Новая модель бережливой поликлиники

Основные типы потерь в медицинской организации. Что с этим делать?

Рис. 2. **КАРТА ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПОТОКА СОЗДАНИЯ ЦЕННОСТИ**

По результатам выявления потерь на карте текущего состояния производится анали причин в целях выработки решений по их устранению

Анализ текущего состояни

5 почему?

Врач методист РЦ ПМСП
Путилина Ольга Васильевна

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

- ***установление обязательных требований к медицинским организациям ПМСП***, внедряющим новую модель МО;
- ***утверждение порядка определения степени соответствия МО*** ПМСП ***обязательным требованиям***;
- ***создание механизма мотивации руководителей и медицинских работников МО, работающих над внедрением новой модели МО***;
- обеспечить **к 2021 году** перевод **всех детских поликлиник** **на новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи («Бережливая поликлиника»).**

***Все МО ПМСП должны соответствовать новой модели МО – срок 2024 год.**

Концепция бережливого производства в медицинской организации

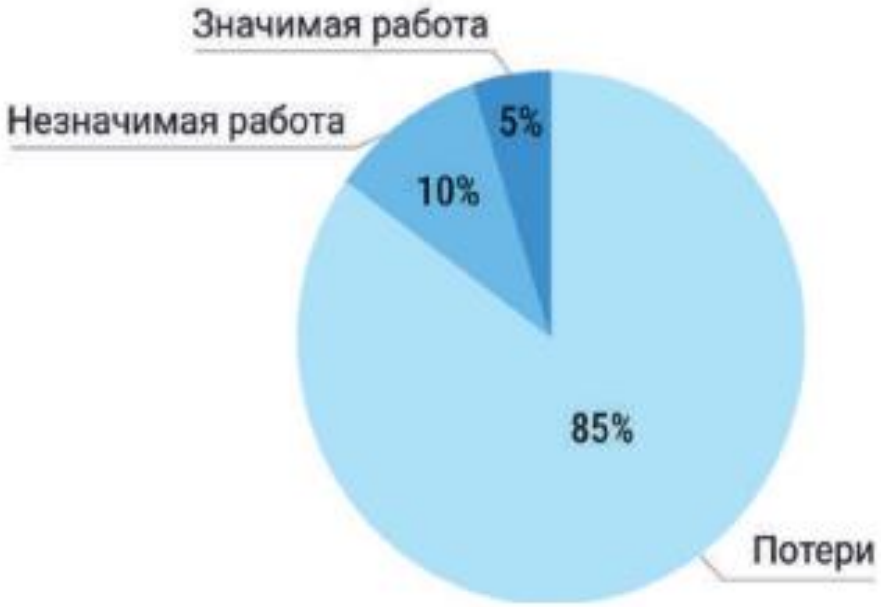
Цели бережливого производства в здравоохранении:

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

Потери. Действия, не создающие ценность

Ценность определяется заказчиком как ожидаемое качество, количество, цена и срок выполнения услуги.

Любая работа (деятельность), которая потребляет ресурсы, но не создает ценности для заказчика – это потеря.



ЗНАЧИМАЯ РАБОТА – работа, которую необходимо выполнять для обеспечения требований заказчика (качество и доступность мед. помощи)

Потери 1 рода (НЕЗНАЧИМАЯ РАБОТА) – работа, которая не добавляет ценности продукту/услуге, но при текущем состоянии производства без нее не обойтись (транспортировка, оформление документов…).

ПОТЕРИ 2 рода (истиное муда)– работа, которая не добавляет ценности продукту/услуге, которые надо сокращать максимально (ожидание, запасы, брак и др).

Примеры: забор крови из вены на исследование

1. **Работа, добавляющая ценность**
   Непосредственно забор крови вакутайнером из вены

2. **Работа необходимая, но не добавляющая ценность:**
   Перевязка жгутом
   Дезинфекция места забора и т.д. (в каждом цикле)

3. **Периодическая работа:**
   Дезинфекция или утилизация инструмента после приема пациентов (1 раз в смену)

4. **Явные потери!**
   - Очередь пациентов перед регистратурой или кабинетом
   - По времени на талончике никто не попадает – живая очередь
   - Пересечение потоков больных и здоровых пациентов, платных и бесплатных услуг

Впервые понятие потерь ввел Тайити Оно (1912-1990), исполнительный директор Toyota – будучи самым ярким борцом с потерями.

Анализ основных потерь в медицинских учреждениях

Потери (муда):

- - **муда первого рода** не создает ценности, но от них невозможно отказаться при существующих технологиях и основных средствах (перевязка жгутом, дезинфекция места забора крови…);

- **муда второго рода** не создают ценности и их можно быстро устранить (опыт процедурной медицинской сестры по забору крови, организация рабочего места по принципу 5С…) .

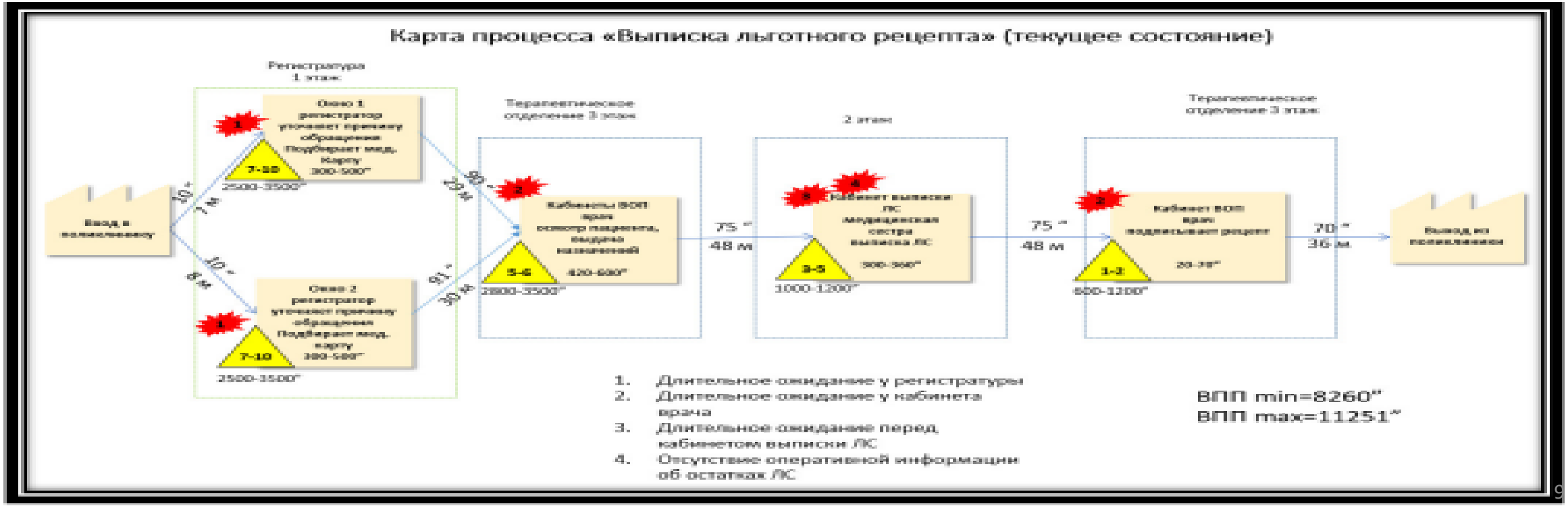
- ***муда третьего рода** – это действия, которые могли бы добавить ценность продукту, но не были совершены в силу сопротивления сотрудников изменениям или в силу привычки. Это бездействие, когда для устранения проблемы сознательно ничего не меняется. Другими словами это - упущенные возможности, неоцененные идеи, неиспользованные перспективы, непринятые решения.*

