

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России



## НОВАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

Методические рекомендации  
(4-е издание с дополнениями  
и уточнениями)



МОСКВА  
2024



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр терапии  
и профилактической медицины» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

НОВАЯ МОДЕЛЬ  
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ  
ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
(4-е издание с дополнениями и уточнениями)

г. Москва  
2024



УДК 614.2

ББК 51.1

**Авторы:**

Каракулина Е.В., Щеголев П.Е., Ходырева И.Н., Крошка Д.В., Трефилов Р.Н., Бакулин П.С., Минигулов С.Р., Курмангулов А.А., Драпкина О.М., Шепель Р.Н.

**Рецензенты:**

**Василькова Татьяна Николаевна** – проректор по учебно-методической работе, заведующая кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России по Уральскому федеральному округу, д.м.н., профессор.

**Концевая Анна Васильевна**, заместитель директора по научной и аналитической работе, руководитель отдела укрепления общественного здоровья ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, д.м.н., доцент.

Каракулина Е.В., Щеголев П.Е., Ходырева И.Н., Крошка Д.В., Трефилов Р.Н., Бакулин П.С., Минигулов С.Р., Курмангулов А.А., Драпкина О.М., Шепель Р.Н. **Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (4-е издание с дополнениями и уточнениями)**. Методические рекомендации. М.: РОПНИЗ, 2024 г. – 308 с. doi: 10.15829/ROPNIZ-k10-2024. EDN VZHF

В издании описаны уровни и критерии методика оценки и примеры решений для достижения целевых значений критериев «Новой модели организации оказания медицинской помощи». Издание дополнено методиками оценки критериев второго и третьего уровней соответствия «Новой модели организации оказания медицинской помощи». Предназначены для использования в рамках внедрения технологий бережливого производства в отрасли здравоохранения.

Утверждено на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (протокол № 10 от 24.12.2024).

© Коллектив авторов, 2024

© ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2024

ООО «СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ», 2024 (подготовка к публикации)



## АВТОРЫ

**Каракулина Екатерина Валерьевна** – директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

**Щеголев Павел Евгеньевич** – заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Ходырева Ирина Николаевна** – руководитель Координационного центра по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России.

**Крошка Дмитрий Владимирович** – начальник Федерального центра компетенций Минздрава России по внедрению технологий бережливого производства в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, Координационного центра по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н.

**Трефилов Роман Николаевич** – врач-методист Координационного центра по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н.

**Бакулин Павел Сергеевич** – врач-методист Координационного центра по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н.

**Минигулов Сергей Рамисович** – менеджер Координационного центра по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России.

**Курмангулов Альберт Ахметович** – доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения института непрерывного профессионального развития, руководитель Учебного центра бережливых технологий в здравоохранении



ФГБУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

**Драпкина Оксана Михайловна** – директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава  
России, академик РАН, д.м.н., профессор.

**Шепель Руслан Николаевич** – заместитель директора ФГБУ «НМИЦ ТПМ»  
Минздрава России, к.м.н.



## БЛАГОДАРНОСТИ

Коллектив авторов выражает благодарность за помощь, оказанную в рамках разработки методик оценки достижения целевых значений критериев второго и третьего уровней соответствия «Новой модели организации оказания медицинской помощи» работникам методических центров по обучению медицинских работников основам организации бережливого производства в сфере охраны здоровья и региональных центров организации первичной медико-санитарной помощи:

центра развития бережливых технологий в здравоохранении ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

проектного офиса и центра карьеры и трудоустройства ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

проектного офиса института общественного здоровья ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

учебно-методического центра «Бережливые технологии» ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

методического центра по обучению основам организации бережливого производства в сфере охраны здоровья ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

учебно-методического центра по развитию бережливых технологий и здравоохранения («Фабрика процессов») ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;



учебного центра «Фабрика процессов» ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

аналитико-методического центра по развитию регионального здравоохранения ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

кафедры организации общественного здоровья ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

учебно-методического центра бережливых технологий в здравоохранении ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

центра бережливых технологий ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

центра менеджмента здравоохранения и проектного управления ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России;

регионального центра компетенций по управлению качеством и безопасностью медицинской деятельности ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

учебного центра «Бережливых технологий» ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

сектора бережливых технологий и менеджмента в здравоохранении института медицинских образовательных технологий ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;



учебно-методического центра «Бережливые технологий» ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

центра менеджмента качества и бережливых технологий ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

методического центра по обучению медицинских работников основам организации бережливого производства в сфере охраны здоровья «Saverклиника» («Бережливая клиника») ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

учебного центра «Бережливые технологии в здравоохранении» ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

кафедры общественного здоровья и здравоохранения института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

методического центра по обучению основам организации бережливого производства в сфере охраны здоровья ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

региональных центров организации первичной медико-санитарной помощи Амурской области, Владимирской области, Вологодской области, Воронежской области, г. Санкт-Петербурга, Кабардино-Балкарской Республики, Калининградской области, Краснодарского края, Московской области, Новосибирской области, Оренбургской области, Республики Бурятия, Республика Карелия, Республики Марий Эл, Тамбовской области, Томской область, Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.





