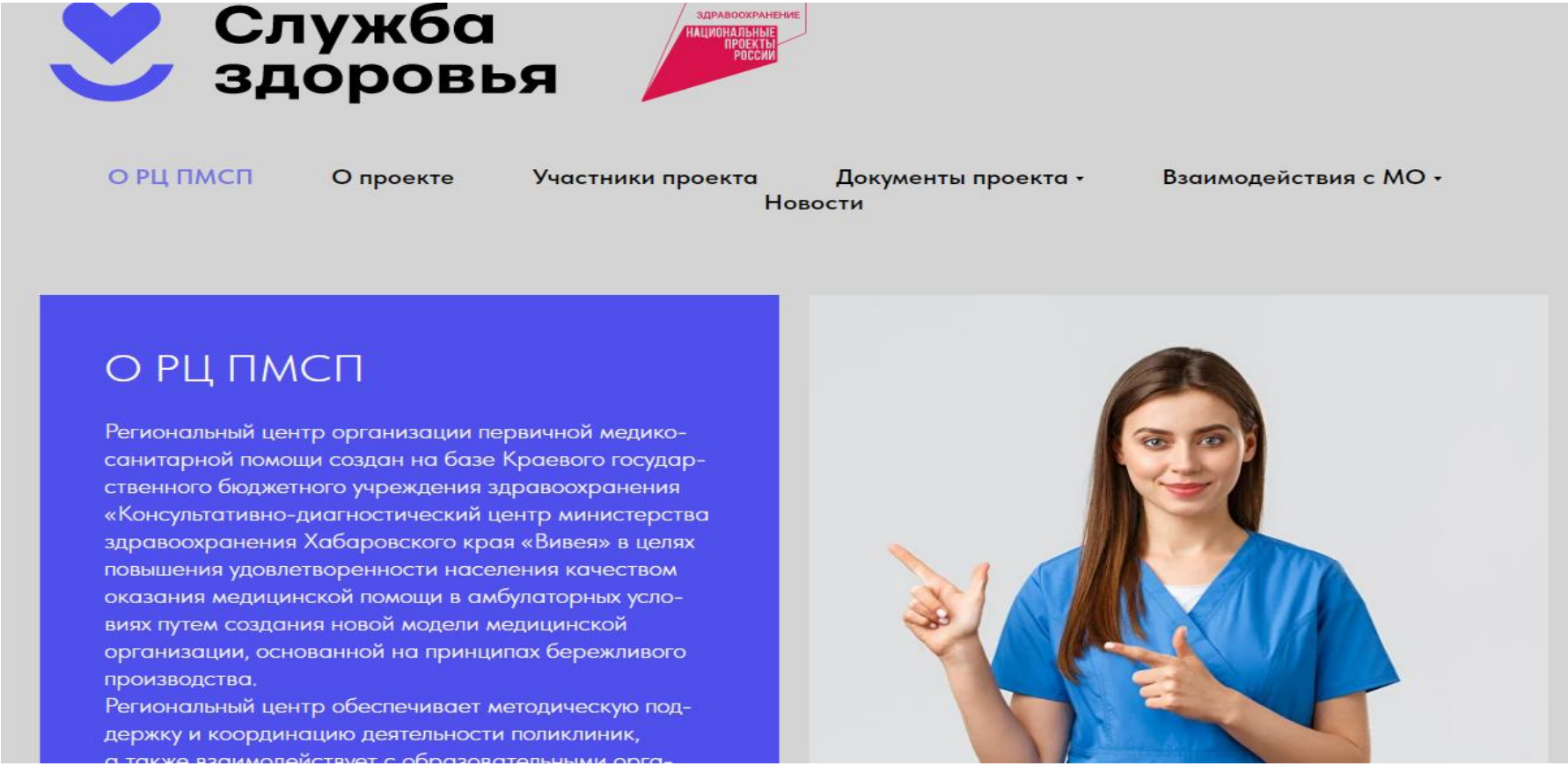
Достижение базового уровня. Методика оценки достижения критериев базового уровня «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»



В ПЕРЕЧНЕ ПОРУЧЕНИЙ ПРЕЗИДЕНТА РФ от 20.02.2019 **№ ПР-294**, ОТ 20.08.2019 № **ПР-1755**

- ***установление обязательных требований к медицинским организациям***, которые претендуют на статус медицинской организации, внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи;
- ***утверждение порядка определения степени соответствия*** медицинских организаций ***обязательным требованиям***, предъявляемым к медицинской организации, внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи;
- **создание механизма мотивации руководителей и медицинских работников** медицинских организаций первичного звена здравоохранения с учетом внедрения новой модели оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи;
- обеспечить к 2021 году перевод всех детских поликлиник **на новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи («Бережливая поликлиника»).**

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ РОССИИ

ВИВЕЯ

РЦ ПМСП ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Хабаровского края

РАСПОРЯЖЕНИЕ

28 января 2022 № 91-р
г. Хабаровск

О внедрении технологии бережливого производства в 2022 году

В целях реализации регионального проекта "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи Хабаровского края" в 2022 году:

1. Утвердить прилагаемый Перечень медицинских организаций Хабаровского края, участвующих в создании "Новой модели медицинской организации, оказывающих первичную медико-санитарную помощь" в 2022 году (далее – Перечень)

ПАСПОРТ
федерального проекта
Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи

1. Основные положения

Наименование национального проекта	Национальный проект "Здравоохранение"		
Краткое наименование федерального проекта	Первичная медико-санитарная помощь	Срок начала и окончания проекта	01.01.2019 - 31.12.2024
Куратор федерального проекта	Голикова Татьяна Алексеевна, Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации		
Старшее должностное лицо (СДЛ)			
Руководитель федерального проекта	Камкин Евгений Геннадьевич, Заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации		
Администратор федерального проекта	Каракулина Екатерина Валерьевна, Директор департамента		
Связь с государственными программами Российской Федерации	Развитие здравоохранения		

ПАСПОРТ
регионального проекта
Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи (Хабаровский край)

1. Основные положения

Наименование регионального проекта	Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи (Хабаровский край)				
Краткое наименование регионального проекта	Первичная медико-санитарная помощь (Хабаровский край)		Срок реализации проекта	01.01.2019	31.12.2024
Куратор регионального проекта	Никонов Е.Л.		Заместитель Председателя Правительства края по социальным вопросам		
Руководитель регионального проекта	Бойченко Ю.Я.		министр		
Администратор регионального проекта	Осипова Н.А.		заместитель начальника отдела		
Связь с государственными программами (комплексными программами) Российской Федерации (далее - государственные программы)	1	Государственная программа	Государственная программа Хабаровского края "Развитие здравоохранения Хабаровского края"		
		Направление (подпрограмма)	-		

Служба здоровья

Концепция бережливого производства. Основные понятия

- «Бережливое производство— это **<u>концепция</u>** организации работы, ориентированная на создание привлекательной ценности для потребителя *<u>путем формирования непрерывного потока создания ценности с охватом всех процессов организации и их постоянного совершенствования через вовлечение персонала и устранение всех видов потерь».</u>*

В развитии философии БП определяющую роль играет концепция **КАЙДЗЕН** (KAIZEN). В японском языке слово «кайдзен» означает **«непрерывное совершенствование».** * Исходя из этой стратегии, в процесс совершенствования вовлекаются все — от первых руководителей до работников, причем, ее реализация требует относительно небольших материальных затрат, в основном это организационные меры.