ПОТЕРИ

Задачи:

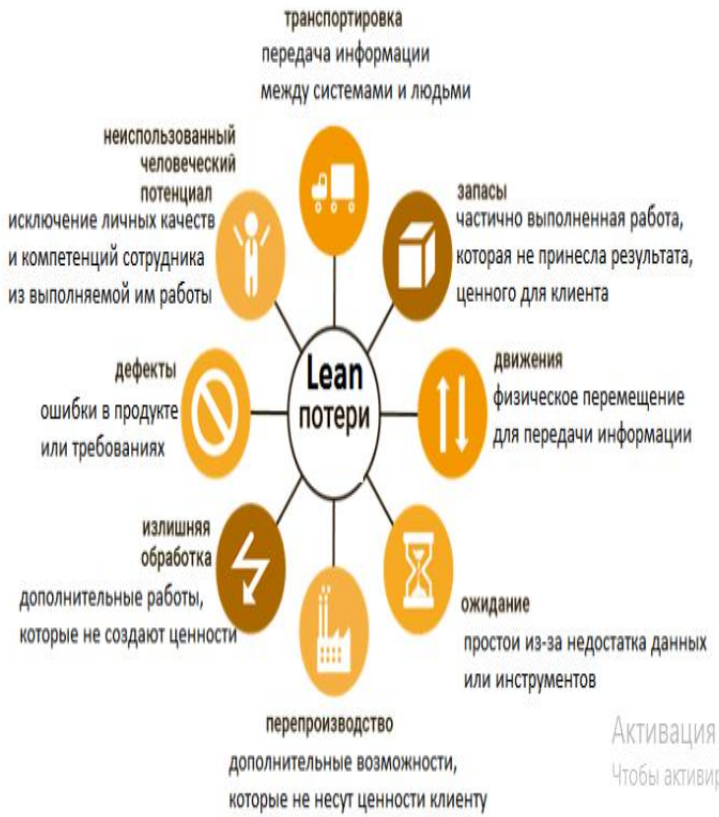
- Изучить основные виды потерь в ЛПУ;
- Научиться их распознавать;
- Проговорить основные меры по устранению потерь

Рис. 14



Классификация видов потерь применительно к медицинским учреждениям

1 ПЕРЕ-ПРОИЗВОДСТВО	2 ЛИШНИЕ ДВИЖЕНИЯ	3 НЕНУЖНАЯ ТРАНСПОРТИ-РОВКА	4 ИЗЛИШНИЕ ЗАПАСЫ	5 ИЗБЫТОЧНАЯ ОБРАБОТКА	6 ОЖИДАНИЕ	7 ПЕРЕДЕЛКА/ БРАК
ПРИМЕРЫ:	**ПРИМЕРЫ:**	**ПРИМЕРЫ:**	**ПРИМЕРЫ:**	**ПРИМЕРЫ:**	**ПРИМЕРЫ:**	**ПРИМЕРЫ:**
▪ Результаты не всех назначенных анализов востребованы впоследствии врачами. ▪ Талоны выдаются со «сроком действия» 5 дней, непрогнозируемая дневная загрузка	▪ Врач вынужден заниматься не лечебной функцией ▪ Лишние перемещения медсестры из-за непродуманной планировки кабинета	▪ Пациенту сложно подойти к месту забора крови, обходит столы и чистую зону ▪ Необходимость посещать поликлинику несколько раз в разные дни.	▪ Очереди пациентов в регистратуру, процедурный кабинет. ▪ Непродуманная система поставок расходников, реагентов	▪ Лишнее копирование «бегунков» и ввод по ним данных профосмотров в ПК вручную ▪ Дублирующиеся анализы	▪ Неравномерная нагрузка на медперсонал ▪ «узкие места» - длительные по времени приемы /процедуры при прохождении медосмотров	▪ Необходимость проходить анализы с ограниченным сроком действия повторно из-за отсутствия к-л. специалистов или невозможности посетить их в указанное время.



1. Перепроизводство - выпуск продукции, подача информации, выполнение услуги, которая:

-

- совсем не нужна потребителю;

- еще не нужна;

- не нужна потребителю в таком количестве. ***Проблема перепроизводства возникает тогда, когда продукция, услуги производятся без учета реального спроса***

Примеры:

- назначение избыточных исследований/консультаций «есть возможность, на всякий случай»…, «пациент настаивает»;

- приобретение медикаментов «закажем на всякий случай и побольше». Но срок годности подходит и …утилизируется;

- заказ бланочной продукции «закажем на всякий случай и побольше». Требования меняются, бумага желтеет…

- закупаем продукты, которые теряют свои органолептические качества при хранении и «не едят пациенты» - в помойное ведро!;

- работа большого кол-ва персонала в часы непиковой нагрузки «надо выработать часы»;

- работа с документами «на всякий случай», «вдруг что забыли»;

- Ввод повторяющейся информации во множество документов.