Коллектив авторов также выражает благодарность Государственной корпорации «Росатом», акционерному обществу «Производственная система ПСР» ГК «Росатом» и лично заместителю генерального директора по развитию производственной системы ГК «Росатом» С.А. Обозову, директору проектного офиса по развитию производственной системы в отрасли ГК «Росатом» К.В. Грабельникову, директору проекта АО «ПСР» ГК «Росатом» С.Н. Ильину, руководителю проекта АО «ПСР» ГК «Росатом» С.А. Артемьеву за оказанную методическую поддержку и участие в разработке критериев «Новой модели организации оказания медицинской помощи».



## СОДЕРЖАНИЕ

АВТОРЫ .....	3
БЛАГОДАРНОСТИ .....	5
ВВЕДЕНИЕ .....	14
I. УРОВНИ «НОВОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» И СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ИМ ПЕРЕЧНИ КРИТЕРИЕВ С ИХ ЦЕЛЕВЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ .....	16
II. СОЗДАНИЕ И ТИРАЖИРОВАНИЕ «НОВОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» .....	34
III. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ КРИТЕРИЕВ ПЕРВОГО УРОВНЯ «НОВОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ» .....	35
Оценка достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике» .....	36
Оценка достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» .....	42
Оценка достижения целевого значения критерия «Количество возвратов пациента по потоку создания ценности, обусловленных организацией процесса оказания медицинской помощи в поликлинике» .....	46
Оценка достижения целевого значения критерия «Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности поликлиники» .....	51



Оценка достижения целевого значения критерия «Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов» .....	54
Оценка достижения целевого значения критерия «Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации» .....	57
Оценка достижения целевого значения критерия «Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С» .....	64
Оценка достижения целевого значения критерия «Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов, хранимая на складе/складах поликлиники» .....	76
Оценка достижения целевого значения критерия «Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов, хранимая в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов».....	86
Оценка достижения целевого значения критерия «Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы».....	96
Оценка достижения целевого значения критерия «Доля стандартов улучшенных процессов, пересмотренных для принятия решения об их актуализации в течение 12 месяцев от момента их утверждения, актуализации или предыдущего пересмотра без актуализации» .....	108
Оценка достижения целевого значения критерия «Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента	



(осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и  
клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает  
рекомендации)» ..... 114

Оценка достижения целевого значения критерия «Доля отклонения времени  
цикла каждой операции от времени такта процессов «Профилактический  
медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации», «Вакцинация»..... 123

Оценка достижения целевого значения критерия «Отношение количества  
случаев оказания медицинской помощи с неоплатой или уменьшением оплаты  
медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за  
неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи  
ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы,  
экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных  
страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской  
помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю  
предшествующего периода» ..... 131

Оценка достижения целевого значения критерия «Отношение суммы неоплаты  
или уменьшения оплаты медицинской помощи и суммы штрафов за неоказание,  
несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего  
качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы  
качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми  
медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за  
последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода»  
..... 138

Оценка достижения целевого значения критерия «Доля времени приемов врача  
для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены,  
отведенного для приема по предварительной записи» ..... 144



Оценка достижения целевого значения критерия «Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи» .....	148
Оценка достижения целевого значения критерия «Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей» .....	152
Оценка достижения целевого значения критерия «Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения» .....	155
Оценка достижения целевого значения критерия «Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей» .....	160
Оценка достижения целевого значения критерия «Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению деятельности поликлиники в течение последних 12 месяцев» .....	168
Оценка достижения целевого значения критерия «Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев» .....	176
Оценка достижения целевого значения критерия «Количество процессов, управляемых через информационный центр» .....	186
Оценка достижения целевого значения критерия «Производственная нагрузка оборудования, используемого для диагностических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме	



оборудования для функциональной диагностики и клинико-диагностических лабораторий» .....	192
IV. ПРИМЕРЫ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ КРИТЕРИЕВ «НОВОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» .....	202
Регистратура .....	203
Кабинет приема, кабинет диагностики (функциональной, рентгеновской, ультразвуковой, эндоскопической) .....	213
Отделение (кабинет) медицинской профилактики .....	224
Процедурный кабинет .....	230
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	236
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ .....	237
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	242
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	245
Приложение 1 .....	245
Приложение 2 .....	292
Приложение 3 .....	293
Приложение 4 .....	297
Приложение 5 .....	298



## ВВЕДЕНИЕ

Технологии бережливого производства успешно внедряются в отрасли здравоохранения Российской Федерации в системе оказания первичной медико-санитарной помощи с 2016 года последовательно в рамках реализации пилотного проекта «Бережливая поликлиника» (2016-2017 годы), приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (2017-2018 годы), федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение» (2019-2024 годы).

В 2019 году на основании опыта, полученного в ходе реализации проектов по улучшениям в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, (далее – медицинская организация) разработаны критерии «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», с 2021 года – «Новой модели организации оказания медицинской помощи» (далее – новая модель). Критерии новой модели описаны с помощью количественно выраженных целевых значений в соответствии с основными направлениями деятельности таких организаций, отвечают единым требованиям объективности, измеримости и возможности улучшения достигнутых значений, выступают ориентирами для целеполагания при реализации мероприятий по улучшению процессов медицинских организаций с использованием бережливого производства.

По итогам 2024 года в создании и тиражировании новой модели запланировано участие не менее 77,6 % поликлиник и поликлинических подразделений 85 субъектов Российской Федерации.