Цели бережливого производства:

- сокращение затрат: трудовых, финансовых и ресурсных;
- Качество и доступность медицинской помощи;
- сокращение всех видов потерь при организации любых видов работ, влияющих на оказание медицинской помощи качественно и в срок с наименьшими затратами;
- гарантия выполнения услуги в срок и максимального качества.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Национальные проекты
Здравоохранение

ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ – К ЕДИНОЙ МОДЕЛИ ПОЛИКЛИНИКИ

с акцентами на доступность и качество медицинской помощи, экономию ресурсов через критерии «Новой модели медицинской организации»

Разработана вторая редакция критериев «Новой модели медицинской организации»

В основе достижения – работа с поликлиникой как целостной системой с едиными подходами в организации оказания медицинской помощи

9 блоков
отражают основные направления деятельности поликлиники

22 критерия:
объективность, измеримость, возможность улучшения достигнутых результатов

1. Потоки пациентов
2. Доступность медицинской помощи
3. Эффективность использования оборудования
4. Качество пространства
5. Стандартизация процессов
6. Качество медицинской помощи
7. Вовлеченность персонала в улучшение процессов
8. Формирование системы управления
9. Управление запасами

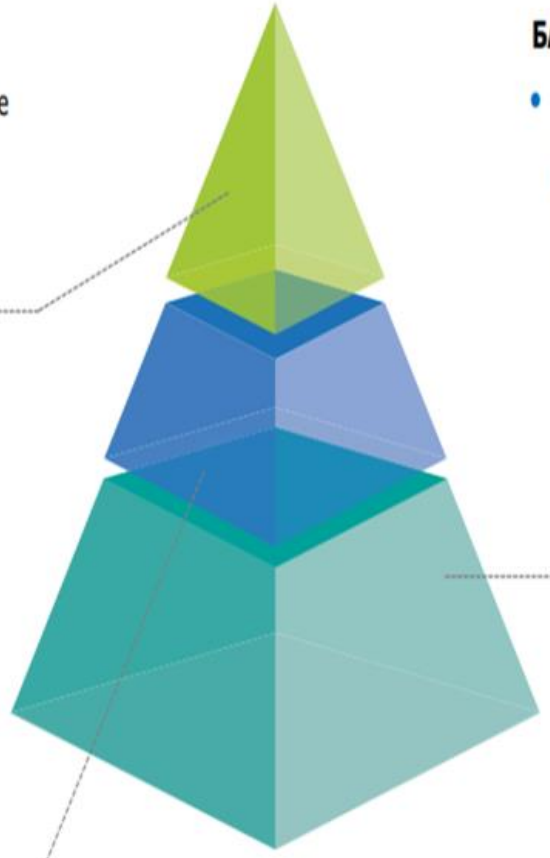
УРОВНИ РАЗВИТИЯ «НОВОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ»

ЛИДЕРСКИЙ УРОВЕНЬ

- Показатель результативности – достижение медицинской организацией **от 19 до 22 критериев** «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

ПРОГРЕССИВНЫЙ УРОВЕНЬ

- Показатель результативности – медицинской организацией достигнуты **от 15 до 18 критериев** «Новой модели медицинской организации»
- **«Базовый»** уровень + **5 обязательных** критериев **«Прогрессивного»** уровня (+ от 2 до 5 критериев медицинская организация выбирает сама в соответствии с выявленными проблемами)



БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ

- Показатель результативности – медицинской организацией достигнуты **8 обязательных из 22 критериев** «Новой модели медицинской организации»

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ КРИТЕРИЕВ НОВОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

- **14 КРИТЕРИЕВ – БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ (8 ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ);**
- **15-18 КРИТЕТЕРИЕВ – ПРОГРЕССИВНЫЙ УРОВЕНЬ НОВОЙ МОДЕЛИ МЕД. ОРГАНИЗАЦИИ;**
- **22 КРИТЕРИЯ – ЛИДЕРСКИЙ УРОВЕНЬ НОВОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.**
- ****Критерии после обязательных восьми м.б. выбраны МО самостоятельно в том порядке, который удобен именно для данного лечебного учреждения;***
- *****Наши критерии после исполнения обязательных восьми далее носят рекомендательный характер;***
- ***** Обязательное исполнение всех 22 критериев к 01.12.2024 года.**

Критерии новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

N / УРОВНИ	Показатели	Целевое значение	Примечание	Источник информации
1. Управление потоками пациентов				
1.1 (1 БАЗ)	Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике	Не более 3 пересечений	Например: флюорографическое, маммографическое исследование, прием врача-терапевта	Картирование процесса (диспансеризации, профилактического медицинского осмотра) - выявление пересечений потоков пациентов у кабинетов, входящих в состав исследуемого процесса одновременно (в одних и тех же условиях), с потоками пациентов иных процессов (пересечение потоков диспансеризации и профилактических медицинских осмотров не учитываются); заведующий отделением медицинской профилактики
1.2 (2 БАЗ)	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на соответствующий календарный год и плановый период	Не более 1 пересечения		Картирование процессов, являющихся составной частью процесса оказания платных медицинских услуг - выявление пересечений потоков пациентов у кабинетов (в т.ч., в регистратуре (фронт-офисе)), входящих в состав процесса предоставления платных медицинских услуг, одновременно (в одних и тех же условиях) с потоком пациентов, получающих данную услугу в рамках территориальной программы государственных гарантий; заместитель руководителя по медицинской части, заведующий поликлиникой (отделением, филиалом поликлиники), заведующий
1.3 (10 БАЗ)	Последовательность действий пациента в потоке процесса оказания ему медицинской помощи	Не более 1 действия, порождающего возврат по потоку	Например: выписка рецептов при льготном лекарственном обеспечении, листков нетрудоспособности, справок и пр.	Картирование процесса выписки рецептов при льготном лекарственном обеспечении, выдачи листков нетрудоспособности, справок и пр.; схема расположения кабинетов, поэтажный план