- истребование не используемой в дальнейшем информации: подготовка ежемесячных отчетов, справок, анализов иногда и распечатка «документов»…

Причины:

- Привычка иметь материалы «про запас»;
- Неумение руководителем ставить перед сотрудниками задачи;
- Неумение сотрудников работать с информацией;
- Ненастроенный операционный процесс;
- Предоставление заявки в количестве большем, чем того требуется для процесса.

Следствие: расходы на хранение, нарушение графика работ, нестабильное качество услуг, выгорание сотрудников.

Решение вопроса перепроизводства

- Производственный анализ и научение системе правильного планирования;
- Вовлечение сотрудников в анализ работы;
- Организация учета расхода материалов;
- Деление процесса на более мелкие этапы;
- Применение тянущей (вытягивающей) системы;
- Точная (понятная) постановка задач сотрудникам;
- Внедрение системы 5С ;

• Выравнивание нагрузки между сотрудниками (сбалансированная их работа) ;
• Привычка делать сразу правильно;
• Назначение точных сроков выполнения задач;
• Промежуточный контроль выполнения задач;
• Оптимизация и настройка операционного процесса.

2. Ненужные движения сотрудников, как потери ЛПУ

Данная потеря связана с ненужным перемещением работников в течение рабочего дня с целью поиска инструментов/предметов, необходимой информации (на компьютере, в бумагах, у коллег и пр.)…

Причины:

- Нерациональная планировка рабочей зоны;
- Отсутствие стандартизации рабочего места и процессов (деятельности);
- Несвоевременная подготовка пациента;
- Неправильное распределение кабинетов — кабинеты расположены не в соответствии с потоком процесса обследования (в разных частях клиники)
- Нерациональная последовательность выполнения работ.

Примеры лишних движений в медицинской организации

Причины:

- Неэффективная организация файлов в компьютере, папок в картотеке.
- Беспорядок на рабочем столе.
- Частое переключение между задачами.
- Нечеткие требования к выполнению задач.
- Неудобное расположение оргтехники, мебели.

Последствия:

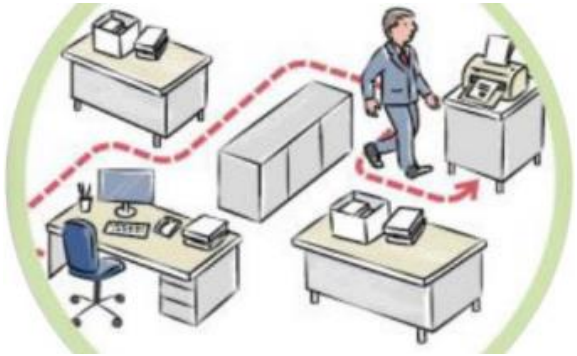
- Снижение производительности труда, расход сил на ненужные переходы из кабинета в кабинет, наклоны, приседания;

- Поиск информации, необходимых инструментов;

- Утомляемость, эмоциональное напряжение, неудовлетворенность рабочим процессом, проф. выгорание, рост травматизма и профзаболеваний;

- Низкая удовлетворенность работой сотрудников (пациента), снижение приверженности к исполнению своих обязанностей.

Возможные решения



Что с этим делать?

- Определить ситуации возникновения потери, то есть определить бесполезные движения сотрудников (пациентов) по кабинету, кабинетам и по зданию в целом;
- Оформление навигации в учреждении? ;
- Перестановка мебели в кабинете (ах);
- Маркировка и визуализация рабочего и смежного пространства (5 С);
- Навести порядок на рабочем столе ПК, объединив файлы, папки по виду информации и деятельности…
- Правильная расстановка приоритетов и планирование исполнения задач;
- Создание инструкций, планов и алгоритмов (внедрение принципов регулярного менеджмента) ;
- Убедиться, что каждое перемещение в пространстве имеет конечный результат по достижению конечной цели.

Оптимизация и унификация хранения документов и использования программного обеспечения позволяет значительно снизить затраты по поиску нужных материалов

3. Ненужная транспортировка (перемещения)

Потери от транспортировки, которые не добавляют ценности услуге и

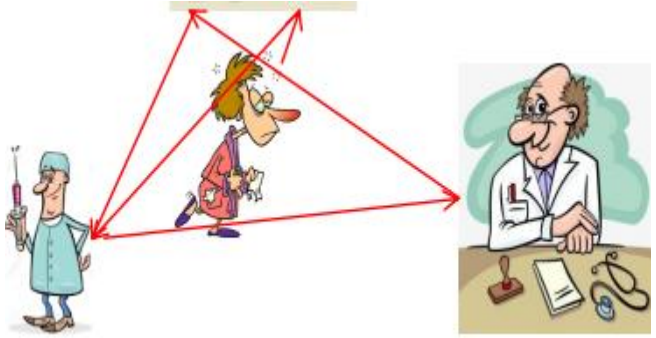
возникают, когда материалы перемещаются неэффективно (с места на место).

В Здравоохранении эти потери выглядят так:

Пациент ходит из кабинета в кабинет (здесь посмотрели, в другом кабинете проконсультировал зав. отделением, вернулся с результатами консультации к своему доктору, который отправил на доп. анализы в другое ЛПУ, порекомендовал препараты, в т.ч. на которые в др. кабинете д. оператор выписать рецепт …. - приходится ходить «туда и обратно»;

Лекарства/препараты/инструменты перемещаются туда, где они не нужны в текущем месяце;

Ненужная транспортировка (движения сотрудников) проявляются, также, наличием большого количества совещаний, на которых присутствуют по несколько человек от отделения, передачей информации, документов на согласование в печатном виде (хотя имеется электронный документооборот), перевозка документации, результатов исследований на транспорте медицинской организации и др.



*Надо учитывать, что некоторые из этих перемещений могут являться необходимым издержками, которые можно минимизировать, но нельзя полностью устранить.

3. Ненужная транспортировка (перемещения)

Причины:

• Нерациональное использование производственных площадей, разбросанность рабочих мест, участвующих в одном потоке создания ценности (больничный лист, рецепт…);

• Разрозненность и удаленность помещений одного и того же ЛПУ, создающих ценность (проф. осмотр);

• Отсутствие дистанционных возможностей связаться с медицинским сотрудником;

• Нерациональное размещение оборудования;

• Действия сотрудников не выстроены в один поток и не отрегулированы с точки зрения затрат (как временных, так и физических).

• Расположение разных стадий одного процесса в разных зданиях, корпусах, этажах.