С 2025 года в целях повышения производительности труда в отрасли здравоохранения распространение бережливого производства будет продолжено в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, 89 субъектов Российской Федерации в рамках исполнения подпункта «б» пункта 11 перечня поручений по реализации



Послания Президента Федеральному Собранию, утвержденного Президентом Российской Федерации 30.03.2024 № Пр-616, подпункта «з» пункта 6 Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года».

Настоящие методические рекомендации предназначена для методической поддержки по вопросам реализации мероприятий, направленных на достижение определенного уровня новой модели, для формирования единого подхода при установлении соответствия медицинских организаций и их структурных подразделений тому или иному уровню новой модели.

Коллектив авторов обращается с просьбой направлять свои предложения по последующей доработке настоящих методических рекомендаций с помощью специальной формы по ссылке:

<https://forms.yandex.ru/u/672b617202848f8a4fee4354/>







## **I. УРОВНИ «НОВОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» И СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ИМ ПЕРЕЧНИ КРИТЕРИЕВ С ИХ ЦЕЛЕВЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ**

Поликлиники, внедряющие новую модель, классифицируются по уровням:

первый уровень соответствия новой модели;

второй уровень соответствия новой модели;

третий уровень соответствия новой модели.

Уровни новой модели характеризуются критериями, которые объединены в блоки в соответствии с основными направлениями деятельности поликлиник (таблицы 1-3).

Выделяют девять блоков критериев новой модели:

управление потоками пациентов;

качество пространства;

управление запасами;

стандартизация процессов;

качество медицинской помощи;

доступность медицинской помощи;

вовлеченность персонала в улучшения процессов;

формирование системы управления;

эффективность использования оборудования.



Таблица 1

Критерии первого уровня соответствия новой модели

№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
1	Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике <sup>1</sup> , единица	Не более 3	Блок «Управление потоками пациентов»	Локальные нормативные акты (далее – ЛНА) о порядке проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, результаты наблюдения и опроса
2	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <sup>2</sup> , единица	Не более 1	Блок «Управление потоками пациентов»	ЛНА, содержащие сведения о предоставлении платных медицинских услуг, информация о медицинских работниках поликлиники, графики сменности рабочего времени с учетом структуры рабочего времени медицинских работников поликлиники (далее – графики работы), результаты наблюдения и опроса
3	Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности поликлиники, единица	Не менее 1	Блок «Качество пространства»	Документы, подтверждающие плановую мощность поликлиники в смену, результаты наблюдения

<sup>1</sup> оценка критерия осуществляется при проведении в поликлинике диспансеризации и/или профилактических медицинских осмотров.

<sup>2</sup> оценка критерия осуществляется при предоставлении в поликлинике платных медицинских услуг.



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
4	Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов, секунда	Не более 30	Блок «Качество пространства»	Поэтажный план поликлиники, результаты хронометража поиска информации в системе навигации поликлиники
5	Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации, %	Не менее 100	Блок «Качество пространства»	Система информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, результаты наблюдения
6	Доля времени приемов врача <sup>3</sup> для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи, %	Не менее 50	Блок «Доступность медицинской помощи»	Графики работы, данные медицинской информационной системы (далее – МИС)
7	Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи, %	Не менее 80	Блок «Доступность медицинской помощи»	Графики работы, данные МИС, результаты наблюдения и опроса
8	Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей, %	Не более 50	Блок «Доступность медицинской помощи»	Данные МИС

<sup>3</sup> в т.ч. приемов фельдшеров и акушерок в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
9	Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения <sup>4</sup> , единица	Не более 3	Блок «Доступность медицинской помощи»	Медицинская документация, данные МИС

<sup>4</sup> оценка критерия осуществляется при проведении в поликлинике профилактических медицинских осмотров и/или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.



Критерии второго уровня соответствия новой модели

№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
1	Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике <sup>5</sup> , единица	Не более 3	Блок «Управление потоками пациентов»	ЛНА о порядке проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, результаты наблюдения и опроса
2	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <sup>6</sup> , единица	Не более 1	Блок «Управление потоками пациентов»	ЛНА, содержащие сведения о предоставлении платных медицинских услуг, информация о медицинских работниках поликлиники, график работы медицинских работников, результаты наблюдения и опроса
3	Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности поликлиники, единица	Не менее 1	Блок «Качество пространства»	Документы, подтверждающие плановую мощность поликлиники в смену, результаты визуальной оценки зоны (зон) комфортных условий ожидания
4	Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов, секунда	Не более 30	Блок «Качество пространства»	Поэтажный план поликлиники, результаты хронометража поиска информации в системе навигации поликлиники

<sup>5</sup> оценка критерия осуществляется при проведении в поликлинике диспансеризации и/или профилактических медицинских осмотров.

<sup>6</sup> оценка критерия осуществляется при предоставлении в поликлинике платных медицинских услуг.



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
5	Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации, %	Не менее 100	Блок «Качество пространства»	Система информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, результаты наблюдения
6	Доля времени приемов врача <sup>7</sup> для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи, %	Не менее 70	Блок «Доступность медицинской помощи»	Графики работы, данные МИС
7	Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи, %	Не менее 80	Блок «Доступность медицинской помощи»	Графики работы, данные МИС, результаты наблюдения и опроса
8	Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей, %	Не более 40	Блок «Доступность медицинской помощи»	Данные МИС
9	Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения <sup>8</sup> , единица	Не более 3	Блок «Доступность медицинской помощи»	Медицинская документация, Данные МИС

<sup>7</sup> в т.ч. приемов фельдшеров и акушерок в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».