2. Качество пространства				
2.1 (3 БАЗ)	Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов	Не менее 1 места в зоне (1 посадочное место для размещения 1 посетителя), на 200 посещений плановой мощности	Описание зоны комфортного ожидания для пациентов (приложение 1)	Расчет количества мест в зоне комфортного ожидания для пациентов в соответствии с плановой мощностью; визуальный осмотр зон (зоны) комфортного ожидания для пациентов
2.2 (4 БАЗ)	Организация системы навигации в медицинской организации	Поиск необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.), в том числе в точке ветвления маршрута, занимает не более 30 секунд		Визуальный осмотр, движение по потоку процесса оказания медицинской помощи (силами сотрудника Центра организации первичной медико-санитарной помощи, сотрудника иной медицинской организации, пациента, представителя общественного совета и пр.)
2.3 **(14 БАЗ)**	**Организация рабочих мест по системе 5С**	**Реализованы 3 и более шага в организации и поддержании порядка на рабочих местах по системе 5С для всех рабочих мест (таблица 1 приложения 2)**	**Оценивается не менее 10 рабочих мест методом случайного выбора в соответствии с проверочным листом (таблица 2 приложения 2)**	**Стандарт рабочего места, кабинета; проверочный лист (таблица 2 приложения 2); заведующий поликлиникой**
2.4 (5 БАЗ)	Организация системы информирования в медицинской организации	Наличие 100% элементов информации от их общего объема, указанного в Контрольном листе оценки системы информирования в медицинской организации (приложение 3)	Каждый составной элемент системы информирования посетителей медицинской организации расположен в месте приложения информации, обновляется по мере ее изменения,	Перечень элементов системы информирования, способ их размещения, их количество и качество (содержательность, достаточность, доступность, актуальность, своевременность, точность, достоверность), место размещения; способ информирования населения (буклеты, информационные бюллетени, брошюры, др.), по содержанию и наполнению согласование с ключевыми участниками (Росздравнадзор, МЧС, пожарная служба, ТФОМС, др.); оценивается в соответствии с Контрольным листом оценки

Качество пространства. Количество мест в зоне комфортного ожидания

3. Управление запасами				
3.1 (13 баз)	**Процесс снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами от склада поставщика до медицинской организации [1]**	**Уровень запасов на складе медицинской организации не превышает четверти объема годовой закупки (категории запасов приведены в приложении 4)**		**Сведения из модуля МИС (РМИС), с помощью которого осуществляется управление соответствующими запасами; Старшая медицинская сестра, главная медицинская сестра, бухгалтер**
3.2 (15 прогр)	Процесс снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами и их расходования в медицинской организации осуществляется по принципу "точно вовремя" [2]	Уровень запасов не превышает недельную норму расходования (для кабинетов врачебного приема, процедурных, перевязочных, кабинетов забора биоматериала). За исключением определенного перечня лекарственных средств, требующих специальных условий учета и хранения (категории запасов в соответствии с приложением 4)		Расчет потребности на 1 месяц (расчет недельной потребности является примерным и осуществляется путем вычисления среднего значения на 1 неделю, исходя из объема ресурсов, потребляемых в течение месяца); сведения из модуля МИС (РМИС), с помощью которого осуществляется управление соответствующими запасами; старшая медицинская сестра, главная медицинская сестра, бухгалтер

4. Стандартизация процессов				
4.1 (16 прогр)	Соответствие текущей деятельности медицинской организации стандартизированной работе улучшенных процессов	100% (доля соответствия текущей деятельности разработанным стандартам улучшенных процессов)	Результатом проведенной стандартизированной работы является наличие бланка стандартной операционной карты (СОК)	Стандарты улучшенных процессов
4.2 (19 лидер)	Пересмотр стандартов улучшенных процессов	Пересмотр стандартов улучшенных процессов не реже 1 раза в год, актуализация по мере необходимости		Стандарты улучшенных процессов; сведения о сроке действия стандарта
4.3 (20 лидер)	Время добавления ценности на приеме пациентов врачом	Не менее 50% от общего времени приема	$X = \frac{T*100\%}{i}$, где: Т - время, добавляющее ценность (сбор анамнеза + осмотр + манипуляции + рекомендации, в том числе профилактической направленности); i - интервал записи	Картирование процесса приема пациентов врачом
4.4 (18 прогр)	Выравнивание нагрузки между сотрудниками в процессе трудовой деятельности в одном рабочем помещении	Колебания нагрузки между сотрудниками (врач и медицинская сестра, медицинская сестра и медицинская сестра,		Картирование процесса приема пациентов отдельными сотрудниками в одном рабочем помещении; диаграмма рабочей загрузки (диаграмма Ямазуми)

5. Качество медицинской помощи				
5.1 (17 прогр)	Количество штрафов/удержаний / снятий, взысканных страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля, экспертизы качества медицинской помощи	Планомерное снижение показателей не менее чем на 5% ежегодно по сравнению с предыдущим годом Каждый показатель исчисляется количеством штрафов (удержаний, снятий) на 100 запрошенных СМО случаев оказания медицинской помощи ежемесячно (приложение 5)	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в соответствии с приложением 8 к приказу ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" [3]	Сводные данные на основании актов экспертизы качества медицинской помощи, медико-экономической экспертизы, утвержденных приказом ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" за истекший календарный период
5.2 (21 лид)	Сумма штрафов/удержаний / снятий, взысканных страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля, экспертизы качества медицинской помощи	Планомерное снижение показателей не менее чем на 5% ежегодно по сравнению с предыдущим годом Каждый показатель исчисляется суммой штрафов (удержаний, снятий) на 100 запрошенных СМО случаев оказания медицинской помощи ежемесячно (приложение 5)	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в соответствии с приложением 8 к приказу ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" [4]	Сводные данные на основании актов экспертизы качества медицинской помощи, медико-экономической экспертизы, утвержденных приказом ФФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" за истекший календарный период