• Отсутствие единых стандартов процессов, обработки информации.

• Неправильная расстановка приоритетов.

.

Как устранить?

• Внедрение электронного документооборота;

• Стандартизация процессов и процедур;

• Введение утренних 7-10 минутных «летучек» вместо длинных планерок для быстрого решения оперативных вопросов;

• Использование общих сетевых ресурсов для доступа к документам;

• Телемедицинские технологии;

• Дистанционные возможности записи на прием и получение информации при помощи сервисов.

4. Излишние запасы

Примеры:

Аукцион и закупка запасов на год. Поставщик выдал (вытолкнул) разом всю партию;

Закупка в 10%, но «на всякий случай побольше» (скидки за количество).

Неиспользуемые годами запасы канцтоваров, бланков, документов, расходных материалов и т.п. утилизируются т.к. им на смену приходят новые формы;

- Неликвиды – купили то, что вообще не нужно!;

Закупленные лекарства в большом объеме - срок годности истекает;

Избыточно закупленная техника морально устаревает, ржавеет;

Затаривание помещений. И надо найти место!

Излишние запасы – это и очередь у регистратуры из пациентов, у кабинета врача или очередь на стационарное лечение…

4. Излишние запасы

Методические рекомендации по организации новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, утв. МЗ 30.07.2019 содержат два критерия для оценки качества управления запасами:

Критерий 3.1,

Уровень запасов на складе медицинской организации не превышает четверти объема годовой закупки;

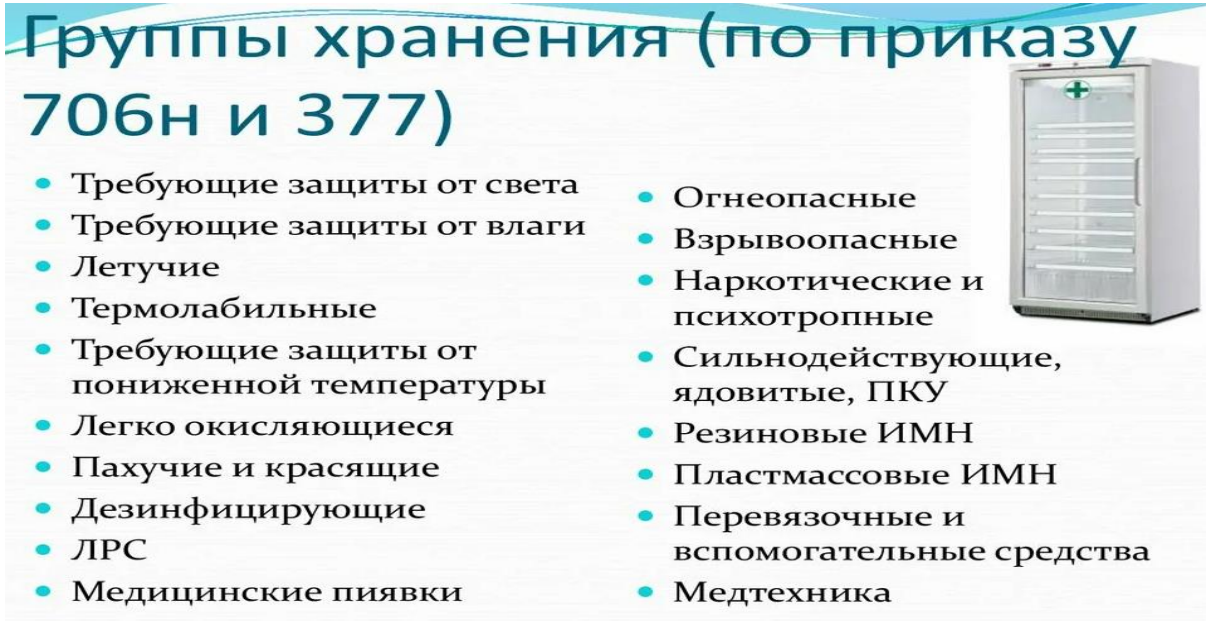
Критерий 3.2

Для кабинетов врачебного приема, процедурных, перевязочных, кабинетов забора биоматериала уровень запасов не должен превышать недельную норму расходования. (за исключением определенного перечня лекарственных средств, требующих специальных условий учета и хранения).

Рраcчет недельной потребности является примерным и осуществляется путем вычисления среднего значения на 1 неделю, исходя из объема ресурсов, потребляемых в течение месяца;

(главная медицинская сестра, бухгалтер - сведения из модуля МИС (РМИС), с помощью которого осуществляется управление соответствующими запасами).

Однако данные Методические рекомендации не приводят управленческих решений и алгоритмов, которые помогли бы медицинским организациям оптимизировать запасы.
В этой связи в практической работе целесообразно опираться на базовые положения теории управления запасами понимая, что запасы мед.организации нужны, чтобы обеспечить полноту и качество лечебно-диагностического процесса вне зависимости от возможных перебоев в материально-техническом снабжении-закупках и поставках.



5. Избыточная обработка

Возникает, когда производятся операции, которые потребителю не нужны, но они делают сложнее и дороже обязательный процесс.

В медицине это выглядит так:

• Лишнее копирование «бегунков» и ввод вручную по ним данных профосмотра в программу (дублирование работ в бумажном и электронном формате);

• Сделаем МРТ (Есть квоты! Пациент будет благодарен) вместо того чтобы сделать рентгенографию;

• Внесение одних и тех же данных в разные формы отчетов;

• Работа с нуля вместо модификации уже существующих решений;

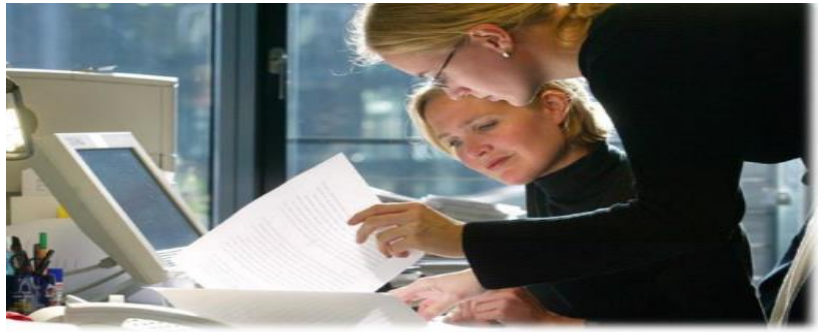
• Большое количество обязательных подписей и разрешений;

• Использование разными подразделениями разного программного обеспечения, разной формы одного и того же по смыслу отчета;

• Статистика статистики….