<sup>8</sup> оценка критерия осуществляется при проведении в поликлинике профилактических медицинских осмотров и/или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
10	Количество возвратов пациента по потоку создания ценности, обусловленных организацией процесса оказания медицинской помощи в поликлинике, единица	Не более 1	Блок «Управление потоками пациентов»	Стандарты работы
11	Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С, %	Не менее 30	Блок «Качество пространства»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, стандарты рабочих мест, результаты наблюдения
12	Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей, единица	Не менее 1	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Штатное расписание поликлиники, табель учета рабочего времени работников поликлиники, материалы проектов по улучшению
13	Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению деятельности поликлиники в течение последних 12 месяцев, %	Не менее 20	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, положение о подаче предложений по улучшению, журнал регистрации предложений по улучшению, заявления работников поликлиники на предложения по улучшению (приложение 5)



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
14	Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев, %	Не менее 40	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, положение о подаче предложений по улучшению, журнал регистрации предложений по улучшению, заявления работников поликлиники на предложения по улучшению (приложение 5), ЛНА о реализации предложений по улучшению
15	Количество процессов, управляемых через информационный центр, единица	Не менее 5	Блок «Формирование системы управления»	ЛНА об утверждении порядка организации работы информационного центра поликлиники, материалы информационного центра поликлиники
<b>Руководитель поликлиники осуществляет выбор двух критериев, перечисленных в пунктах 16-24</b>				
16	Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов (приложение 2), хранящаяся на складе/складах поликлиники, %	Не более 25	Блок «Управление запасами»	ЛНА о порядке организации снабжения поликлиники, документы учета материальных запасов в поликлинике или данные МИС, результаты наблюдения





№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
17	Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов (приложение 2), хранящаяся в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов, %	Не более 100	Блок «Управление запасами»	ЛНА о порядке организации снабжения поликлиники, документы учета материальных запасов в поликлинике или данные МИС, результаты наблюдения
18	Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы, %	Не менее 100	Блок «Стандартизация процессов»	Стандарты работы, документы, подтверждающие утверждение стандартов работы, документы учета стандартов работы, результаты наблюдения
19	Доля стандартов улучшенных процессов, пересмотренных для принятия решения об их актуализации в течение 12 месяцев от момента их утверждения, актуализации или предыдущего пересмотра без актуализации, %	Не менее 100	Блок «Стандартизация процессов»	Стандарты работы, документы, подтверждающие утверждение стандартов работы, документы учета стандартов работы, результаты наблюдения
20	Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает рекомендации), %	Не менее 50	Блок «Стандартизация процессов»	Табель учета рабочего времени, графики работы, стандарты работы, результаты наблюдения и хронометража



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
21	Доля отклонения времени цикла каждой операции от времени такта процессов «Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации», «Вакцинация», %	Не более 30	Блок «Стандартизация процессов»	Планы работы поликлиники, ЛНА, утверждающие порядок работы кабинетов поликлиники, правила внутреннего трудового распорядка поликлиники, стандарты работы, данные МИС, результаты наблюдения и хронометража
22	Отношение количества случаев оказания медицинской помощи с неоплатой или уменьшением оплаты медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода <sup>9</sup> , %	Не более 95	Блок «Качество медицинской помощи»	Реестры заключений по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи

<sup>9</sup> оценка критерия осуществляется, если поликлиника относится к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования.



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
23	Отношение суммы неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи и суммы штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода <sup>9</sup> , %	Не более 95	Блок «Качество медицинской помощи»	Реестры заключений по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи
24	Производственная нагрузка оборудования, используемого для диагностических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клинико-диагностических лабораторий, %	Не менее 80	Блок «Эффективность использования оборудования»	Территориальная программа гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, оборотная ведомость по нефинансовым активам поликлиники, технические паспорта оборудования, ЛНА, утверждающие порядок работы кабинетов поликлиники, правила внутреннего трудового распорядка поликлиники, данные МИС



Таблица 3

Критерии третьего уровня соответствия новой модели

№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
1	Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике <sup>10</sup> , единица	Не более 3	Блок «Управление потоками пациентов»	ЛНА о порядке проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, результаты наблюдения и опроса
2	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <sup>11</sup> , единица	Не более 1	Блок «Управление потоками пациентов»	ЛНА, содержащие сведения о предоставлении платных медицинских услуг, информация о медицинских работниках поликлиники, графики работы, результаты наблюдения и опроса
3	Количество возвратов пациента по потоку создания ценности, обусловленных организацией процесса оказания медицинской помощи в поликлинике, единица	Не более 1	Блок «Управление потоками пациентов»	Стандарты работы
4	Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности поликлиники, единица	Не менее 1	Блок «Качество пространства»	Документы, подтверждающие плановую мощность поликлиники в смену, результаты визуальной оценки зоны (зон) комфортных условий ожидания

<sup>10</sup> оценка критерия осуществляется при проведении в поликлинике диспансеризации и/или профилактических медицинских осмотров.

<sup>11</sup> оценка критерия осуществляется при предоставлении в поликлинике платных медицинских услуг.



