

Новая модель бережливой поликлиники Реализация проектов по улучшению

Врач методист РЦ ПМСП
Путилина Ольга Васильевна

В ПЕРЕЧНЕ ПОРУЧЕНИЙ ПРЕЗИДЕНТА РФ от 20.02.2019 № ПР-294, от 20.08.2019 № ПР-1755 обязательны к исполнению

- **установление требований к медицинским организациям**, внедряющим 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»)**.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хабаровского края

РАСПОРЯЖЕНИЕ

28.11.2022 № 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)	-	

Новая модель основана на внедрении принципов бережливого производства и эффективного использования ресурсов системы здравоохранения

«Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» – медицинская организация, ориентированная на:

- потребности пациента,
- бережное отношение к временному ресурсу как основной ценности за счет оптимальной логистики реализуемых процессов,
- организованная с учетом принципов эргономики и соблюдения объема рабочего пространства,
- создающая позитивный имидж медицинского работника,
- организация оказания медицинской помощи основана на внедрении принципов бережливого производства

Цель: повышение удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи, эффективное использование ресурсов системы здравоохранения





Факторы, влияющие на неудовлетворенность пациента качеством оказания медицинской

1. Длительное ожидание в регистратуре
2. Невозможность дозвониться в поликлинику
3. Отсутствие доступного для понимания расписания работы врачей
4. Отсутствие доступной навигации в поликлинике
5. Длительное ожидание в очереди на прием к врачу
6. Длительное ожидание в очереди в процедурный кабинет
7. Пересечение потоков здоровых и больных посетителей
8. Отсутствие комфортных зон ожидания
9. Длительные сроки прохождения диспансеризации
10. Грубость медицинского персонала



ПРОЕКТЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ организации медицинской помощи в МО

Целью проектов является:

- усовершенствование процессов, направленных на повышение качества и доступности оказываемой медицинской помощи и удовлетворенности пациентов;
- устранение существующих временных, финансовых и других потерь;
- организация рабочих мест, обеспечивающая безопасность и комфортность работы сотрудников.

**Процесс - совокупность последовательных операций, направленных на создание услуги (запись на прием к врачу, снижение времени ожидания приема врача...)*

Регулярная реализация проектов по улучшению - обязательное условие построения эффективной производственной системы и формирования культуры постоянных улучшений в лечебном учреждении.

Чем отличается проект от предложения по улучшению?

- **Предложение по улучшению** — это разовое новое, полезное предложение, решение по которому, как правило, организационного характера, предусматривает изменение существующего способа выполнения организации оказания медицинской помощи.

От реализации предложения может быть получен организационный и иногда и отдаленный экономический эффект, условий труда сотрудников и м.б. улучшение доступности и качества медицинской помощи.

- **Проект по улучшению потока/ процесса — направлен на оптимизацию повторяющегося процесса** (запись на прием...) или решение конкретных проблем (очереди пациентов, некачественная логистика перемещений.. .) с применением инструментов ***бережливого производства***. Не предполагает финансовых затрат вообще или же минимальные!

****Важны не отдельные проекты, а запуск процесса непрерывного улучшения, как результата коллективной работы.***

В рамках реализации проектов по улучшениям решаются следующие задачи:

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





РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

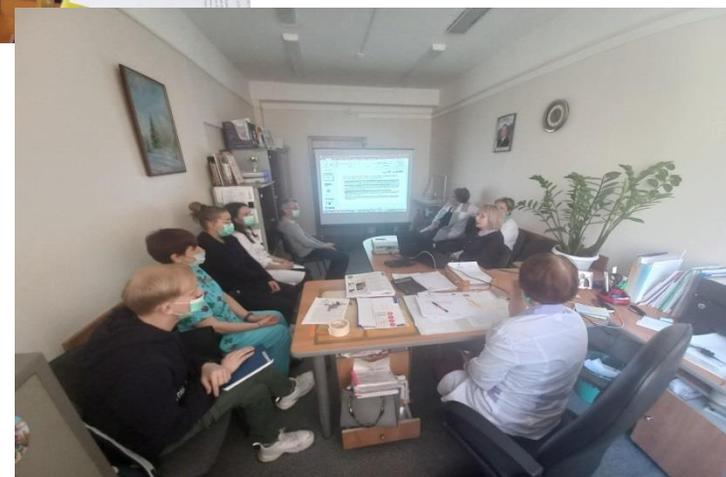
Руководитель должен быть заинтересован в проведении обучения коллектива принципам, инструментам, методам и философии «БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА»

- 1. Проект по улучшению** в медицинской организации **реализуется комплексно**, на всех уровнях системы организации медицинской помощи, **с участием большинства сотрудников.**
- 2. Внедрение принципов** бережливого производства происходит **«сверху вниз»**
- 3.** Важный элемент - **вовлеченность руководства** в процесс положительных изменений
- 4.** На старте проекта по улучшению **задача руководителя - формирование положительного отношения персонала** медицинской организации к проектной деятельности
- 5. Руководитель медицинской организации:**
 - **активное участие** во внедрении принципов бережливого производства,
 - **выделение** необходимых **ресурсов**,
 - **консультирование команды** по вопросам компетенции,
 - **проявление интереса** к достижениям команды,
 - **присутствие на стартовых совещаниях** (kick-off),
 - **поощрение участников** рабочей группы (команды) проекта по результатам работы.
 - **заинтересован в проведении обучения** сотрудников философии, принципам, инструментам и методам бережливого производства.

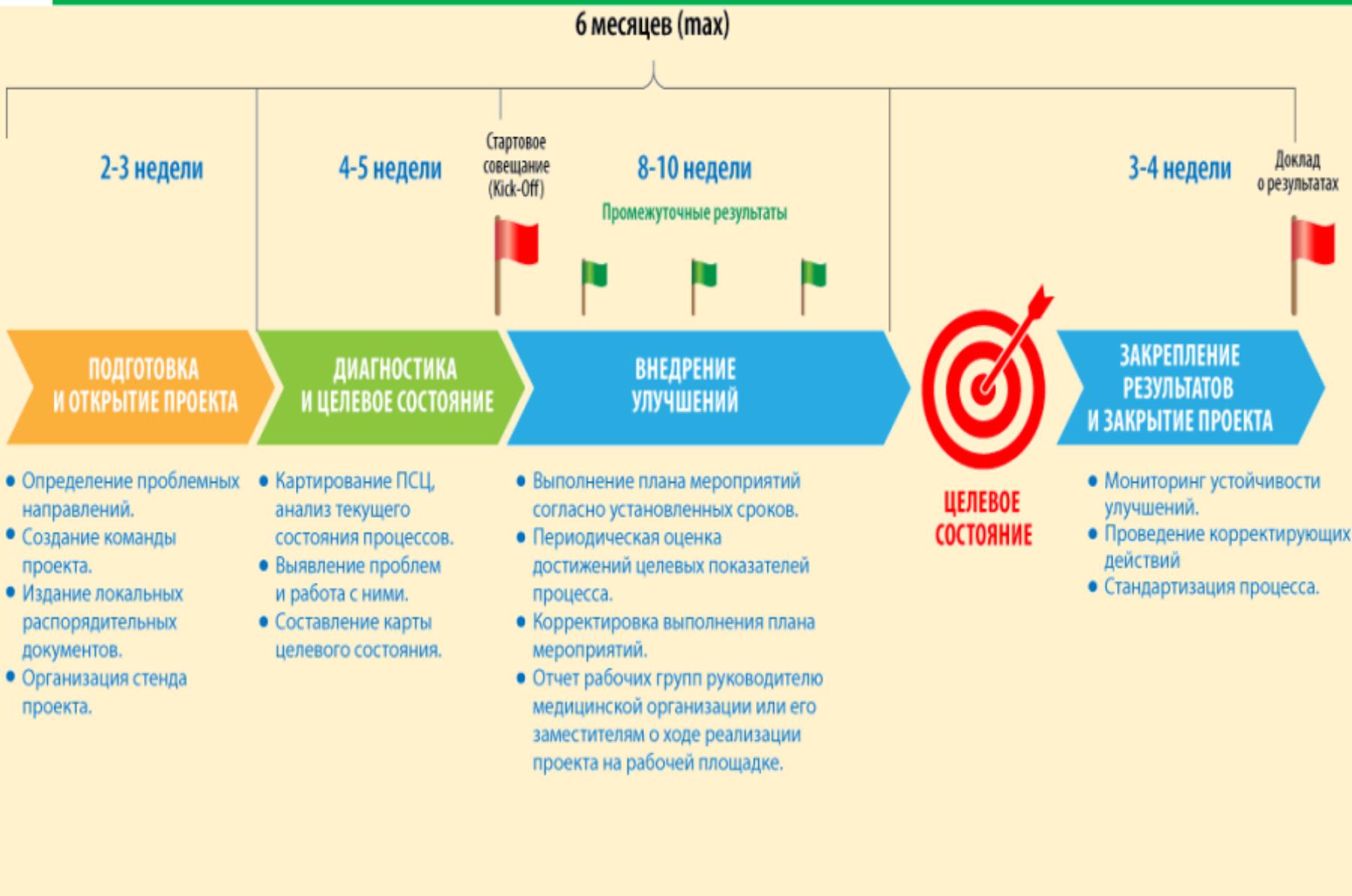
Руководитель должен пройти соответствующее обучение наряду с персоналом медицинской организации, **формируя своим примером приверженность** принципам бережливого производства у всего коллектива