6. Доступность медицинской помощи				
6.1 (6 БАЗ)	Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи	Не менее 90% - доля посещений по установленному времени (допустимо отклонение, равное продолжительности одного приема согласно расписанию); Не менее 90% - доля посещений по предварительной записи	Прием каждого отдельного специалиста медицинской организации соответствует установленным показателям	Сведения о произведенных записях из МИС, ресурса "Электронная регистратура"; наблюдение за процессом проведения амбулаторного приема и опрос пациентов, находящихся в очереди у кабинета приема
6.2 (7 БАЗ)	Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации	Доля записей, произведенных без посещения регистратуры, составляет не менее 50%	Удаленная запись на прием подразумевает запись: через Интернет (включая мобильные приложения); через инфомат; через колл-центр; из кабинета врача	Сведения о произведенных записях в МИС; сведения о количестве доступного времени (талонов) для записи через Интернет, колл-центр, ресурс "Электронная регистратура"
6.3 **(8 БАЗ)**	**Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество**	**Не более 3 (трех) посещений**		**Сведения из МИС;** **учетно-отчетные формы, утвержденные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан**

7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов				
7.1 (9 БАЗ)	Вовлеченность руководителей медицинских организаций и их заместителей во внедрение бережливых технологий	Не менее 1 проекта по улучшению в год у руководителя медицинской организации и его заместителей		Визуальное управление процессами (наличие проектной комнаты, инфоцентра, визуализация проекта)
7.2 (11 БАЗ)	Работа системы подачи и реализации предложений по улучшению	Доля реализованных улучшений от принятых предложений составляет не менее 30%, с увеличением на 5% ежегодно		Наличие Положения о подаче и реализации предложений по улучшениям, листов проблем/предложений, перечня выявленных потерь и проведенных мероприятий, бланков заявления на подачу предложения по улучшению (приложение 6)

8. Формирование системы управления				
8.1 (22 лид)	Визуальное управление процессами	Не менее 5 процессов (в соответствии с блоками системы SQDCM) управляются через инфоцентр	Отображаются показатели текущей деятельности медицинской организации, необходимые для принятия руководителем медицинской организации (заместителями руководителя) управленческих решений в отношении безопасности, качества, достижения плановых показателей, финансовых затрат, корпоративной культуры (SQDCM)	Перечень показателей, представленный графиками, диаграммами и пр. элементами визуализации, отражающих динамику того или иного показателя, данные МИС; руководитель медицинской организации и его заместители

9. Эффективность использования оборудования				
9.1 (12 БАЗ)	Производственная нагрузка оборудования (далее - ПН)	Коэффициент: не менее 80% в отношении оборудования, используемого в диагностических целях, кроме оборудования КДЛ	Приложение 7	Список оборудования (медицинское, немедицинское) с примечанием рабочее/нерабочее (срок) состояние, % износа; сальдовая ведомость; журнал использования оборудования; аналитические отчеты из BIOS оборудования за период 1 - 3 мес. (при наличии возможности); бухгалтер, заведующий поликлиникой

Методика оценки достижения критериев базового уровня «Новой модели медицинской организации, оказывающей ПМСП, разработана с целью формирования единого подхода к оценке МО организаций на предмет их **соответствия критериям «Новой модели медицинской организации,** оказывающей ПМСП.

Базовому уровню «Новой модели медицинской организации» соответствует МО и (или) ее структурное подразделение, оказывающее ПМСП, в которой достигнуты

(min -8) ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ следующих критериев:

- 1. «***Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике*** **- не более 3;**
- ***2. «Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках ТПГГ»*** **- не более 1 (критерий не оценивается в медицинских организациях, в которых не предоставляются платные услуги);**
- ***3. «Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов»*** **(1/200 посещ.);**
- ***4. «Организация системы навигации в медицинской организации»*** **(поиск информации не более 30 сек.);**
- ***5. «Организация системы информирования в медицинской организации»*** **(100% информации согласно контрольного листа оценки);**
- ***6. «Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени (90%) и по предварительной записи (90%)»;***
- ***7. «Обеспечение удаленной записи на прием в медицинскую организацию» - 50%;***
- ***8. «Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений»*** **- не более 3-х посещений** *(критерий не оценивается в медицинских организациях и их структурных подразделениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению).*

1. **Аудит *проводится единовременно в отношении <u>всех</u> критериев, оцениваемых в медицинской организации,*** независимо от получаемых в ходе аудита результатов

*****проведение оценки не прекращается при фиксации факта недостижения какого-либо из критериев.***

2. Оценка проводится путем <u>наблюдений и замеров</u>, которые необходимо проводить до первого несоответствия критерию, при этом ***количество наблюдений не должно быть больше, чем рекомендовано методикой оценки.***

При проведении оценки не учитывается:

- прием пациентов, имеющих право на внеочередной прием в соответствии с законодательством Российской Федерации (Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах», Закон РФ от 15.01.1993 № 4301-1 «О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы», Закон РФ от 15.05.1991 № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС», Закон РФ «О внесении и дополнений в Закон РСФСР «О реабилитации жертв политических репрессий»);
- прием врачами-специалистами пациентов, нуждающихся в оказании *неотложной/экстренной* медицинской помощи;
- прием, прерванный или задержанный по причине возникновения форсмажорных ситуаций (чрезвычайные и непредотвратимые обстоятельства, которые невозможно ни предвидеть, ни предотвратить разумными силами: пожар, наводнение, землетрясение, забастовка, массовые беспорядки, мятеж, войны и пр.).

При планировании посещения медицинской организации следует учитывать:

- Оценку на соответствие критерию «Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи» целесообразно проводить *в период времени,* ***когда в медицинской организации плановый прием осуществляется максимальным количеством специалистов в соответствии с расписанием.***

- Проведение аудита рекомендуется осуществлять ***силами не менее чем двух специалистов РЦ.***

- При проведении оценки рекомендуется придерживаться общих принципов, соблюдение которых обеспечивает предоставление объективных и достаточных заключений по результатам проведенного аудита: ***открытость, объективность, беспристрастность.***

Методики оценки достижения целевых значений (8 базовых) критериев

1. Методика оценки достижения целевого значения критерия «***Количество пересечений потоков*** *при проведении* ***диспансеризации, профилактических осмотров*** *с иными потоками пациентов в поликлинике»*

- Оценка достижения целевого значения критерия осуществляется в медицинских организациях, в которых на момент аудита проводятся профилактические медицинские осмотры, диспансеризация определенных групп взрослого населения и/или профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

«Достижение целевого значения»: «ДА» – при общем количестве пересечений не более 3.