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
5	Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов, секунда	Не более 30	Блок «Качество пространства»	Поэтажный план поликлиники, результаты хронометража поиска информации в системе навигации поликлиники
6	Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации, %	Не менее 100	Блок «Качество пространства»	Система информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, результаты наблюдения
7	Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С, %	Не менее 70	Блок «Качество пространства»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, стандарты рабочих мест, результаты наблюдения
8	Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов (приложение 2), хранимая на складе/складах поликлиники <sup>12</sup> , %	Не более 25	Блок «Управление запасами»	ЛНА о порядке организации снабжения поликлиники, документы учета материальных запасов в поликлинике или данные МИС, результаты наблюдения
9	Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов (приложение 2), хранимая в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов, %	Не более 100	Блок «Управление запасами»	ЛНА о порядке организации снабжения поликлиники, документы учета материальных запасов в поликлинике или данные МИС, результаты наблюдения

<sup>12</sup> оценка критерия не осуществляется в поликлиниках, расположенных в населенных пунктах, с которыми отсутствует регулярное транспортное сообщение, ввиду чего невозможна регулярная поставка отдельных категорий материальных запасов.



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
10	Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы, %	Не менее 100	Блок «Стандартизация процессов»	Стандарты работы, документы, подтверждающие утверждение стандартов работы, документы учета стандартов работы, результаты наблюдения
11	Доля стандартов улучшенных процессов, пересмотренных для принятия решения об их актуализации в течение 12 месяцев от момента их утверждения, актуализации или предыдущего пересмотра без актуализации, %	Не менее 100	Блок «Стандартизация процессов»	Стандарты работы, документы, подтверждающие утверждение стандартов работы, документы учета стандартов работы, результаты наблюдения
12	Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает рекомендации), %	Не менее 50	Блок «Стандартизация процессов»	Табель учета рабочего времени, графики работы, стандарты работы, результаты наблюдения и хронометража
13	Доля отклонения времени цикла каждой операции от времени такта процессов «Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации», «Вакцинация», %	Не более 30	Блок «Стандартизация процессов»	Планы работы поликлиники, ЛНА, утверждающие порядок работы кабинетов поликлиники, правила внутреннего трудового распорядка поликлиники, стандарты работы, данные МИС, результаты наблюдения и хронометража



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
14	Отношение количества случаев оказания медицинской помощи с неоплатой или уменьшением оплаты медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода <sup>13</sup> , %	Не более 95	Блок «Качество медицинской помощи»	Реестры заключений по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи
15	Отношение суммы неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи и суммы штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода <sup>13</sup> , %	Не более 95	Блок «Качество медицинской помощи»	Реестры заключений по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи

<sup>13</sup> оценка критерия осуществляется, если поликлиника относится к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования.



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
16	Доля времени приемов врача <sup>14</sup> для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи, %	Не менее 90	Блок «Доступность медицинской помощи»	Табель учета рабочего времени, графики работы, стандарты работы, результаты наблюдения и хронометража
17	Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи, %	Не менее 90	Блок «Доступность медицинской помощи»	Графики работы, данные МИС, результаты наблюдения и опроса
18	Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей, %	Не более 30	Блок «Доступность медицинской помощи»	Данные МИС
19	Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения <sup>15</sup> , единица	Не более 3	Блок «Доступность медицинской помощи»	Медицинская документация, Данные МИС

<sup>14</sup> в т.ч. приемов фельдшеров и акушерок в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».

<sup>15</sup> оценка критерия осуществляется при проведении в поликлинике профилактических медицинских осмотров и/или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения





№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
20	Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей, единица	Не менее 1	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Штатное расписание поликлиники, табель учета рабочего времени, графики работы, ЛНА о реализации проекта по улучшению, паспорт проекта по улучшению, материалы проекта по улучшению, оформленные в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России «Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»
21	Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению деятельности поликлиники в течение последних 12 месяцев, %	Не менее 30	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, положение о подаче предложений по улучшению, журнал регистрации предложений по улучшению, заявления работников поликлиники на предложения по улучшению (приложение 5)



№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
22	Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев, %	Не менее 60	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, положение о подаче предложений по улучшению, журнал регистрации предложений по улучшению, заявления работников поликлиники на предложения по улучшению (приложение 5), ЛНА о реализации предложений по улучшению
23	Количество процессов, управляемых через информационный центр, единица	Не менее 5	Блок «Формирование системы управления»	ЛНА об утверждении порядка организации работы информационного центра поликлиники, материалы информационного центра поликлиники
24	Производственная нагрузка оборудования, используемого для диагностических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клинико-диагностических лабораторий, %	Не менее 80	Блок «Эффективность использования оборудования»	Территориальная программа гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, оборотная ведомость по нефинансовым активам поликлиники, технические паспорта оборудования, ЛНА, утверждающие порядок работы кабинетов поликлиники, правила внутреннего трудового распорядка поликлиники, данные МИС

## **II. СОЗДАНИЕ И ТИРАЖИРОВАНИЕ «НОВОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»**

Для создания и тиражирования новой модели поликлиника осуществляет следующую деятельность:

реализация проектов по улучшению в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России «Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» – не менее одного проекта в течение каждого месяца календарного года (обязательная деятельность);

тиражирование лучших практик;

реализация предложений по улучшению, поступивших от работников поликлиники;

принятие управленческих решений, направленных на достижение целевых значений критериев новой модели;

обучение работников поликлиники на базе методических центров образовательных организаций, подведомственных Минздраву России («Фабрик процессов») с получением удостоверения о повышении квалификации установленного образца, по вопросам применения методов и инструментов бережливого производства в сфере охраны здоровья граждан;

регулярное проведение оценки достижения целевых значений критериев новой модели или соответствия им, анализ результатов оценки и принятие необходимых управленческих решений.