Обучение принципам бережливого производства

- * является главной и основополагающей ступенью в реализации проектов, направленных на усовершенствование процессов;
- только в процессе обучения происходит процесс приобретения и накопления знаний и опыта, необходимых в сфере бережливых технологий;
- Для реализации проектов необходимо не только обучение руководящего состава лечебного учреждения, но и всех сотрудников лечебного учреждения, принимающих участие в процессе, на оптимизацию которого направлен проект.



Типовые этапы реализации проектов по улучшению



Принято выделять следующие этапы реализации проекта по улучшению:

Этап 1 – «Подготовка и открытие проекта» – 2-3 недели;

Этап 2 – «Диагностика и целевое состояние» – 4-5 недель;

Этап 3 – «Внедрение улучшений» – 8-10 недель;

Этап 4 – «Закрепление результатов и закрытие проекта» – 3-4 недели.

ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»

На первом этапе осуществляется:

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



Оптимальное количество проектов – не менее пяти.

Не все проблемы и/или предложения требуют открытия проекта по улучшению

ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА».

Шаг 1.1. Определение направлений возможных проектов

Определение приоритетных (проблемных) направлений

Для этого используются подходы:

- 1) принятие решения на общем собрании администрации медицинской организации и участников (владельцев) процесса после открытого обсуждения;
- 2) по результатам анкетирования пациентов и/или сотрудников медицинской организации.
- 3) с помощью использования листов проблем и листов предложений для пациентов и сотрудников медицинской организации.
- 4) принятие инициативного решения о тиражировании лучших практик, полученных по результатам реализации проектов по улучшениям в иных

ТФ-4. Лист проблем

№ п/п	Наименование проблемы	Дата написания	Статус	ФИО исполнителя	Дата решения	Примечания
1.			⊕			
2.			⊕			
3.			⊕			

ТФ-4. Лист предложений

№ п/п	Наименование предложения	Дата написания	Статус	ФИО исполнителя	Дата решения	Примечания
1.			⊕			
2.			⊕			
3.			⊕			



Работа не начата



Работа запланирована



Работа выполняется



Работа выполнена качественно



Работа стандартизирована

ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА». **Шаг 1.2. Формирование команды**

ФОРМИРОВАНИЕ КОМАНДЫ ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Статус членов команды – равенство, делегирование полномочий, совместное решение задач, коммуникативность, сплоченность, командное обучение.

Признаки эффективной командной работы:

- неформальная атмосфера;
- задачи хорошо поняты и приняты к исполнению;
- члены команды прислушиваются друг к другу;
- члены команды свободно выражают свои идеи;
- разногласия имеют место, но выражаются и концентрируются вокруг идей и методов, а не личностей;
- принимаемое решение основывается на достижении согласия, а не на большинстве голосов.

Задачи и цели деятельности рабочей группы проекта, ее **полномочия и состав утверждаются приказом (распоряжением) руководителя медицинской организации.**

Оптимальная численность рабочей группы – **от 5 до 7 человек.**

Для деятельности рабочих групп **выделено отдельное помещение**, в котором проходят совещания по реализации проектов по улучшению.

Совещания рекомендуется проводить по мере необходимости, но **не реже 1 раза в неделю.**

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ ЛИДЕРА ПРОЕКТА

- способность воплотить требуемые перемены в жизнь;
- заинтересованность и активное участие в проекте;
- способность видеть отклонения, имеющиеся на каждом этапе реализации проекта;
- способность обеспечить условия для взаимодействия между участниками проекта;
- уважение участников рабочей группы.

Функции лидера:

- управление проектом, находящегося в зоне его ответственности и компетенции,
- осуществление защиты проекта перед руководством и сотрудниками медицинской организации,
- подбор новых членов команды.



Поддержка лидера руководством медицинской организации

Лидер может возглавлять только один проект по улучшению.

ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»

Шаг 1.3. Формирование пакета НПА и паспорта проекта

ФОРМИРОВАНИЕ ПАКЕТА РАСПОРЯДИТЕЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ О РЕАЛИЗАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ПО УЛУЧШЕНИЯМ

Приказы (распоряжения) руководителя медицинской организации о:

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



- ✓ Данный этап завершается оформлением стенда проекта, наполнение которого осуществляется в течение всего процесса реализации проекта по улучшению (приложение 2), и формированием паспорта проекта (приложение 3).

ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

В заголовке паспорта проекта по улучшению указывается наименование проекта

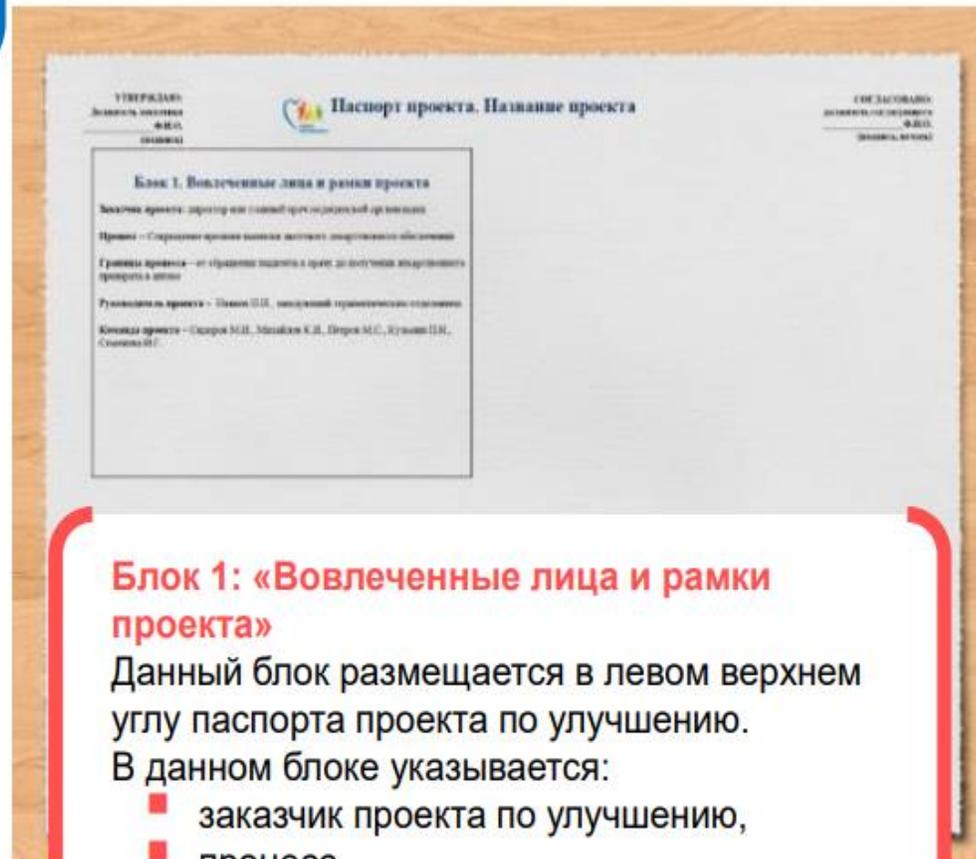
Наименование проекта должно:

отражать конкретный процесс, взятый для улучшения;
соотносится с целью и результатами проекта;
формулироваться одним предложением,
раскрывающим его суть либо отражающим эффект от его реализации.