Причины:

- Недопонимание того, что нужно потребителю;
- Несовершенство стандартов и НПА/ отсутствие стандартов;
- Несовершенство технологий;
- Непродуманность процесса;
- Несоответствие используемого материала, инструмента, оборудования процессу;
- Желание перестраховаться;
- Незаинтересованность медицинских работников в совершенствовании процессов;
- Низкая квалификация работников.



Отчет содержит избыточное количество информации, никем в последствии не используемое

5. Избыточная обработка. Как устранить?

Тщательное изучение требований потребителя;

Стандартизация;

Формирование банка данных с возможностью выгрузки необходимой информации и конвертации в графические, текстовые и др. формы;

Формирование единого информационного пространства («облачные» технологии);

Пересмотр требований «по согласованию»;

Функциональное распределение обязанностей и закрепление зон ответственности;

Снижение количества отчетов на основании их последующего использования в работе.

6. Ожидание

Ожидание – это время, которое оборудование, персонал медицинской организации или пациенты проводят в бездействии, т. е. не создавая ценность.

К ожиданию относится:

- Ожидание опоздавших;
- Получение подписей / ожидание принятия решений;
- Наблюдение за работой автоматического оборудования, простои в ожидании очередной рабочей операции, поломки оборудования;
- Ожидание данных для подготовки отчета (разный, например, график работ или перерывов);
- Зависимость от остальных сотрудников при выполнении каких-либо задач.
- Ожидание загрузки компьютерных систем, прогрев оборудования, принтеров, техники;
- Полномочия не делегируются – отв. сотрудник в отпуске или на б/л;

- Пациенты, ожидающие в очередь на консультацию узкого специалиста;
- Пациенты, ожидающие длительно очередь на анализы а, затем, результаты анализов;
- Пациенты, ожидающие приёма врача по «живой» очереди несмотря на предварительную запись;
- Врачи, ожидающие результаты анализов пациента;
- Пациенты, ожидающие госпитализации в стационар;
- Здоровые пациенты, ожидающие выписки…….

6. Ожидание

Причины:

• Бумажный документооборот без утвержденного алгоритма «хождения»;

• Несогласованность работы различных подразделений;

• Отсутствие трудовой дисциплины;

• Отсутствие оперативного плана работы;

• Ошибки в документах, переделывание;

• Низкая квалификация персонала в части подготовки и оформления документов;

• Перегрузка персонала («цейтнот»), подтверждаемая хронометражом и количеством ошибок.

Важно!
Оптимизация расположения оборудования, сокращение времени на переналадку позволяют сократить время на ожидание.

Последствия:

- Увеличение времени оказания медицинской услуги.
- Снижение производительности.
- Демотивация и уставание персонала.
- **Как посчитать?**
- Хронометраж работы персонала (время ручной работы) и оборудования (машинное время) с целью определения общего времени простоев в день, месяц, год.
- **Как устранить?**
- Введение электронного програмного документооборота;
- Создание рабочих групп для решения конкретных производственных задач (проекты);
- Разработка и согласование оперативного плана деятельности;
- Обучение персонала работе на компьютере, использованию специализированных программ;
- Хронометраж операций, поиск и оптимизация «узких мест»;
- Четкая постановка задач и сроков их выполнения.

7. Переделка, брак

Брак – это несоответствие медицинской услуги / медицинской помощи требованиям заказчика (пациента, РЗН, РПН…, что влечет за собой переделку – использование дополнительных ресурсов и затрат по времени.

Брак в любой деятельности – это несоответствие определённым стандартам. Исправление оказанной некачественной медицинской услуги, документа и ее проверка ведут к потере времени, к дополнительным затратам на доработку, на контроль. Стоимость брака определяется стоимостью медицинской услуги и затратами на переделку или доработку.

Примеры:

- Несоответствие стандартам оказания медицинской помощи, неверное их выполнение.
- Ошибки, отсутствие информации.
- Неразборчивые факсы, письма.
- Неправильный формат, некорректная информация.
- Потеря документа.
- Опечатки, ошибки в расчетах, при вводе данных.
- Передача неполной документации на следующие этапы.
- Редактирование и правка документов.
- Ошибки при внесении данных.

Причины:

- Отсутствие должностного контроля,
- Нарушение технологии.
- Низкая квалификация, мотивация, дисциплина сотрудника (ов) медицинской организации.
- Несоответствующий инструмент или устарелое оборудование.
- Нет четкого образа результата.
- Большое количество согласующих лиц.

Последствия:

- Затраты на перевыполнение оказанной медицинской услуги.
- Дополнительный объём незапланированных работ.
- Дополнительное ожидание результата заказчиком, лишние движения (хождение пациента в медицинскую организацию).

7. Переделка, брак.

Как устранить?

• Организация правильного процесса оказания качественной медицинской услуги.

• Соблюдение требований стандартов, регламентов, инструкций и порядков.

• Разработка и согласование единых шаблонов документов / отчетов / аналитических записок, алгоритмов работы и пр.

• Своевременное обучение и развитие персонала.

• Корректная постановка задач с критериями (сроки, качество в количественных и качественных показателях).

Как посчитать?

• Количество брака и его стоимость.

• Стоимость снятия страховыми компаниями за несоблюдение стандартов оказания медицинской помощи.

Важно!

Внедрение систем петель качества и всеобщего обслуживания оборудования (TPM) помогают снизить брак. Также здесь важна личная заинтересованность сотрудников медицинских организаций выполнять качественно свою работу.

Расчет показателей, отражающих финансовые потери по результатам МЭК, МЭЭ, экспертизы качества медицинской помощи Критерий 5.1 и 5.2

Каждый показатель исчисляется количеством/суммой штрафов (удержаний, снятий) на 100 запрошенных СМО случаев оказания медицинской помощи ежемесячно.

Пример: По итогам проверки запрошенных СМО **120 случаев** оказания медицинской помощи было наложено **5 штрафов**, а **по 10 случаям - снижение оплаты.**

Общая сумма финансовых потерь медицинской организации составила **12,5 тысяч рублей.**

Для расчета показателей используется формула:

$$X = \frac{K*100}{P}$$

где К - количество штрафов (удержаний, снятий), либо сумма штрафов; Р - общее количество случаев оказания медицинской помощи, запрошенных СМО.