Для проведения оценки достижения целевых значений критериев новой модели необходимо использовать методику, представленную ниже.

### **III. МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ КРИТЕРИЕВ ПЕРВОГО УРОВНЯ «НОВОЙ МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ»**

Методика оценки достижения целевых значений критериев новой модели разработана с целью формирования единого подхода к определению соответствия поликлиник целевым значениям критериев первого, второго или третьего уровня соответствия новой модели.

Оценку достижения целевых значений критериев новой модели (далее – оценка) осуществляет лицо, наделенное соответствующими полномочиями – специалист, осуществляющий оценку. Рекомендуемое количество специалистов, осуществляющих оценку – не менее двух.

Для установления достижения целевых значений критериев, специалист, осуществляющий оценку, анализирует документацию, данные МИС, проводит наблюдения, опросы и замеры. При первом выявленном несоответствии целевому значению критерия оценка в отношении данного критерия прекращается. При этом специалист, осуществляющий оценку, руководствуется общими принципами: открытость, объективность, беспристрастность.

Специалист, осуществляющий оценку, согласует планирование оценки с руководителем поликлиники. Руководитель поликлиники готовит комплект документов и выгрузку данных МИС, необходимых для оценки.

В случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы, влияющих на результат оценки, специалист, осуществляющий оценку, не учитывает такой результат для установления достижения целевых значений критериев. При необходимости согласовываются сроки переноса проведения оценки.

**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Количество пересечений потоков пациентов при проведении  
профилактического медицинского осмотра, первого этапа  
диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике»**

Оценку достижения целевого значения критерия осуществляют в поликлиниках, в которых проводят профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию.

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не более 3 пересечений** с иными потоками пациентов при прохождении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров:

руководитель поликлиники представляет локальный нормативный акт (далее – ЛНА) о порядке проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации;

специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение и опрос;

представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют проверочный лист для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, проверочный лист для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям (в случае, если поликлиника оказывает первичную медико-санитарную помощь взрослому и детскому населению, необходимо заполнить оба проверочных листа).

**Проверочные листы** (приложение 1) содержат таблицы, состоящие из 5 столбцов каждая. Данные **столбца 1** являются фиксированными, **столбцы 2, 3 и 4** заполняют представители поликлиники, **столбец 5** – специалист, осуществляющий оценку.

**Столбец 1** содержит перечень осмотров, консультаций, исследований, входящих в объем диспансеризации, профилактического медицинского осмотра (далее – профилактические мероприятия).

**В столбец 2** представители поликлиники вносят сведения о номере кабинета, в котором осуществляется то или иное профилактическое мероприятие в соответствии с ЛНА о порядке проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации.

Если профилактическое мероприятие проводится в **нескольких** кабинетах и разделение потоков пациентов в этих кабинетах организовано одинаково или не организовано по крайней мере в одном из них – представители поликлиники перечисляют **в столбце 2** номера всех кабинетов. Если в разных кабинетах, в которых осуществляется одно профилактическое мероприятие, разделение потоков пациентов организовано по-разному, представители поликлиники заполняют дополнительный проверочный лист, в который вносят сведения о кабинетах с иным вариантом разделения потоков для данного профилактического мероприятия, при этом в проверочном листе необходимо сделать отметку о том, что он является дополнительным.

Если профилактическое мероприятие не проводится в поликлинике – в столбце указывают **«не проводится»**. В таком случае, это профилактическое мероприятие не учитывается при оценке результата.

**В столбец 3** представители поликлиники вносят сведения об организации разделения потоков в пространстве: наличие отдельного кабинета для проведения профилактического мероприятия. Если разделение организовано – вносят «Да», иначе – «Нет».

**В столбец 4** представители поликлиники вносят сведения об организации разделения потоков во времени: наличие предварительной записи в кабинет на соответствующее профилактическое мероприятие. Если разделение организовано – вносят «Да», иначе – «Нет».

В отношении профилактического мероприятия, которое осуществляется в нескольких кабинетах, при отсутствии организации разделения потоков по крайней мере в одном из них, **в столбцах 3 и 4** проверочного листа

представители поликлиники указывают «Нет» вне зависимости от того, как оно организовано в других кабинетах.

**В столбце 5** специалист, осуществляющий оценку, вносит сведения о наличии пересечений потоков пациентов в соответствии со сведениями, указанными в **столбцах 3 и 4** и результатами опроса пациентов при наблюдении у соответствующего кабинета. Вносит «Да», если разделение потоков пациентов в пространстве и во времени не организовано – в **столбце 3** указано «Нет», в **столбце 4** указано «Нет». При наличии пересечения (в **столбце 5** внесено «Да») специалист, осуществляющий оценку, не проводит опрос и наблюдение у кабинета.

Если в **столбце 3** указано «Да», специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение у соответствующего кабинета, опрашивает трех пациентов, входящих в кабинет. Если по итогам опроса и наблюдения выявлены пациенты из разных потоков – разделение потоков в пространстве отсутствует, специалист, осуществляющий оценку, в **столбце 3** «Да» заменяет на «Нет», в **столбце 5** вносит «Да», иначе – в **столбце 5** вносит «Нет». Описанные действия необходимо выполнить по отношению ко всем профилактическим мероприятиям, проводимым в данном кабинете. Если одно профилактическое мероприятие проводится в нескольких кабинетах, специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение и опрос у одного кабинета, который определяет по своему выбору, полученный результат засчитывает для всех кабинетов профилактического мероприятия.