Не допускаются такие названия как «Регистратура», «Прием врача терапевта», «Оптимизация вакцинации».

Пример названия проекта:

«Сокращение времени записи на прием к врачу терапевту», «Сокращение времени ожидания у кабинета забора крови».



The image shows a project passport form titled "Паспорт проекта. Название проекта". The form is divided into sections. The top left section is titled "Блок 1. Вовлеченные лица и рамки проекта" and contains the following text: "Заказчик проекта - директор или главный врач государственной организации здравоохранения", "Процесс - Сокращение времени записи пациента на прием к врачу терапевта", "Границы процесса - от момента подачи в пункт до получения выданного проекта в день", "Руководитель проекта - Иванов П.И., начальник территориального отделения", "Команда проекта - Сидорова М.И., Мельник К.И., Петров М.С., Кузнецов П.И., Смирнова О.И.".

Блок 1: «Вовлеченные лица и рамки проекта»

Данный блок размещается в левом верхнем углу паспорта проекта по улучшению.

В данном блоке указывается:

- заказчик проекта по улучшению,
- процесс,
- границы процесса,
- Руководитель,
- команда проекта.

Блок является стандартным и не подлежит каким-либо изменениям, недопустимо внесение дополнительных участников.

В заголовке паспорта проекта указывается наименование проекта, которое отражает конкретный процесс, взятый для улучшения. Формулируется одним предложением, раскрывает суть процесса.

Недопустимые названия	Рекомендуемые названия
"Регистратура"	"Сокращение времени ожидания пациента в очереди в регистратуру."
"Прием врача-терапевта"	"Сокращение времени ожидания записи на прием к врачу-терапевту."
"Оптимизация работы регистратуры"	"Сокращение времени оформления в регистратуре первичной медицинской документации".
"Оптимизация вакцинации"	"Сокращение времени ожидания у кабинета забора крови".

ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

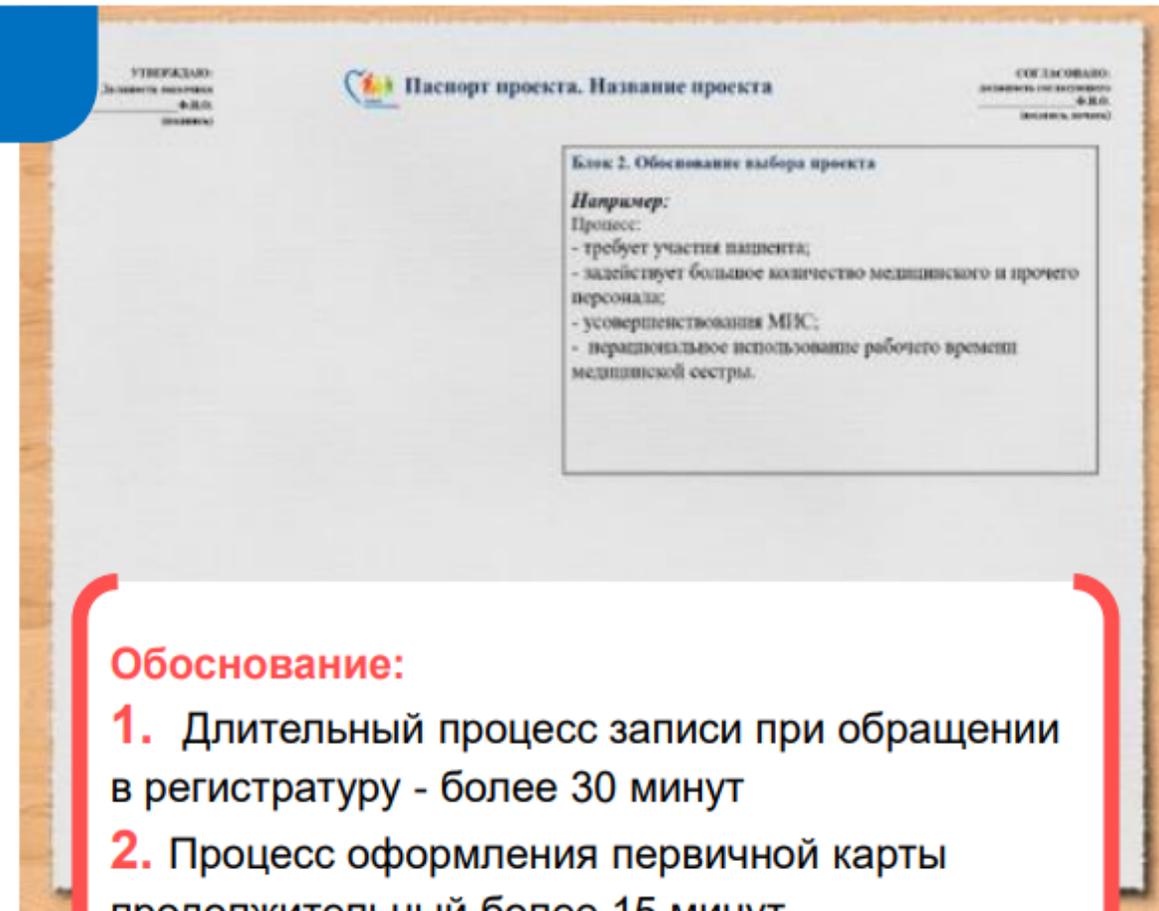
Блок 2: «Обоснование выбора»

Данный блок размещается в правом верхнем углу паспорта проекта по улучшению

В данном блоке **указывается ключевой риск** – событие, которое может произойти (например, несоблюдение сроков ожидания медицинской помощи, невыполнение плана профилактических осмотров (диспансеризации), штрафные санкции), если выбранный процесс не будет оптимизирован

В блоке рекомендуется отразить следующие аспекты:

1. Влияние на цели/задачи
2. Масштаб процесса (кросс-функциональность)
3. Трудоемкость процесса
4. Причины неудовлетворенности заказчиков процесса (посетителей медицинской организации, ее сотрудников)



Обоснование:

1. Длительный процесс записи при обращении в регистратуру - более 30 минут
2. Процесс оформления первичной карты продолжительный более 15 минут
3. Отсутствие удобной эргономики на рабочих местах регистраторов. Отсутствие навигации
4. Низкая удовлетворенность пациентов (по данным анкетирования)

ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Блок 3: «Цели и плановый эффект»

Данный блок размещается в левом нижнем углу паспорта проекта по улучшению.

Цели должны быть:

1. Актуальными, конкретными, достижимыми, ограниченными во времени, измеримыми
2. Направлены на решение проблем процесса.

Цели не должны содержать:

1. Мероприятий, направленных на улучшение процесса (например, разгрузка регистратуры, оптимизация работы врача-специалиста, выделение дополнительного времени на обслуживание пациента и т.п.).
2. «Лозунгов» (например, повысить эффективность работы персонала, разработать планы по увеличению доли дозвона в колл-центр и т.п.).

Данный блок является стандартным и не подлежит каким-либо изменениям.

Цель:

Наименование цели, ед. изм.	Текущий показатель	Целевой показатель
Сократить время оформления карты при первичном обращении	19,3 мин	10 мин
Сократить время ожидания пациентов в очереди	15-30 мин	10 мин

Эффекты:

разработка стандарта обслуживания пациента регистратором
разработка маршрутных карт

Наименование цели, ед. изм.	Текущий показатель	Целевой показатель
Сокращение времени ожидания приема пациента в регистратуре	2 дня	60 минут
Увеличение числа вызовов кабинета при оформлении льготного рецепта	3 вызв	1 вызв
Разработаны стандарты приема пациента по телефону и в личном приеме	Нет	Да
Созданы маршруты при первичном приеме (сокращение расстояния от входа до кабинета ожидания до 10%)		

Эффекты:
Сокращение времени ожидания пациента в регистратуре при оформлении льготного рецепта с 180 минут до 35 минут.

ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Блок 4: «Ключевые события проекта».

Данный блок размещается в правом нижнем углу паспорта проекта по улучшению.

Эффективная/рекомендуемая продолжительность проекта – 4-6 месяцев.

Выделяют следующие этапы проекта:

Этап 1 «Подготовка и открытие проекта» – **2-3 недели;**

Этап 2 «Диагностика и целевое состояние» – **4-5 недель;**

Этап 3 «Внедрение» – **8-10 недель;**

Этап 4 «Закрепление результатов и закрытие проекта» – **3-4 недели.**

Даты необходимо указывать в формате «с ... до ...» в целях возможности последующего мониторинга.

Данный блок является стандартным и не подлежит каким-либо изменениям, недопустимо исключать или добавлять ключевые события.

Сроки:

1. Защита паспорта проекта 15.01.2019
2. Анализ текущей ситуации 05.12.2018 – 29.12.2018
 - разработка текущей карты процесса 05.12.2018 – 29.12.2018
 - поиск и выявление проблем 18.12.2018 – 09.01.2019
 - разработка целевой карты процесса 14.01.2019 – 28.01.2019
 - разработка «дорожной карты» реализации проекта 28.01.2019– 07.02.2019
 - kick-off 08.02.2019
3. Внедрение улучшений 08.02.2019 – 06.05.2019
4. Мониторинг устойчивости 06.05.2019-20.05.2019
5. Закрытие проекта 21.05.2019 – 06.06.2019

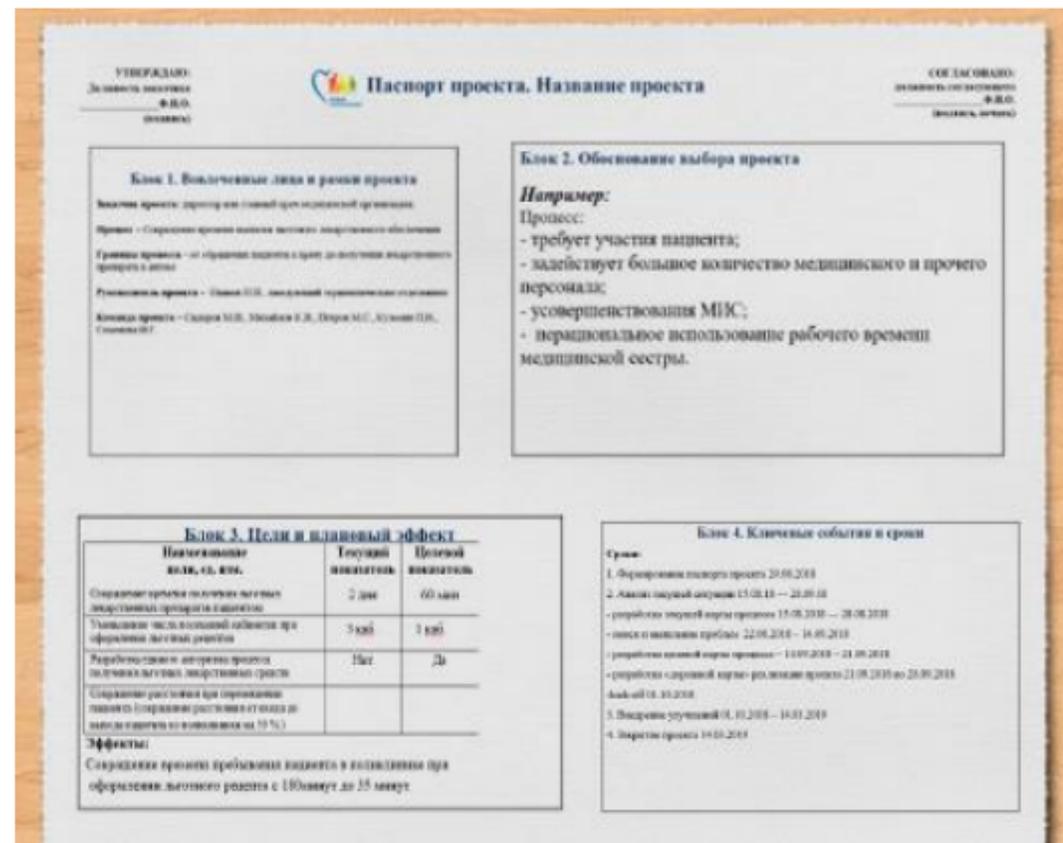
Блок 4. Ключевые события и сроки

Сроки
1. Открытие паспорта проекта 15.01.2019
2. Анализ текущей ситуации 05.12.2018 – 29.12.2018
– разработка текущей карты процесса 05.12.2018 – 29.12.2018
– поиск и выявление проблем 18.12.2018 – 09.01.2019
– разработка целевой карты процесса 14.01.2019 – 28.01.2019
– разработка «дорожной карты» реализации проекта 28.01.2019 – 07.02.2019
– kick-off 08.02.2019
3. Внедрение улучшений 08.02.2019 – 06.05.2019
4. Закрытие проекта 21.05.2019 – 06.06.2019

ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ. ВАЖНО!

При составлении паспорта проекта по улучшению:

1. Название, обоснование выбора и цели проекта должны быть связаны
2. Паспорт проекта оформляется отдельно на каждый проект на одном листе формата А4 в альбомной ориентации. Лист визуально делится на 4 части (по числу блоков)
3. В левом верхнем углу указывается ФИО, должность и подпись лица, которое утверждает проект и заверяется печатью организации. В правом верхнем углу – ФИО, должность, подпись лица, которое согласует проект
4. Паспорт должен быть утвержден руководителем медицинской организации и согласован с руководителем и/или представителями Регионального центра первичной медико-санитарной помощи
5. При продолжительности проекта 12 месяцев и более необходимо разделить проект на полугодия с расчетом и постановкой целей на каждые 6 месяцев реализации проекта



УТВЕРЖДАЮ:
Должность, подпись
Ф.И.О.
(подпись)

Согласовано:
Должность, подпись
Ф.И.О.
(подпись, печать)

Паспорт проекта. Название проекта

Блок 1. Вовлеченные лица и роли проекта
Название проекта: «...»
Цели проекта: ...
Роли участников: ...

Блок 2. Обоснование выбора проекта
Например:
Процесс:
- требует участия пациента;
- задействует большое количество медицинского и прочего персонала;
- усовершенствования МИС;
- нерациональное использование рабочего времени медицинской сестры.

Блок 3. Цели и планируемый эффект

Наименование цели, с/б, кв.г.	Текущий показатель	Целевой показатель
Создание проекта по лечению пациентов с диагнозом ...	2 кв.	60 кв.
Увеличение числа успешных случаев при ...	3 кв.	3 кв.
Разработка ...	Нет	Да

Эффекты:
Создание проекта ...

Блок 4. Ключевые события и сроки

Сроки:
1. ...
2. ...
3. ...
4. ...

1. Вовлеченные лица и рамки проекта

Заказчик процесса: Пациенты ГБУЗ КО «ГДП №6»

Периметр проекта: ГБУЗ КО «ГДП №6»

Руководитель проекта: И.о. главного врача
Виноградова Н.И.

Команда проекта: Черняева Г.И., Щедрова Т.Н.,
Халатян О.С., Чабан Т.А., Перегоедова К.О.

2. Обоснование выбора

- ✓ Длительные сроки протекания процессов регистратуры приводят к образованию очередей и снижают удовлетворённость пациентов мед. услугами.
- ✓ Трудоёмкость процессов регистратуры снижает вовлечённость персонала.
- ✓ Необходимо повышение качества обслуживания пациентов на доврачебном этапе, уменьшение жалоб, создание комфортных условий для пациентов.