Пример заполнения проверочного листа:

Перечень мероприятий оцениваемого процесса	Наименование кабинета/ его номер	Организация устранения пересечения		Наличие пересечений потоков (да/нет)
		в пространстве: наличие отдельного кабинета (да/нет)	во времени: наличие предварительной записи и/или выделенного времени приема (да/нет)	
1	2	3	4	5
Обращение в регистратуру	-	ДА	НЕТ	НЕТ
Определение уровня глюкозы крови экспресс-методом	206	ДА	НЕТ	НЕТ
Определение уровня общего холестерина крови экспресс-методом	206	ДА	НЕТ	НЕТ
Забор крови (с целью выполнения общего анализа крови, уровня глюкозы и общего холестерина крови, ПСА)	206	ДА	НЕТ	НЕТ
Взятие мазка с поверхности шейки матки	209	ДА	НЕТ	НЕТ
Электрокардиография	204	НЕТ	НЕТ	ДА
Измерение внутриглазного давления	208	ДА	НЕТ	НЕТ
Флюорография	301	НЕТ	НЕТ	ДА
Маммография	324	НЕТ	ДА	НЕТ
Эзофагогастродуоденоскопия	410	НЕТ	НЕТ	ДА
Краткое профилактическое консультирование	208	ДА	НЕТ	НЕТ
Осмотр врача-терапевта	208	ДА	НЕТ	НЕТ
Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом	209	НЕТ	НЕТ	ДА
Общее количество пересечений:				4
Достижение целевого значения (да/нет):				НЕТ

Для оценки достижения целевого значения критерия – ***не более 3 пересечений*** *потоков при проведении диспансеризации, профилактических осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике*, если медицинская организация оказывает первичную медико-санитарную помощь и взрослому населению и детям, необходимо **заполнить два *проверочных листа*** *(по взрослым и по детям)*

Проверочные листы **содержат таблицы, состоящие из 5 столбцов.**

* **Данные столбца 1 являются фиксированными и** содержат перечень медицинских услуг, в том числе диагностических исследований,входящих в объем диспансеризации, профилактического медицинского осмотра.

*** Столбцы 2, 3 и 4 заполняются специалистами проверяемой МО.**

*** Столбец 5 заполняется специалистом (И), осуществляющим аудит.**

<u>В столбец 2</u> вносятся сведения о номере кабинета, в котором проходит тот или иной этап процесса. ***(Если мероприятие проводится в нескольких кабинетах – оценка проводится в одном из кабинетов, определяемом методом случайного выбора);***

<u>В столбец 3</u> вносятся сведения об организации разделения потоков в пространстве: наличие отдельного кабинета для проведения мероприятия (-ий) оцениваемого процесса;

<u>В столбец 4</u> вносятся сведения об организации разделения потоков во времени: *наличие <u>предварительной</u> записи*.

<u>В столбец 5</u> вносятся сведения о наличии пересечений потоков пациентов в соответствии с данными, указанными в столбцах 3 и 4.

- **При отсутствии организации разделения потоков в пространстве и во времени** (в столбце 3 указано «НЕТ», в столбце 4 указано «НЕТ») **наблюдение у кабинета не проводится**;

- **Если в столбце 3 указано «ДА», в столбце 4 – «НЕТ»,** аудитор проводит 3 наблюдения у кабинета: если по итогам наблюдения выявлены пациенты из разных потоков – разделение потоков в пространстве отсутствует**, в столбце 3 «ДА» заменяется на «НЕТ»;**

- **Если в столбце 3 указано «НЕТ», в столбце 4 – «ДА»,** аудитор проводит 3 наблюдения у кабинета: если по итогам наблюдения выявлены пациенты, пришедшие на прием без предварительной записи, разделение потоков во времени отсутствует, **в столбце 4 «ДА» заменяется на «НЕТ»;**

- При наличии пересечений потоков во времени и пространстве **(в столбцах 3 и 4 указано «НЕТ») – в столбце 5 указывается «ДА»;**

- При отсутствии пересечений потоков во времени и/или в пространстве (**в столбцах 3 и/или 4 указано «ДА») – в столбце 5 указывается «НЕТ»**.

- В строке «Общее количество пересечений» аудитор указывает общее количество «ДА» в столбце 5.

- Если **несколько мероприятий проводятся в одном кабинете**, то наличие пересечений потоков в данном кабинете учитывается как **одно пересечение.**

2. Методика оценки достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на соответствующий календарный год и плановый период».

Для оценки достижения целевого значения критерия – ***не более 1 пересечения потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на соответствующий календарный год и плановый период*** – изучается **перечень кабинетов**, в которых осуществляется оказание платных медицинских услуг **и график их работы**, заполняется проверочный лист.

Проверочный лист содержит таблицу, состоящую из нескольких столбцов.

Данные в столбцы 1, 2, 3 вносятся специалистами проверяемой медицинской организации.

Столбец 4 заполняется специалистом, осуществляющим аудит.

В столбец 1 вносятся сведения о номере и наименовании кабинета.

В столбец 2 вносятся сведения об организации разделения потоков пациентов в пространстве: наличие отдельного кабинета для оказания платных медицинских услуг.

В столбец 3 вносятся сведения об организации разделения потоков пациентов во времени: наличие выделенного времени приема, вне графика приема пациентов в рамках программы государственных гарантий.

Пример заполнения проверочного листа:

Наименование и № кабинета	Организация устранения пересечения потоков пациентов		Наличие пересечений потоков (да/нет)
	в пространстве: наличие отдельного кабинета (да/нет)	во времени: выделенного времени приема (да/нет)	
1	2	3	4
Кабинет врача-терапевта участкового №3	ДА	НЕТ	НЕТ
Кабинет забора крови №6	НЕТ	ДА	НЕТ
Общее количество пересечений:			0
Достижение целевого значения (да/нет):			ДА

- **<u>В столбец 4</u>** вносятся сведения *<u>о наличии пересечений потоков пациентов в соответствии с данными, указанными в столбцах 2 и 3.</u>*

При отсутствии организации разделения потоков в пространстве и во времени ***(в столбце 2 указано «НЕТ», в столбце 3 указано «НЕТ»)*** - Наблюдение у кабинета не проводится.

Если в столбце 2 указано «ДА», в столбце 3 – «НЕТ», аудитор проводит 3 наблюдения у кабинета: если по итогам наблюдения выявлено наличие пациентов из разных потоков, разделение потоков в пространстве отсутствует, в столбце 2 «ДА» заменяется на «НЕТ».

Если в столбце 2 указано «НЕТ», в столбце 3 – «ДА», аудитор проводит 3 наблюдения у кабинета ***(в период времени, выделенный для оказания платных медицинских услуг):*** если по итогам наблюдения выявлены пациенты, обратившиеся в рамках программы государственных гарантий, разделение потоков во времени отсутствует, в столбце 3 «ДА» заменяется на «НЕТ».