Если в **столбце 4** указано «Да», специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение у соответствующего кабинета, опрашивает трех пациентов, входящих в кабинет. Если по итогам опроса и наблюдения выявлены пациенты без предварительной записи – разделение потоков во времени отсутствует, специалист, осуществляющий оценку, в **столбце 4** «Да» заменяет на «Нет», в **столбце 5** вносит «Да», иначе – в **столбце 5** вносит «Нет». Описанные действия необходимо выполнить по отношению ко всем

профилактическим мероприятиям, проводимым в данном кабинете. Если одно профилактическое мероприятие проводится в нескольких кабинетах, специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение и опрос у одного кабинета, который определяет по своему выбору, полученный результат засчитывает для всех кабинетов профилактического мероприятия.

В строку **«Общее количество пересечений»** специалист, осуществляющий оценку, вносит общее количество пересечений перед кабинетами – количество «Да» в **столбце 5**. При этом все «Да» для одного кабинета учитываются только один раз. Если для оценки достижения целевого значения критерия необходимо заполнить дополнительный проверочный лист – специалист, осуществляющий оценку, вносит общее количество пересечений в оба проверочных листа.

В строку **«Достижение целевого значения»** специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да», если общее количество пересечений составляет не более трех, иначе – вносит «Нет». Если для оценки достижения целевого значения критерия необходимо заполнить дополнительный проверочный лист – специалист, осуществляющий оценку, вносит общую оценку достижения целевого значения критерия в оба проверочных листа.

Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия **«Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике»** представлен на рисунках 1, 2.



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике»  
(для медицинских организаций, проводящих профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию взрослого населения)

Наименование поликлиники Поликлиника №1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 17.02.2024

Перечень мероприятий оцениваемого процесса	Номер кабинета или его наименование	Организация разделения потоков пациентов		Наличие пересечений потоков (Да/Нет)
		в пространстве (Да/Нет)	во времени (Да/Нет)	
1	2	3	4	5
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, определения уровня глюкозы и общего холестерина крови, ПСА)	206	Да	Нет	Нет
Взятие мазка с поверхности шейки матки	209	Нет	Нет	Да
Электрокардиография	204	Нет	Нет	Да
Измерение внутриглазного давления	208	Да/Нет	Нет	Да
Флюорография	Не проводится			
Маммография	324	Нет	Да	Нет
Эзофагогастродуоденоскопия	410	Нет	Нет	Да
Краткое профилактическое консультирование	208	Да/Нет	Нет	Да
Осмотр врачом-терапевтом	210	Да/Нет	Нет	Да
Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом	209	Нет	Нет	Да
Общее количество пересечений, единица:				8
Достижение целевого значения (Да/Нет):				Нет

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»

Подпись Петрова

Рисунок 1. Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике» (основной проверочный лист)

Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике» *дополнительный*  
(для медицинских организаций, проводящих профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию взрослого населения)

Наименование поликлиники Поликлиника №1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 17.02.2023

Перечень мероприятий оцениваемого процесса	Номер кабинета или его наименование	Организация разделения потоков пациентов		Наличие пересечений потоков (Да/Нет)
		в пространстве (Да/Нет)	во времени (Да/Нет)	
1	2	3	4	5
Определение уровня глюкозы крови экспресс-методом				
Определение уровня общего холестерина крови экспресс-методом				
Забор крови (с целью выполнения общего анализа крови, определения уровня глюкозы и общего холестерина крови, ПСА)				
Взятие мазка с поверхности шейки матки				
Электрокардиография				
Измерение внутриглазного давления				
Флюорография				
Маммография				
Эзофагогастродуоденоскопия				
Краткое профилактическое консультирование				
Осмотр врачом-терапевтом	115, 117, 119	Нет	Да Нет	Да
Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом				
Общее количество пересечений, единица:				8
Достижение целевого значения (Да/Нет):				Нет

ФИО, должность проводившего оценку

Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники

Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»

Подпись Петрова

Рисунок 2. Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике» (дополнительный проверочный лист)



**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных  
медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы  
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской  
помощи»**

Оценку достижения целевого значения критерия осуществляют в поликлиниках, оказывающих платные медицинские услуги.

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – организация управления потоками пациентов при предоставлении платных медицинских услуг допускает **не более одного пересечения** с потоками пациентов, получающих медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

руководитель поликлиники предоставляет пакет документов, содержащих сведения о предоставлении платных медицинских услуг в поликлинике, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесение изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2021 г № 1006»;

специалист, осуществляющий оценку, изучает перечень платных медицинских услуг, информацию о медицинских работниках поликлиники, в том числе сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, перечень кабинетов, в которых медицинские работники оказывают платные медицинские услуги, графики работы в отношении медицинских работников поликлиники, оказывающих платные медицинские услуги;

специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение и опрос;



представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют проверочный лист.

**Проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, состоящую из пяти столбцов. **Столбцы 1, 2, 3** заполняют представители поликлиники. **Столбец 4** заполняет специалист, осуществляющий оценку.