3. Цели и плановый эффект

Цели проекта	Текущий показатель	Целевой показатель
Снижение кол-ва негативных отзывов пациентов (время ожидания)	27 (40 опрошенных)	< 9 (40 опрошенных)
Снижение кол-ва негативных отзывов пациентов (качество)	28 (40 опрошенных)	< 9 (40 опрошенных)
Запись пациентов на первичный (будущий) приём: - Очное обращение - телефон	14 мин 12 мин	9 мин 10 мин

4. Ключевые события проекта

1. Старт проекта – 15.12.2016.
2. Диагностика и целевое состояние – 15.12.2016 - 11.01.2017.
Производственный анализ № 1, определение текущих показателей – 15.12.2016 - 11.01.2017.
Разработка карты целевого состояния процесса – до 11.01.2017.
3. Внедрение улучшений – 12.01.2017 - 28.03.2017.
Совещание по защите выработанных предложений – 12.01.2017.
4. Закрепление результатов и закрытие проекта - 29.03.2017-31.03.2017.
Производственный анализ № 2 – 29.03.2017 – 30.03.2017.
Завершающее совещание – до 31.03.2017.

Примеры правильного заполнения Паспорта проекта по улучшению

Паспорт проекта «Оформление планового пациента в приемном отделении»

УТВЕРЖДАЮ:

должность

Ф.И.О.

(подпись)

СОГЛАСОВАНО:

должность

Ф.И.О.

(подпись)

Общие данные:

Заказчик: главный врач Ф.И.О.

Процесс: Оформление планового пациента в приемном отделении

Границы процесса:

Начало: приход пациента в приемное отделение на плановую госпитализацию

Окончание: поступление пациента в отделение стационара

Руководитель проекта: заведующая приемным отделением Ф.И.О.

Команда проекта: Ф.И.О.

Обоснование:

- Отсутствии обследования в день поступления
- Длительное оформление документации до 60 минут
- Неравномерность по количеству пациентов, поступающих в разные дни недели: 33-35% от пациентов, поступающих за неделю, госпитализируются в понедельник, 8-10% поступает в пятницу
- Неудовлетворенность пациентов долгим временем оформления документации в приемном отделении.

Цель:

Наименование цели, ед. изм.	Текущий показатель	Целевой показатель
Сократить время ожидания пациентом начала оформления документов на госпитализацию	5-60 мин	5-10 мин
Сократить время оформления документов регистраторами в приемном отделении	6 – 12 мин	6-8 мин
Сократить время транспортировки пациента из приемного отделения до стационарной койки	10-15 мин	8 мин
Обеспечить поступление 97% плановых пациентов в отделения до 14.00	95%	97%

Эффекты: повышение эффективности дня госпитализации в плане обследования и информированности пациента о своем состоянии за счет раннего контакта с лечащим врачом и ранних обследований; повышение удовлетворенности пациентов.

Сроки:

1. Защита паспорта проекта 15.01.2019
2. Анализ текущей ситуации 05.12.2018 – 23.12.2018
 - разработка текущей карты процесса 05.12.2018 – 23.12.2018
 - поиск и выявление проблем 18.12.2018 – 08.01.2019
 - разработка целевой карты процесса 08.01.2019 – 21.01.2019
 - разработка «дорожной карты» реализации проекта 21.01.2019– 28.01.2019
 - kick-off 29.01.2019
3. Внедрение улучшений 29.01.2019 – 30.04.2019
4. Мониторинг устойчивости 30.04.2019-15.05.2019
5. Закрытие проекта 16.05.2019 – 30.05.2019

Паспорт проекта
«Сокращение времени ожидания и обслуживания в регистратуре КДО»

УТВЕРЖДАЮ:
 должность

 Ф.И.О.
 (подпись)

СОГЛАСОВАНО:
 должность

 Ф.И.О.
 (подпись)

Общие данные:

Заказчик: заместитель главного врача Ф.И.О.

Процесс: Сокращение времени ожидания и обслуживания пациентов ОМС в регистратуре КДО

Границы процесса:

Начало: вход пациента в холл КДО (поликлиники)

Окончание: получение талона на консультацию

Руководитель проекта: должность Ф.И.О.

Команда проекта:

Обоснование:

1. Длительный процесс записи при обращении в регистратуру более 30 минут.
2. Процесс оформления первичной карты продолжительный более 15 минут
3. Отсутствие удобной эргономики на рабочих местах регистраторов. Отсутствие навигации.
4. Низкая удовлетворенность пациентов (по данным анкетирования).

Цель:

Наименование цели, ед. изм.	Текущий показатель	Целевой показатель
Сократить время оформления карты при первичном обращении	19,3 мин	10 мин
Сократить время ожидания пациентов в очереди	15-30 мин	10 мин

Эффекты:

разработка стандарта обслуживания пациента регистратором

разработка маршрутных карт

Сроки:

1. Защита паспорта проекта 15.01.2019
2. Анализ текущей ситуации 05.12.2018 – 29.12.2018
 -разработка текущей карты процесса 05.12.2018 –29.12.2018
 - поиск и выявление проблем 18.12.2018 – 09.01.2019
 - разработка целевой карты процесса 14.01.2019 – 28.01.2019
 - разработка «дорожной карты» реализации проекта 28.01.2019– 07.02.2019
 -kick-off 08.02.2019
3. Внедрение улучшений 08.02.2019 – 06.05.2019
4. Мониторинг устойчивости 06.05.2019-20.05.2019
5. Закрытие проекта 21.05.2019 – 06.06.2019

Паспорт проекта
«Совершенствование системы записи на проведение исследования ЭХО-КГ пациентам стационара»

УТВЕРЖДАЮ:
 должность

 Ф.И.О.

(подпись)

СОГЛАСОВАНО:
 должность

 Ф.И.О.

(подпись)

Общие данные:

Заказчик: главный врач Ф.И.О.

Процесс: Запись пациента на проведение исследования ЭХО-кг и информирование лечащего врача о времени проведения исследования.

Границы процесса:

Начало: заявка на проведение исследования

Окончание: окончание исследования

Руководитель проекта: зав. отделением ультразвуковых методов диагностики и лечения Ф.И.О.

Команда проекта: Ф.И.О.

Обоснование:

- длительное время ожидания и очередь на проведение исследования до 3 дней
- Отсутствие точного времени проведения исследования не позволяет провести планирование рабочего дня постовой медицинской сестры
- длительное ожидание перед кабинетом приводит к неудовлетворенности пациентов организацией лечебно-диагностического процесса.

Цель:

Наименование цели, ед. изм.	Текущий показатель	Целевой показатель
Сокращение времени ожидания пациентом исследования	2-3 дня	1 день
Назначение точного времени проведения исследования и сокращение времени ожидания пациентом у кабинета	10-40 мин	5-10 мин

Сроки:

1. Защита паспорта проекта 15.01.2019
2. Анализ текущей ситуации 05.12.2018 – 10.01.2019
 - разработка текущей карты процесса 05.12.2018 –10.01.2019
 - поиск и выявление проблем 18.12.2018 – 11. 01.2019
 - разработка целевой карты процесса 15.01.2019 – 21.01.2019
 - разработка «дорожной карты» реализации проекта 21.01.2019– 28.01.2019
 - kick-off 29.01.2019
3. Внедрение улучшений 29.01.2019 – 15.04.2019
4. Закрытие проекта 15.04.2019 – 30.04.2019

Эффекты:

- равномерное распределение нагрузки на врачей и оборудование
- исключение необходимости повторного исследования за счет наличия унифицированной формы протокола исследования
- внедрение единой электронной записи на исследование

Дорожная карта



СОГЛАСОВАНО

УТВЕРЖДАЮ
 Министр здравоохранения
 Республики Карелия
 _____ О.В. Лазаревич, 04.05.2017

**Дорожная карта реализации Федерального проекта «Бережливая поликлиника»
 Министерства здравоохранения Республики Карелия
 (ГБУЗ РК «Городская поликлиника №4» и ГБУЗ РК «Городская детская поликлиника № 2»)**

№	Мероприятия	02.05-05.05	19.05	21.05	24.05	07.06	21.06	05.07	19.07	01.08	15.08	01.09
1	Подготовка к внедрению проекта (создание проектного офиса)											
2	Обучение персонала (группы проектного офиса)											
3	Обеспечение достоверности сбора информации текущего состояния в поликлиниках											
4	Согласование перечня проблем, требующих решения в рамках проекта											
5	Составление Тактического плана реализации проектного офиса Министерства											
6	Мониторинг выполнения Тактического плана реализации поликлиник с целью оказания своевременной помощи при отклонениях											
7	Итоговый отчет, согласование с Проектным офисом Министерства здравоохранения Российской Федерации											
8	Представление результатов проекта											

04.05.2017 Руководитель Проектного офиса

Лазаревич О.В.

ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»

шаг 1.4. Оформление стенда

ОФОРМЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СТЕНДА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Цель создания информационного стенда - информирование сотрудников медицинской организации о ходе реализации проекта.

Визуализация информации позволяет:

- оперативно оценивать состояние проекта,
- сотрудникам предлагать свои идеи.

На стенде необходимо отобразить (разместить):

- наименование проекта;
- приказ (распоряжение) о создании команды проекта;
- список участников проекта с фотографиями;
- паспорт проекта;
- рабочие материалы по проекту:
 - карты ПСЦ (текущее и целевое состояние),
 - план мероприятий по устранению потерь с указанием сроков и ответственных;
 - графическая визуализация динамики достижения целевых показателей в разрезе сроков реализации проекта;
 - визуализация улучшений (фотоматериалы «было-стало»).



- ✓ информация на стенде должна обновляться не реже 1 раза в неделю
- ✓ необходимо определить сотрудника, ответственного за оформление стенда и его актуализацию
- ✓ стенд рекомендуется расположить в месте проведения рабочих совещаний

Формат стенда проекта



Цели проекта

- 1.....
- 2.....

Команда проекта

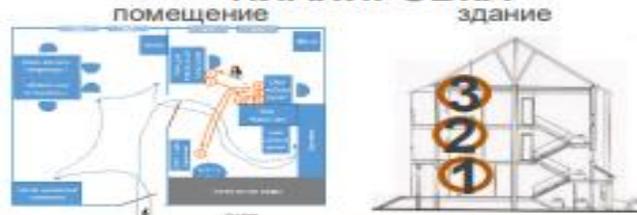
- 1.....
- 2.....

Название проекта.....

Текущее состояние

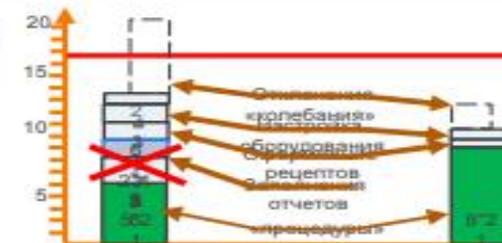


ПЛАНИРОВКА



Хронометражи

- 1..... 23
- 2..... 56
- 3..... 457
- 4..... 53



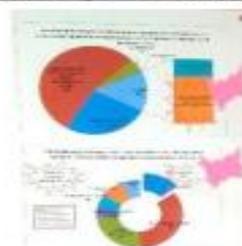
Проблемы

- 1 - Ожидание в очереди
- 2 - Пересдача анализов
- 3 - Пересдача анализов
- 4 - Ожидание талонов
- 5 - Ожидание талонов

Решения

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Диаграммы и справочная информация



Целевое состояние



Целевая ПЛАНИРОВКА



Разработанные СТАНДАРТЫ Нормативные документы



Показатель

Было

Цель

Время от входа до выхода из поликлиники

3 часа
38 минут

1 час
47 минут

Пациентов в смену

18

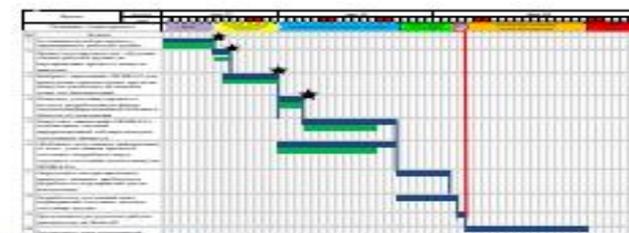
35

План график



Мониторинг

План график



Таким образом, ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»

На первом этапе осуществляется:

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



Оптимальное количество проектов – не менее пяти.

Не все проблемы и/или предложения требуют открытия проекта по улучшению

ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА настоящего И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»

На данном этапе проводится:

- определение приоритетных (проблемных) направлений для улучшений
- картирование ПСЦ с анализом текущего состояния процессов
- выявление проблем и работа с ними
- составление карты целевого состояния

Данный этап завершается стартовым совещанием (Kick-off):

- защита проекта (проектов) по улучшению
- официально объявляется о начале реализации плана мероприятий по достижению целевого состояния

Результат данного этапа - план мероприятий по достижению целевого состояния, утвержденный представителем органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

- **Поток создания ценности (ПСЦ)** – все операции в процессе (как добавляющие, так и не добавляющие ценность), направленные на преобразование материалов и информации в продукт или услугу для заказчика (например, от момента обращения (пациента) за получением медицинской услуги до момента ее оказания).

ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»

КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ

Картирование потока позволяет:

- визуализировать и проанализировать перемещения людей и предметов по потоку создания ценности,
- увидеть потери в работе, выявить проблемы.

Картирование потока осуществляется в два этапа:

- первый этап – построение карты текущего состояния (сбор информации на месте выполнения рабочего процесса).
- второй этап – построение карты целевого состояния.

Карта текущего ПСЦ

- **Карта текущего ПСЦ** – отражает фактические показатели потока на рассматриваемую дату;
- **Карта целевого ПСЦ** – отражает состояние потока, в котором устранены проблемы, которые можно решить в рамках данного проекта. Карты целевого ПСЦ составляются на определенную дату.

Уровни детализации ПСЦ:

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

ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»

Шаг 2.1. КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ

ПЕРВЫЙ ЭТАП. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ. ВАЖНО!

- 1) Объяснить сотрудникам цель проведения хронометража.
- 2) Перед проведением хронометража:
 - установить элементы операций (начала и окончания);
 - определить обстоятельства, указывающие на начало и окончание операции.
- 3) Проводить хронометраж в формате стороннего наблюдения
- 4) Выбрать место наблюдателя
- 5) Учитывать психологию персонала на рабочих местах
- 6) Не проводить «репрессивные» меры при выявлении нарушений
- 7) Произвести не менее 7–10 замеров, результаты внести в таблицу хронометража.
- 8) Описать и проанализировать основные аспекты взаимодействия участников процесса:
 - выделить проблемы (дублирование функций, выполнение врачом сестринских функций, необоснованные временные потери)
 - сделать необходимые зарисовки расположения оборудования, приспособлений, мебели и т.п.;
 - сделать замеры перемещений, расстояний, времени ожидания, количества пациентов, участников процесса;
 - определить фактическое состояние возможных запасов расходных материалов, лекарственных средств.



ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»

2.1. КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ

ПЕРВЫЙ ЭТАП. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ

На данном этапе проводится:

- согласование объекта картирования с заказчиком проекта
- определение сроков, границ, глубины картирования (степень детализации)
- обозначение места проведения картирования
- подготовка и выпуск в работу приказов/распоряжений на право получения информации и пр. (при необходимости)
- проведение хронометража процесса с заполнением таблицы

(название медицинской организации)						
Дата _____	День недели _____	Время начала хронометража _____	Время окончания хронометража _____			
Таблица хронометража						
(название процесса)						
№ п/п	Символ	Описание операции	Расстояние (м)	Время операции (сек)	ВСП* (сек)	Комментарий
Итого:						

ПРИМЕЧАНИЕ:
*Время создания ценности (ВСП) - заполняется ответственным за картирование.
Ф.И.О. исполителя, тел

2.1. КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ

ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)

Шаг 5. Вычисление времени протекания процесса (ВПП)



ВПП высчитывается как **сумма ВЦ** всех операций с добавлением **времени ожидания, переходов** с одной операции на другую. На карте ПСЦ отображается **минимальное и максимальное ВПП**.

2.1. КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ

ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)

Шаг 6. Поиск потерь, не создающих ценности - определение «узких мест», проблем.



ВПП min = 8260"
ВПП max = 11251"

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. МЕТОД 5W1H

При постановке вопросов можно использовать следующие варианты вопросов для каждого пункта:

Кто?

- Кто столкнулся с проблемой?
- Кто выполнял работу, когда возникла проблема?
- Кто должен выполнять работу?
- Кто еще может выполнять работу?

Что?

- В чем суть проблемы?
- Что послужило ее причиной?

Когда?

- Когда проблема случилась?
- Во сколько?
- Период времени, в течение которого она продолжалась?