Таким образом, количественный показатель будет равен:

$$X = \frac{15*100}{120} = 12{,}5$$

12.5 штрафов на 100 случаев оказания мед. помощи.

Финансовый показатель будет равен:

$$X = \frac{12500*100}{120} = 10\,416$$

10 416 руб. на 100 случаев оказания мед. помощи.

8. Неиспользованный человеческий потенциал

Неиспользованный или нереализованный человеческий потенциал — это исключение (неиспользование) личных качеств, знаний, умений и навыков сотрудника при выполнении им работы.

Из-за невнимательного отношения к сотрудникам, которых некогда руководителю выслушать - потеря возможностей улучшения процессов.

Причины потерь нереализованного человеческого потенциала чаще всего возникают, когда:

- Неэффективно выстроенная система мотивации;
- Отсутствие мотивации за проявление инициативы;
- Конкуренция среди персонала;
- Излишний контроль со стороны руководства и отсутствие доверия к сотрудникам;
- Неравномерно распределенная работа;
- Узкая специализация сотрудника;
- Сотрудники не вовлечены в процесс совершенствования.

Примеры потерь человеческого потенциала

• Выполнение низкоквалифицированной или рутинной работы высококвалифицированным специалистом «Врач разыскивает карту пациента, выписывает из журнала адреса вызовов, пишет направления на исследования, записывает на консультацию к специалистам пациента….

• Отсутствие системы подачи идей и предложений, культуры рационализаторства (предложений по улучшению) и применения смекалки в “правильном” направлении.

• Культура под названием “инициатива наказуема”

• Отсутствие внутреннего обучения и системы развития сотрудников. «В соответствии с планом руководства, работник проходит неактуальное или вообще бесполезное для него обучение».

• Поиск внешних кандидатов на руководящие должности в учреждение вместо развития кадрового резерва.

• Отказ от использования личных качеств, знаний, умений и навыков сотрудников вне рамок выполнения традиционных должностных обязанностей»

Неиспользованный человеческий потенциал часто является результатом политики, проводимой руководителем, который принижает вклад сотрудников.

Работа над сокращением потерь неиспользованного человеческого потенциала позволяет быстро выявлять проблемы внутри потока создания ценности и побуждает людей реализовывать свой творческий потенциал для их решения.

8 ПОТЕРЬ В МЕДИЦИНЕ

* Врачебные дефекты (непоказанные процедуры, неправильная кодификация, неправильно выполненные технологии);

* Перегрузки и простаивание (сезонные колебания поступления пациентов в стационар, низкая загруженность операционных);

* Перепроизводство (перепроверка результатов лаб.исследований, ненужные медицинские процедуры, избыточная лаб. диагностика);

* Потери времени из-за ожидания (ожидание на диагностику, ожидание на исследование);

* Потери при ненужной транспортировке (отсутствие показаний к направлению пациента в ККБ);

* Потери из-за лишних запасов (запас медикаментов и расходных материалов);

* Потери из-за ненужных перемещений (использование транспорта без необходимости, ложные вызовы);

* Нереализованный творческий потенциал сотрудников (потери времени, идей, навыков, возможностей усовершенствования и приобретения опыта).

Выделяют еще два вида источников потерь:

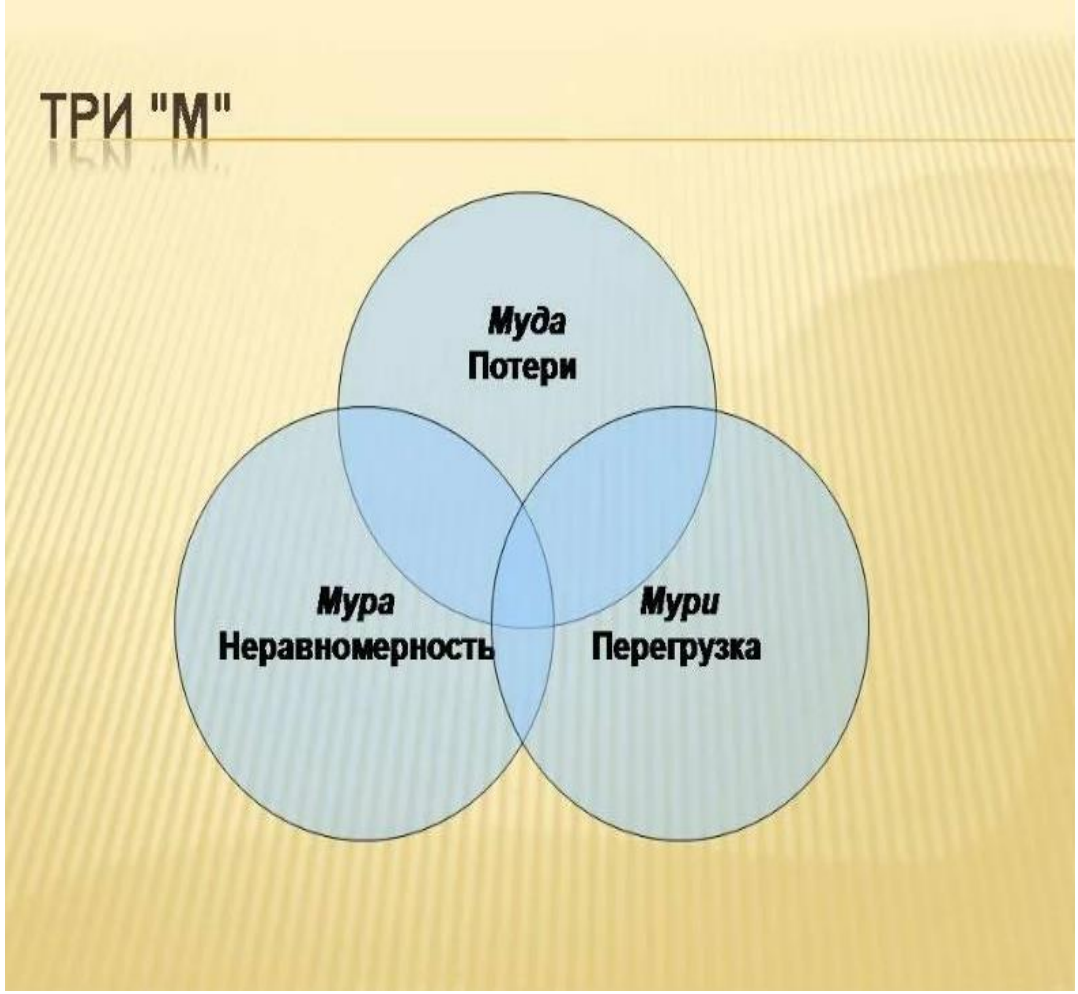
1.- яп. Muri – перегрузка (неразумность) людей и оборудования

- перегрузка за счет сверхурочной работы сотрудников, оборудования или других м**о**щностей по сравнению с расчетной нагрузкой (нормативом);

- перегрузка (работа с повышенной интенсивностью – без медицинской сестры, прием двух участков без увеличения времени приема); У

Угрожает безопасности как сотрудников так и оборудованию, снижая качество услуги в конечном итоге.