При наличии пересечений потоков во времени и пространстве ***(в столбцах 2 и 3 указано «НЕТ») с***толбце 4 указывается «ДА».

При наличии «ДА» во 2 и/или 3 столбце ***(разделение потоков в пространстве или во времени)*** в столбце 4 указывается «НЕТ» ***<u>(отсутствие пересечения потоков)</u>***.

В строке **<u>«Общее количество пересечений»</u>** аудитором вносится общее количество «ДА» в столбце 4.

В строке «**Достижение целевого значения»**: «ДА» – при общем количестве пересечений не более 1.

3. Методика оценки достижения целевого значения критерия «Количество мест в зоне (зонах) комфортного *ожидания*»

Для оценки достижения целевого значения критерия – ***не менее 1 места в зоне (1 посадочное место для размещения при мощности поликлиники 200 посещений***

Данные в столбцы 1 и 2 вносятся специалистами проверяемой медицинской организации,

(**В столбец 1** вносятся сведения о плановой мощности поликлиники, **в столбец 2** вносятся сведения о необходимом количестве мест в зоне (зонах) комфортного ожидания из расчета не менее 1 места на 200 посещений плановой мощности поликлиники)

столбцы 3 и 4 заполняются специалистом, осуществляющим аудит.

В столбец 3 аудитором вносятся сведения о соответствии зоны комфортного ожидания формату «минимум» (приложение 1 Методических рекомендаций «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медикосанитарную помощь»). С этой целью проводится визуальная оценка зоны (зон) комфортного ожидания.

В столбец 4 аудитором вносятся сведения о фактическом количестве мест в зоне (зонах) комфортного ожидания.

В строке «Достижение целевого значения критерия» указать результат проведенного аудита в формате «ДА»/«НЕТ».

Пример заполнения проверочного листа:

Плановая мощность поликлиники	Расчетное количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания, ед.	Соответствие зоны (зон) комфортного ожидания формату «минимум» (да/нет)	Фактическое количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания, ед.
1	2	3	4
450	3	да	3
Достижение целевого значения критерия:			да

Зона комфортного ожидания

Вид зоны комфортного ожидания	Описание зоны комфортного ожидания	
	Формат "минимум"	Формат "максимум"
Зона комфортного ожидания	место для сидения (1 посадочное место для размещения 1 посетителя) (стул или кушетка)), кулер с водой и одноразовыми стаканами, не менее 1 места на 200 посещений плановой мощности	мягкое место для сидения (диван или кресло), кулер с горячей и холодной водой, одноразовыми стаканами, вендинговые аппараты, кондиционер (сплит-система), телевизор (монитор) для демонстрации видеоматериалов профилактической направленности и др.
Детская игровая зона	детский стол, стул, карандаши, бумага, не менее 1 игровой зоны	детский стол, стул, игрушки из материалов, предусматривающих обработку моющими средствами, книжки-раскраски, цветные карандаши, предусматривается наличие телевизора (монитора) для трансляции мультфильмов
	необходимо предусмотреть обустройство мест ожидания для взрослых, сопровождающих детей на амбулаторный прием, где они могут расположиться, пока играют дети, чтобы они были в зоне видимости родителей (не менее 3 мест)	

4. Методика оценки достижения целевого значения критерия «Организация системы *навигации*»

- Для оценки достижения целевого значения критерия – ***время, затраченное на поиск необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.),*** в том числе ***в точке ветвления маршрута***, ***занимает не более 30 секунд***
- Изучается поэтажный план медицинской организации, заполняется проверочный лист;
- Перед началом аудита специалистом РЦ , осуществляющим аудит, определяются конечные точки маршрутов (минимум 3х маршрутов), при следовании по которым будет проводиться оценка времени поиска необходимой информации об объекте в точке (точках) ветвления маршрута.

Данные **в столбец 1 (**сведения о типовых точках ветвления маршрута) вносятся специалистами проверяемой МО

в столбцы 2, 3, 4, 5 – специалистом РЦ вносятся результаты замеров времени (в секундах!) поиска необходимой информации о дальнейшем маршруте в точках ветвления маршрута для каждого из выбранных маршрутов.

В столбец 5 вносятся максимальные значения замера времени, в соответствии с данными в столбцах 2, 3, 4.

В строке **«Время принятия решения в точках ветвления маршрутов»** аудитором указывается максимальное значения времени в секундах, исходя из значений, указанных в столбце 5.

В строке **«Достижение целевого значения»:** «ДА» – если максимальный замер времени не превышает 30 секунд.

Методика оценки достижения целевого значения критерия «Организация системы *навигации*»

Пример заполнения проверочного листа:

Точки ветвления маршрутов	Конечные точки маршрутов			Результат по каждой точке ветвления маршрута, сек.
	Кабинет 215, сек.	Кабинет 308, сек.	Кабинет 325, сек.	
1	2	3	4	5
Этаж 1				
Вход	5	4	3	5
Пересечение коридоров 1	7	5	-	7
Пересечение коридоров 2	-	-	5	5
Лестница 1	3	-	-	3
Лестница 2	-	5	-	5
Лифт	-	-	5	5
Этаж 2				
Пересечение коридоров 1	6	-	-	6
Пересечение коридоров 2	4	-	-	4
Лестница 1	3	-	-	3
Лестница 2	-	-	-	-
Лифт	-	-	-	-
Этаж 3				
Пересечение коридоров 1	-	-	5	5
Пересечение коридоров 2	-	8	-	8
Лестница 1	-	-	-	-
Лестница 2	-	3	-	3
Лифт	-	-	4	4
Время принятия решения в точках ветвления маршрутов:				8
Достижение целевого значения (да/нет):				Да

5. Методика оценки достижения целевого значения критерия «Организация системы *информирования* в медицинской организации»

Для оценки достижения целевого значения критерия – наличие 100% элементов системы информирования – заполняется проверочный лист.

Проверочный лист

Данные **в столбце 1** являются фиксированными, содержит *перечень элементов системы информирования.*

Данные в столбцы 2, 3, 4, 5, 6 вносятся специалистом, осуществляющим аудит (сотрудником РЦ) .

В столбец 2 вносятся *сведения о наличии элемента системы информирования*.

В столбец 3 вносятся сведения об уместности элемента системы информирования.

Уместность определяется размещением информации там, где у посетителя медицинской организации возникает потребность в ее получении.

В столбец 4 вносятся *сведения об актуальности отдельного элемента* системы информирования.

Данный элемент считается актуальным, если информация, содержащаяся в нем, является действительной на момент обращения.