Где?

- Где была замечена проблема? В каком конкретно месте?
- Где обычно возникает эта проблема?
- Где еще она может случиться/случается?
- Где конкретно случился дефект/потеря/остановка?

Почему?

- Почему это является проблемой?
- Что конкретно стало препятствием?
- Почему проблема возникла?

Как?

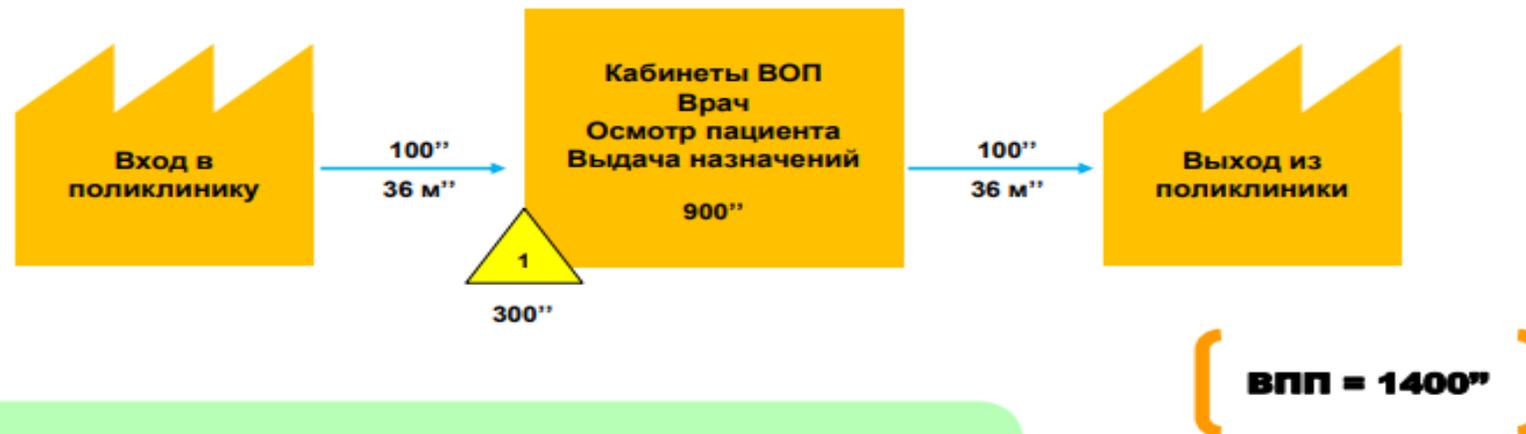
- При каких обстоятельствах возникла проблема?
- Как часто проблема происходит?
- Как изменилась общая ситуация после образовавшейся проблемы?

ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»

2.2. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ

ВТОРОЙ ЭТАП. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (целевое состояние)



Улучшенные процессы должны быть стандартизированы, чтобы в последующем не повторялись потери, выявленные и устраненные ранее

ВТОРОЙ ЭТАП. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ

На карте целевого потока:

- отсутствуют основные потери и решены главные выявленные проблемы,
- могут присутствовать этапы незначимой работы и потери, без которых в данный момент не обойтись

На этапе составления карты целевого ПСЦ задать следующие вопросы:

- какие операции могут быть объединены?
- какие операции могут быть исключены, как не добавляющие ценность или как лишний этап обработки?
- как организовать логистику пациентов и персонала?
- какие запасы можно сократить и до какого уровня?
- какова оптимальная длительность потока?
- насколько полны и оптимальны инструкции/стандарты на рабочих местах, всегда ли они выполняются?
- как оптимально расставить оборудование, какое оборудование должно быть модернизировано и(или) заменено?
- какие процедуры должны быть изменены?
- насколько хорошо мы понимаем требования/желания заказчиков и насколько мы руководствуемся ими при принятии управленческих решений?

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ПИРАМИДА ПРОБЛЕМ

Пирамида проблем – инструмент, позволяющий ранжировать выявленные в процессе работы проблемы в зависимости от уровня, на котором находится их решение

Проблемы, решение которых возможно только на федеральном уровне

**Министерство
здравоохранения
РФ**

**Орган исполнительной
власти субъекта
в сфере
здравоохранения**

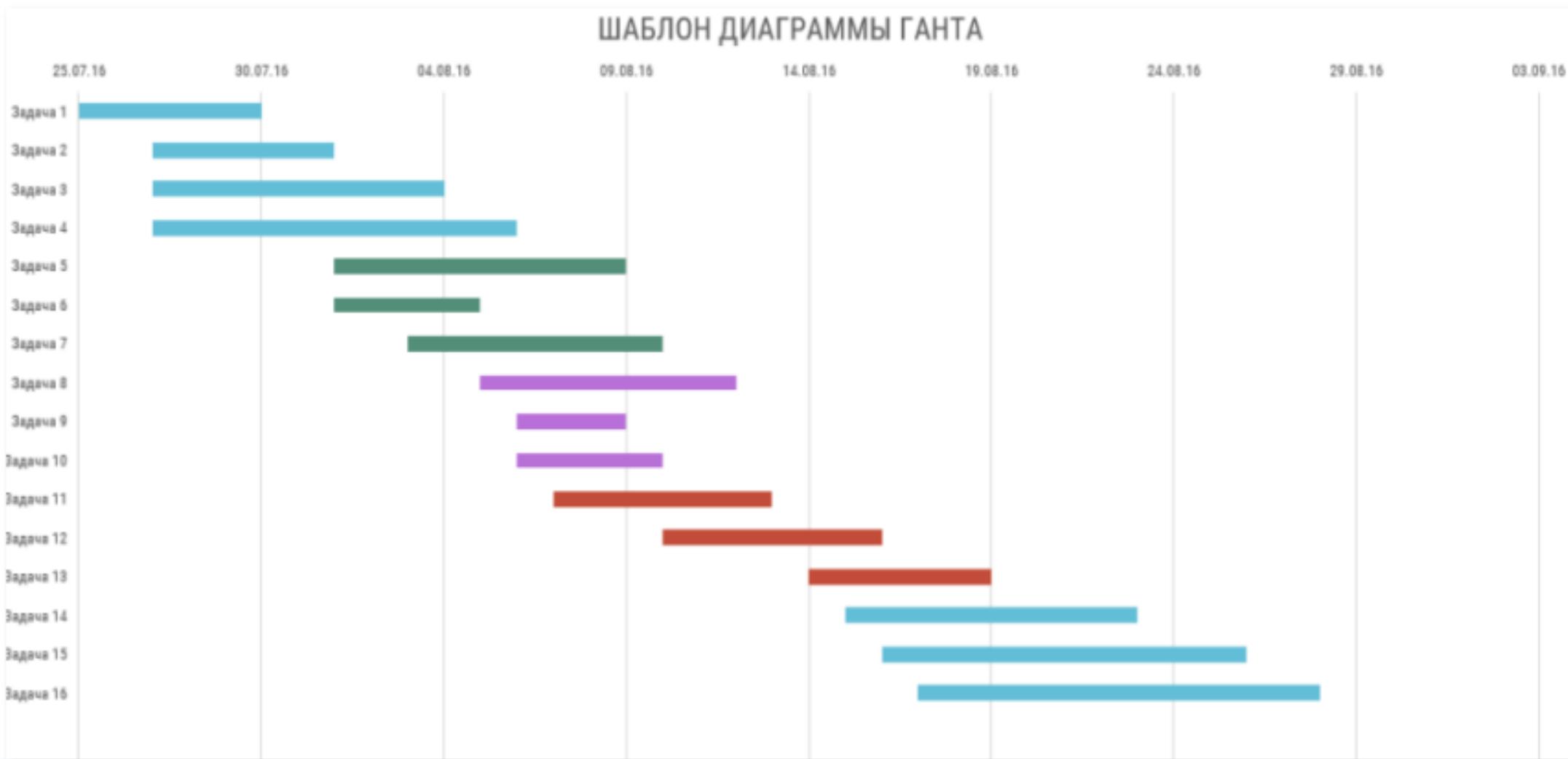
**Проблемы, решение которых возможно на
региональном уровне**

**Медицинская
организация,
рабочая группа**

**Проблемы, решение которых связано с внутренним
механизмом работы медицинской организации**



СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ ПОТОКА



После составления карты целевого состояния - составить план мероприятий по устранению выявленных проблем для достижения целевого состояния потока (для визуализации использовать диаграмму Ганта)

Таким образом,



Описание типовых шагов реализации проекта



1. Выбор проектов.