2.- яп. Mura – неравномерность (несоответствие) - неравномерность выполнения объемов, частые изменения условий работы (изменения графика работы, изменчивость в методах работы, изменение требований, неопределенные сроки исполнения работы и вдруг «срочно, надо было еще вчера»…). Результат – очереди. Работа в авральном режиме утомляет сотрудников и снижает качество работы



Описание типовых шагов реализации проектов

1. **Выбор проектов;**

1.1. Определяются проблемные процессы, влияющие на качество оказания мед. помощи со стороны персонала и снижающие удовлетворённость пациентов в их получении (качественный анализ жалоб и нареканий, анкетирование как пациентов так и сотрудников….);

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

4.2. Составление карты потока текущего состояния

4.3. Постановка целей

4.3. Анализ основных потерь

4.4. Составление карты потока целевого состояния

4.5. Составление плана мероприятий

5**. Официальное объявление о начале реализации мероприятий согласно плана работы** по исполнению поставленных целей (целевой карты), утв. главным врачом;

6. Реализация проекта (внедрение мероприятий);

6.1. Выполнение плана мероприятий согласно установленных сроков.

6.2. Промежуточная оценка результатов реализации проектов.

6.2.1. Отслеживание (контроль) ежедневное, еженедельное, … , корректировка (сетевой график), план/факт, проблема/решение.

6.3. Мониторинг исполнения целевых показателей процесса (желательно с диаграммами).

6.4. Еженедельный отчет руководителей рабочих групп заместителю гл. врача по мед. части (по поликлинической работе) о ходе реализации проекта на рабочей площадке;

7. Подготовка доклада о результатах проекта при его закрытии (достижение целей);

8. Стандартизация результатов и система постоянного контроля (для сохранения и поддержки достигнутого).

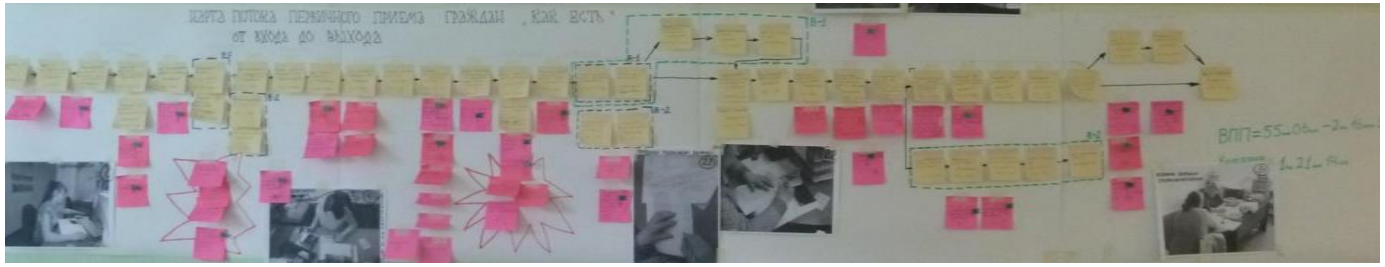
Проекты по улучшению в медицинской организации реализуются с целью усовершенствования процессов, направленных на:

- повышение удовлетворенности пациентов и доступности оказываемых услуг,
- увеличение эффективности и устранение существующих временных, финансовых и иных потерь,
- совершенствование организации рабочих мест, обеспечивающей безопасность и комфортность работы сотрудников

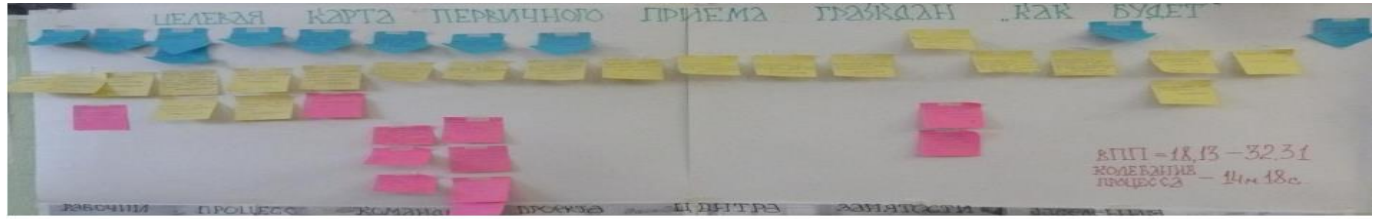
Задача организаторов здравоохранения - работать над устранением потерь, повышением эффективности и производительности через оптимизацию потоков.

Это путь к построению новой модели медицинской организации!