5. Методика оценки достижения целевого значения критерия «Организация системы *информирования* в медицинской организации»

Пример заполнения проверочного листа:

Элемент информации	Требования				Выполнение требований (да/нет)
	Наличие (да/нет)	Уместность (да/нет)	Актуальность (да/нет)	Доступность (да/нет)	
1	2	3	4	5	6
Полная информация о медицинской организации (полное наименование, структура, система управления, место нахождения обособленных подразделений, сведения о медицинских работниках, контактные телефоны, электронная почта, почтовый адрес, график приема граждан руководителем)	Да	Да	Да	Да	Да
Копия свидетельства государственной регистрации медицинской организации	Да	Да	Да	Да	Да
Копия действующей лицензии с приложениями	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о вышестоящих и контролирующих организациях	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о противодействии коррупции	Да	Да	Да	Нет	Нет
Информация о возможности ознакомления с нормативными правовыми актами в фронт-офисе	Да	Да	Да	Нет	Нет
Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации	Да	Да	Да	Нет	Нет
Информация о видах оказываемой медицинской помощи	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о порядке, об объемах и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с ПГГ и ТПГГ	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных ТПГГ	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о маршрутизации пациентов в условиях конкретной поликлиники (медицинской организации)	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о правилах записи на первичный прием, консультации, обследования	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации (Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах», Закон РФ от 15.01.1993 № 4301-1 «О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы», Закон РФ от 15.05.1991 № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»; Закон РФ «О внесении и дополнений в Закон РСФСР «О реабилитации жертв политических репрессий»)	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о проведении вакцинации	Да	Да	Да	Да	Да
Информационные плакаты о здоровом образе жизни	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов)	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о правилах предоставления платных медицинских услуг (образец договора)	Да	Да	Да	Да	Да
Процент наличия элементов информации, %					83,3
Соответствие критерию (да/нет):					Нет

5. Методика оценки достижения целевого значения критерия «Организация системы *информирования* в медицинской организации» (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

В столбец 5 вносятся сведения о доступности отдельного элемента системы информирования.

Доступность оценивается по критериям:

1) информация размещена в визуально доступном месте, может быть прочитана с расстояния не менее 1 метра;

2) к элементам информации организован свободный доступ;

3) информация визуально структурирована, отсутствуют исправления и противоречащие друг другу элементы системы информирования;

4) в соответствии с региональными нормативно-правовыми актами проведено дублирование информации на государственных языках национальных республик России, других языках народов России;

5) нормативно-правовые акты имеются в полнотекстовой версии.

В столбец 6 вносятся сведения о выполнении требований критерия в соответствии с данными столбцов 2-5: указывается «ДА», если в столбцах 2-5 указано «ДА».

После заполнения всех ячеек таблицы рассчитывается доля элементов информации, имеющихся в наличии, по формуле:

$$\frac{\text{Кол-во элементов системы информирования с оценкой "ДА«(столбец 7)} * 100\%}{18}$$

Проверочный лист достижения целевого значения критерия
«Организация системы информирования в медицинской организации»

Наименование структурного подразделения МО _____ Дата: _____

Элемент информации	Требования				Выполнение требований (да/нет)
	Наличие (да/нет)	Уместность (да/нет)	Актуальность (да/нет)	Доступность (да/нет)	
1	2	3	4	5	6
Полная информация о медицинской организации (полное наименование, структура, система управления, место нахождения обособленных подразделений, сведения о медицинских работниках, контактные телефоны, электронная почта, почтовый адрес, график приема граждан руководителем)					
Копия свидетельства государственной регистрации медицинской организации					
Копия действующей лицензии с приложениями					
Информация о вышестоящих и контролирующих организациях					
Информация о противодействии коррупции					
Информация о возможности ознакомления с нормативными правовыми актами в фронт-офисе					
Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации					
Информация о видах оказываемой медицинской помощи					
Информация о порядке, об объемах и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с ПГГ и ТПГГ					
Информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных ТПГГ					
Информация о маршрутизации пациентов в условиях конкретной поликлиники (медицинской организации)					

Элемент информации	Требования				Выполнение требований (да/нет)
	Наличие (да/нет)	Уместность (да/нет)	Актуальность (да/нет)	Доступность (да/нет)	
1	2	3	4	5	6
Информация о правилах записи на первичный прием, консультации, обследования					
Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации (Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах», Закон РФ от 15.01.1993 № 4301-1 «О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы», Закон РФ от 15.05.1991 № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»; Закон РФ «О внесении и дополнений в Закон РСФСР «О реабилитации жертв политических репрессий»)					
Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации					
Информация о проведении вакцинации					
Информационные плакаты о здоровом образе жизни					
Информация о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов)					
Информация о правилах предоставления платных медицинских услуг (образец договора)					
Процент наличия элементов информации, %					
Соответствие критерию (да/нет):					

ФИО, должность _____
проводившего оценку
Подпись _____

ФИО, должность _____
представителя МО
Подпись _____

6. Методика оценки достижения целевого значения критерия «Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи»

- Для оценки достижения данного целевого значения критерия на базовом уровне развития «Новой модели медицинской организации» необходимо достижение следующих целевых значений показателя:

  не менее 50% – доля посещений по предварительной записи,

  не менее 90% пациентов принято по установленному времени.

  **** При отсутствии в проверяемой медицинской организации возможности предварительной записи на амбулаторный прием ко всем специалистам, наблюдения не проводятся – критерий не достигнут.***

Проверочный лист

Данные **в столбец 1, 2** вносятся специалистами проверяемой МО,

(вносятся сведения о наименовании и номере кабинета врача-терапевта/врача-педиатра/врача общей практики (не менее 4), врачей специалистов (не менее 3)

В столбцы 3, 4, 5 – специалистом, осуществляющим аудит.

6. Методика оценки достижения целевого значения критерия «Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи»

Пример заполнения проверочного листа:

Наименование специальности	Наименование кабинета и его номер	Организация амбулаторного приема плановых пациентов		достижение критерия (да/нет)
		по предварительной записи (да/нет)	строго по времени (да/нет)	
1	2	3	4	5
врач-терапевт	205	да	нет	нет
врач-терапевт	208	да	нет	нет
врач-терапевт	310	да	да	да
врач-терапевт	312	да	нет	нет
врач-невролог	220	да	нет	нет
врач-кардиолог	304	да	да	да
врач-офтальмолог	301	да	да	да
Достижение целевого значения (да/нет):				нет

6. Методика оценки достижения целевого значения критерия «Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи» (продолжение)

**** В случае отсутствия в оцениваемой МО/структурном подразделении требуемого количества врачей в соответствии с расчетным количеством согласно количеству прикрепленного населения и порядкам оказания медицинской помощи наблюдение производится во время одновременного приема наибольшего количества врачей, ведущих прием по предварительной записи в данной медицинской организации***

Для проведения наблюдения рекомендуется определить кабинеты, расположенные в непосредственной близости друга от друга, что позволит обеспечить возможность параллельного наблюдения.