1.1. Совместно с главными врачами поликлиник определяются проблемные процессы, влияющие на качество оказания услуг со стороны медперсонала и снижающие удовлетворённость пациентов в их получении.

2. Создание рабочих групп проектов;

3. Проведение обучения членов рабочих групп методике реализации проектов и инструментам «бережливого производства»;

4. Проведение картирования с анализом текущего состояния процессов:

4.1. Сбор информации о текущем состоянии, составление карты потока текущего состояния;

4.2. Постановка целей;

4.3. Анализ основных потерь и проблем;

4.4. Составление карты потока целевого состояния;

4.5. Составление плана мероприятий;

ПРОТОКОЛ СОВЕЩАНИЯ № 1

«30» января 2020 г.

Повестка совещания:

1. Обсуждение целей и задач проекта.
2. Распределение ролей между участниками команды.
3. Определение сроков проведения этапов проекта.

Решения

1. В качестве показателей для оценки эффективности проекта использовать выработку (среднее за неделю количество загруженных автомашин в смену), общее ВПП (время протекания процесса), оборачиваемость запасов ГП (срок, за который обновляется средний уровень запасов за месяц).

Для постановки корректных целей руководителям структурных подразделений обеспечить своевременное предоставление членам команды проекта информации, необходимой для разработки плана проекта.

2. Утвердить предлагаемое распределение ролей среди участников команды проекта
3. Исходя из конечного срока реализации проекта 20.06.2020 завершить этап диагностики 16.03.2020.

По результатам стартового совещания внесли информацию по определенным показателям проекта и срокам этапов в карточку проекта

ЭТАП 3 «ВНЕДРЕНИЕ УЛУЧШЕНИЙ»

На данном этапе осуществляется:

- **выполнение плана мероприятий** согласно установленным срокам;
- периодическая **оценка достижения целевых показателей** процесса;
- **корректировка выполнения плана мероприятий** при необходимости;
- **еженедельный отчет команды проекта заказчику** о ходе реализации проекта по улучшению непосредственно на рабочей площадке.



Результатами данного этапа является **достижение целевого состояния** или иного состояния, обусловленного объективными причинами

ЭТАП 4

«ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»

На данном этапе проводится:

- мониторинг устойчивости улучшений,
- проведение корректирующих действий (при необходимости)

Результат данного этапа - стандартизация процесса с целью сохранения и стабилизации достигнутых результатов.

Пересмотр разработанных стандартов улучшенных процессов:

- не реже 1 раза в год;

Обновление имеющихся стандартов по мере необходимости:

- в том числе при дополнительном оснащении структурных подразделений новым медицинским оборудованием (техникой) или ее модернизации,
- внедрении новых методик и пр.



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

ЭТАП 4

«ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»

Мониторинг устойчивости улучшений, внедренных в результате реализации проекта

План проведения мониторинга:

1. Определить показатели, соответствующие
2. Установить источники информации для ра
3. Выбрать методы сбора информации (анке наблюдение, изучение документации).
4. Определить частоту и график сбора инфо| показателей.
5. Назначить ответственных за сбор, анализ показателей.
6. Выбрать технологию обработки и анализа информации.
7. Определить, кому передавать и как использовать результаты анализа.

ФАЗА 4 «ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»

«ЦК»

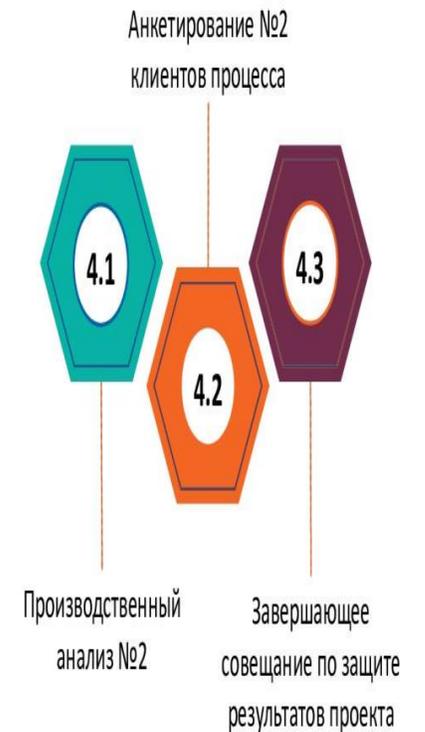


ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»

МОНИТОРИНГ УСТОЙЧИВОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ПРОЦЕССА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

№	План проведения мониторинга устойчивости внедренных улучшений в рамках реализации проекта по улучшению процесса диспансеризации определенных групп взрослого населения женщин возрастной категории 39-70 лет	
1	Показатели, соответствующие поставленным целям	«количество визитов в поликлинику при прохождении диспансеризации» — не более 3 визитов
2	Источники информации	амбулаторная карта пациента (форма 025/у), карта учета диспансеризации (форма 131/у), в том числе в электронном виде
3	Метод сбора информации	изучение документации
4	Частота и график сбора информации	еженедельно по пятницам
5	Ответственный за сбор и анализ информации	заведующий кабинетом/отделением медицинской профилактики
6	Технология обработки и анализа информации	анализ амбулаторных карт, карт учета диспансеризации пациентов, завершивших диспансеризацию за прошедшую неделю, в том числе с использованием медицинской информационной системы.
7	Предоставление и использование информации	информация предоставляется заведующей поликлиникой; для отслеживания устойчивости внедренных улучшений информация размещается в инфоцентре еженедельно в виде графика; при превышении показателя (количество визитов более 3) проводится анализ причин и принимаются управленческие решения

ФАЗА 4 «ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



Проведение завершающего совещания по защите результатов проекта



Целевые результаты этапа:

***Принятие решения по закрытию/продолжению проекта**

***Принятие решений по поощрению участников проекта**

В заключительной фазе реализации проекта необходимо оценить эффективность внедренных решений:

- собрать и проанализировать фактические данные по показателям улучшенного процесса (в соответствии с карточкой проекта);
- выявить отклонения от целей проекта;
- найти их коренные причины и разработать решения по их устранению.

В ходе совещания принимается решение

- о закрытии или продолжении проекта,
- решение о поощрении участников проекта.

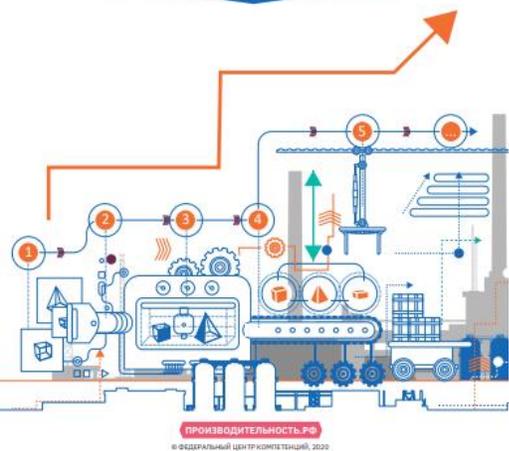
Важно посвятить время анализу опыта реализации

проекта и проработать рекомендации по улучшению проектной деятельности на предприятии.

Все это позволит повышать эффективность будущих проектов

ПРИМЕР:

«По проведенной оценке результатов проекта решено: Целевые показатели проекта достигнуты. Проект закрыть. Участников проекта поощрить денежной премией в размере 25% (50 -100%) оклада.»



«СОГЛАСОВАНО»

Главный внештатный специалист-терапевт Министерства здравоохранения Российской Федерации

О.М. Дралкина

«УТВЕРЖДАЮ»

Первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Т.В. Яковлева

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Центр организации первичной медико-санитарной помощи

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТОВ ПО УЛУЧШЕНИЮ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ БЕРЕЖЛИВОГО
ПРОИЗВОДСТВА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ
ПОМОЩЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

г. Москва
2019

**СПАСИБО
за внимание**