Карты текущего состояния, идеального состояния и целевая



Время протекания процесса от 10 мин 30 сек до 19 мин 17 сек
Колебание процесса 8 мин 47 сек



Время протекания процесса от 18 мин 13 сек до 32 мин 31 сек
Колебание процесса 14 мин 18 сек

Риски падения вовлеченности персонала

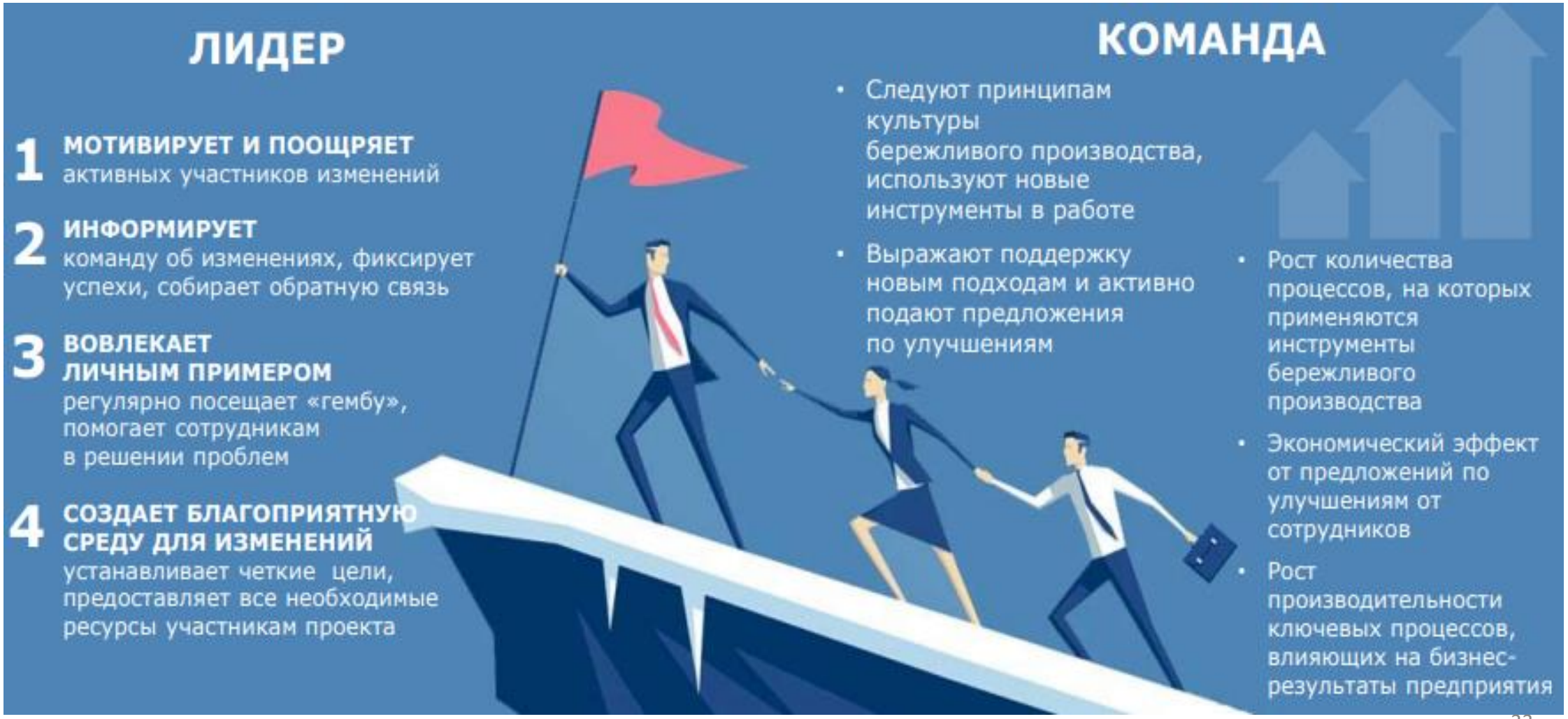
Оценка текущего состояния процессов

- сбор проблем и предложения
- анкетирование
- хронометраж
- фотофиксация
- картирование
- анализ текущего состояния

Определение целевого состояния

Причины	Рекомендации для предотвращения
«Холодный» резкий старт без подготовки, без времени на обучение.	Упреждающее вовлечение: создать сеть учебных центров, фабрики процессов, учебные кейсы, деловые игры и т.п.
Проблемы врачей на втором плане, все только для пациентов	Предусматривать внутренние проекты для «больных» процессов (закупка, уборка, транспорт)
Врачи проводили изменения в свободное от основной работы время.	Выделять трудоемкость персонала специально под проекты, привлекать внешние ресурсы (волонтеры).
Недостаточная организационная, методическая и «моральная» поддержка от регионального департамента	Руководство министерства и поликлиник должны стать одной командой
Не наградили, не отметили, не поблагодарили конкретных участников. Были даже факты поощрения тех, кто тормозил изменения	Предусмотреть как минимум систему нематериальной мотивации, в идеале и материальной

Лидер и команда. Управление изменениями.

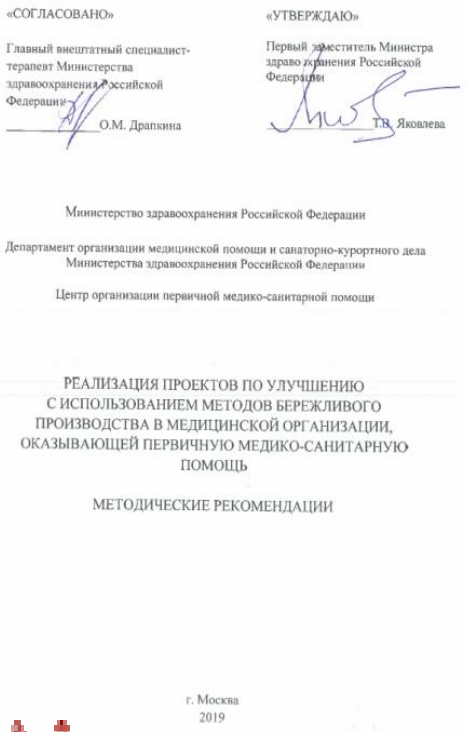


Мотивация как ведущий компонент при внедрении и применении принципов бережливого производства в медицинских организациях

Создание положительной мотивации у работников является непременным условием достижения целей проекта, что требует от руководителей знания и применения основных положений мотивационного менеджмента.

При разработке системы мотивирования различных категорий сотрудников при внедрении принципов БП необходимо учитывать тип и степень развития организационной культуры медицинской организации.

- Для создания и поддержания мотивации, раскрытия творческого потенциала коллектива необходимо учитывать мотивационные риски, **разрабатывать и реализовывать систему мотивации дифференцированно по категориям сотрудников и этапам проекта.**
- При реализации комплекса мотивирующих мероприятий ключевое значение имеет **разработка и применение системы материального и нематериального стимулирования,** основанной на понятных и достижимых критериях, в объемах и формах, значимых для работников и основанных на медицинских и экономических результатах внедрения принципов БП.



«СОГЛАСОВАНО»

Главный внештатный специалист-терапевт Министерства здравоохранения Российской Федерации

О.М. Драпкина

«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