Наблюдение проводится в часы приема, осуществляемого по предварительной записи.

В столбцы 3, 4 вносятся результаты не менее чем 8 проведенных наблюдений (сравнение фактического времени приема пациента с данными медицинской информационной системы о предварительной записи) у каждого из кабинетов.

Если по итогам наблюдения выявлены пациенты без предварительной записи – в столбце 3 указывается «НЕТ»;

если выявлены пациенты, принятые не вовремя (свыше допустимого отклонения, равного продолжительности одного приема согласно расписанию) – в столбце 4 указывается «НЕТ».

При достижении критерия (значение «ДА» в столбцах 3 и 4) в столбце 5 указывается «ДА».

При наличии значения «НЕТ» в столбце 3 или 4 – критерий не достигнут – в столбце 5 указывается «НЕТ».

В строке «**Достижение целевого значения**»: «ДА», если в столбце 5 все значения – «ДА».

7. Методика оценки достижения целевого значения критерия «Обеспечение *удаленной записи* на прием в медицинские организации»

Для оценки достижения данного целевого значения критерия – доля записей, произведенных без посещения регистратуры, составляет **не менее 50%** – анализируются сведения медицинской информационной системы или других доступных достоверных источников

1). О *количестве пациентов, предварительно записанных на прием за месяц, предшествующий проведению аудита*,

2). о количестве пациентов, предварительно записанных на прием при обращении в регистратуру.

Проверочный лист

Данные **в столбцы 1, 2**

В столбец 1(вносятся специалистами проверяемой МО), вносятся сведения о количестве пациентов, предварительно записанных на прием всеми доступными способами.

В столбец 2 вносятся сведения о количестве пациентов, предварительно записанных на прием при обращении *в регистратуру*

в **столбцы 3, 4** – специалистом, осуществляющим аудит.

Пример заполнения проверочного листа:

Количество пациентов, предварительно записанных на прием всеми доступными способами, чел.	Количество пациентов, предварительно записанных на прием при обращении в регистратуру, чел.	Доля записей, произведенных без посещения регистратуры, %	Достижение критерия (да/нет)
1	2	3	4
29 638	12 350	58,3	ДА

Методика оценки достижения целевого значения критерия «Обеспечение *удаленной записи* на прием в медицинские организации» (продолжение)

- **В столбец 3** вносится рассчитанная доля записей, произведенных без посещения регистратуры: $\frac{a-b}{a}$ x 100%,

где а – количество пациентов, предварительно записанных на прием всеми доступными способами (чел.),

b – количество пациентов, предварительно записанных на прием при обращении в регистратуру (чел.).

При достижении критерия **(значение в столбце 3 не менее 50%)** в столбце 4 указывается «ДА».

При наличии значения менее 50% в столбце 3 – критерий не достигнут – в столбце 4 указывается «НЕТ».

8. Методика оценки достижения целевого значения критерия «**Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений**»

- Для оценки достижения целевого значения критерия – **не более 3 посещений** – заполняется проверочный лист.
- Проверочный лист состоит из 6 столбцов, заполняется специалистом, осуществляющим аудит.
- Перед началом оценки специалист, осуществляющий аудит, анализирует ***не менее 40 медицинских карт пациентов***, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у) и приложенных к ним ***бланков учетной формы 131/у*** (далее – комплект медицинской документации),

из них 20 комплектов медицинской документации – на мужчин в возрасте 40 лет и старше,

20 – на женщин в возрасте 40 лет и старше,

а также 10 комплектов медицинской документации на пациентов, прошедших профилактический медицинский осмотр за месяц, предшествующий проведению аудита.

****При проведении анализа учитываются только законченные случаи диспансеризации/профилактического медицинского осмотра.***

Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений

24

Пример заполнения проверочного листа:

Номер медицинской карты пациента	Диспансеризация/ ПО	Возраст, лет	Пол (м/ж)	Количество посещений	Достижение критерия (да/нет)
1	2	3	4	5	6
25648	Д	45	ж	3	да
3698254	Д	48	ж	4	нет
Достижение целевого значения (да/нет):					нет

- **В столбец 1** вносится номер медицинской карты пациента, взятой для проведения анализа.
- **В столбец 2** вносятся сведения о прохождении 1 этапа диспансеризации либо профилактического медицинского осмотра.
- **В столбцах 3 и 4** соответственно указываются возраст и пол пациента.
- В **столбец 5** вносятся сведения о количестве посещений МО, совершенных пациентом при прохождении профилактического медицинского осмотра и (или) первого этапа диспансеризации.

Информация о количестве посещений вносится в соответствии с датами проведения осмотра/исследования.

*__В столбец 6__ вносятся сведения о достижении целевого значения критерия для каждого проанализированного случая.

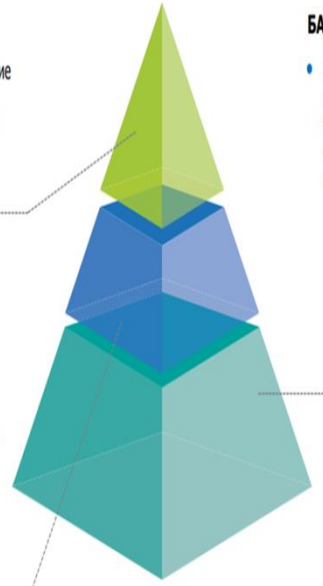
*__В строке «Достижение целевого значения»:__ «ДА» – если в соответствии со столбцом 6 все критерии достигнуты (значение «ДА»).

ЛИДЕРСКИЙ УРОВЕНЬ

- Показатель результативности – достижение медицинской организацией **от 19 до 22 критериев** «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

ПРОГРЕССИВНЫЙ УРОВЕНЬ

- Показатель результативности – медицинской организацией достигнуты **от 15 до 18 критериев** «Новой модели медицинской организации»
- **«Базовый»** уровень + **5 обязательных** критериев **«Прогрессивного»** уровня (+ от 2 до 5 критериев медицинская организация выбирает сама в соответствии с выявленными проблемами)



БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ

- Показатель результативности – медицинской организацией достигнуты **8 обязательных из 22 критериев** «Новой модели медицинской организации»

ВИВЕЯ

РЦ ПМСП ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ

СПАСИБО

за внимание