во	Дата	Куда (кому) предназначена	Подпись
1)						
2)						
3)						
УТВЕРЖДАЮ _____ Должность, ФИО (подпись)						

ПРОДОЛЖЕНИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ 3

П 07.04.03-03/20

Выписка пациента из
стационара

Приложение В

Памятка «Перепроверка медицинской документации перед отдачей»
(Дб 07.04.03 – 23)

Дб 07.04.03 – 23		ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»
ПЕРЕПРОВЕРКА МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПЕРЕД ОТДАЧЕЙ		
<u>Перед отдачей документации нужно проверить наличие:</u>		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ даты; ❖ подписи; ❖ печати; ❖ ФИО; ❖ должности. 		
<u>В документации должны отсутствовать:</u>		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ пустые строки; ❖ пустые столбцы; ❖ грамматические ошибки; ❖ арифметические ошибки; ❖ описки; ❖ опечатки; ❖ другие подобные погрешности. 		
<u>Важно:</u>		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Перед отдачей просмотрите всю документацию повторно на наличие ошибок и правильности заполнения. ❖ Используйте для перепроверки памятку «Необходимая информации, которая должна быть выяснена у пациента в приемном отделении и внесена в медицинскую карту» Дб 07.04.03 – 10. ❖ Используйте для перепроверки памятку «Необходимая информации, которая должна быть внесена в медицинскую карту по результатам осмотра врача» Дб 07.04.03 – 11. ❖ Перепроверка документации перед отдачей предупреждает потери ожидания на отправку документации для повторной доработки. 		
УТВЕРЖДАЮ _____ Должность, ФИО (подпись)		

П 07.04.03-03/20

Выписка пациента из
стационара

Приложение Г

График уборки в историях болезней
(Дб 07.04.03 – 24)

Дб 07.04.03 - 24		ГБУЗ КО «КОККД им. акад. Л.С. Барбараша»															
ГРАФИК УБОРКИ В ИСТОРИЯХ БОЛЕЗНЕЙ																	
№ п/п	День недели	Исполнитель	Время	Дата и подпись													
1)	Понедельник	Медицинская сестра отделения	17:30														
2)	Вторник	Медицинская сестра отделения	17:30														
3)	Среда	Медицинская сестра отделения	17:30														
4)	Четверг	Медицинская сестра отделения	17:30														
5)	Пятница	Медицинская сестра отделения	17:30														
				УТВЕРЖДАЮ _____ Должность, ФИО (подпись)													