В **столбец 1** представители поликлиники вносят сведения о должностях медицинских работников, оказывающих платные медицинские услуги и медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в соответствии с документами, содержащими сведения о предоставлении платных медицинских услуг в поликлинике.

В **столбец 2** представители поликлиники вносят сведения о номере кабинета или его наименовании, в которых медицинские работники оказывают платные медицинские услуги, в соответствии с документами, содержащими сведения о предоставлении платных медицинских услуг в поликлинике.

В **столбец 3** представители поликлиники вносят сведения об организации разделения потоков в пространстве: наличие отдельного кабинета для оказания платных медицинских услуг. Если разделение организовано – вносят «Да», иначе – «Нет».

В **столбец 4** представители поликлиники вносят сведения об организации разделения потоков во времени: наличие выделенного времени для оказания платных медицинских услуг. Если разделение организовано – вносят «Да», иначе – «Нет».

В **столбец 5** специалист, осуществляющий оценку, вносит сведения о наличии пересечений потоков пациентов в соответствии со сведениями, указанными в **столбцах 3 и 4** и результатами опроса пациентов при наблюдении у кабинета. Специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да», если разделение потоков пациентов в пространстве и во времени не организовано – в **столбце 3** указано «Нет», в столбце 4 указано «Нет». При наличии пересечения (в **столбце 5**



внесено «Да») специалист, осуществляющий оценку, не проводит опрос и наблюдение у кабинета.

Если разделение потоков пациентов организовано (указано «Да» в **столбце 3** или в **столбце 4**), специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение у кабинета, опрашивает трех пациентов, входящих в кабинет, в котором медицинский работник, соответствующей должности оказывает медицинские услуги в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в течение времени, исключающем время оказания платных медицинских услуг. Если по итогам опроса и наблюдения выявлены пациенты из потока предоставления платных медицинских услуг – разделение потоков отсутствует, специалист, осуществляющий оценку, в **столбцах 3 и 4** «Да» заменяет на «Нет», в **столбец 5** вносит «Да», иначе – «Нет».

Если в медицинской организации платные медицинские услуги оказывают более 5 медицинских работников – специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение у кабинетов в отношении не более чем 5 медицинских работников, перечень которых он определяет случайным образом.

В строке «**Общее количество пересечений**» специалист, осуществляющий оценку, указывает общее количество пересечений перед кабинетами – количество «Да» в **столбце 5**.

В строку «**Достижение целевого значения**» специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да», если общее количество пересечений составляет не более одного, иначе – вносит «Нет».

Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» представлен на рисунке 3.



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

Наименование поликлиники Поликлиника №1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 17.02.2024

Наименование должности медицинского работника, оказывающего платные медицинские услуги	Номер или наименование кабинета, в котором медицинский работник оказывает платные медицинские услуги	Организация разделения потоков пациентов		Наличие пересечений потоков (Да/Нет)
		в пространстве (Да/Нет)	во времени (Да/Нет)	
1	2	3	4	5
Врач-акушер-гинеколог	315	Нет	Да	Нет
Врач-гастроэнтеролог	408	Да	Нет	Нет
Врач-невролог	201	Нет	Да	Нет
Врач ультразвуковой диагностики	301	Да	Нет	Нет
Врач-эндокринолог	207	Нет	Да Нет	Да
Лаборант-рентгенолог кабинета КТ	333	Нет	Да	Нет
Общее количество пересечений, единица:				1
Достижение целевого значения (Да/Нет):				Да

ФИО, должность проводившего оценку

Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники

Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»

Подпись Петрова

Рисунок 3. Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»



**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Количество возвратов пациента по потоку создания ценности,  
обусловленных организацией процесса оказания медицинской помощи  
в поликлинике»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не более 1 возврата пациента по потоку создания ценности:**

руководитель поликлиники представляет документы по стандартизации процессов поликлиники, в которых пациент принимает непосредственное участие в потоке создания ценности (далее – стандарт процесса);

представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют проверочный лист.

**Проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из двадцати столбцов. **Столбец 1** содержит фиксированные сведения – наименование подпроцессов процессов, в которых пациент непосредственно перемещается по потоку создания ценности в поликлинике, в соответствии с типовым перечнем процессов и подпроцессов медицинских организаций. **Столбец 2** заполняют представители поликлиники. **Столбцы 3-20** – специалист, осуществляющий оценку.

Представители поликлиники заполняют **столбец 2** проверочного листа – указывают регистрационный номер стандарта соответствующего процесса, в котором устанавливается последовательность всех действий и операций такого процесса. Если стандарт процесса отсутствует или регистрационный номер стандарта процесса не указан, необходимо указать «Нет». Если соответствующий процесс проверочного листа не осуществляется в поликлинике, необходимо указать «Не проводится» – в этом случае данный процесс не учитывается при проведении оценки достижения целевого значения критерия.

Если в **столбце 2** проверочного листа указано по крайней мере одно «Нет», проведение оценки прекращается, целевое значение критерия считается



не достигнутым (в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**») необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует стандарты процессов, оценивает их соответствие документам по стандартизации по следующим признакам:

стандарт процесса утвержден руководителем или заместителем руководителя организации локальным нормативным актом или личной подписью на титульном листе стандарта процесса в соответствии с порядком, установленным в организации;

установлена дата введения стандарта процесса в действие в локальном нормативном акте или на титульном листе стандарта процесса.

Проверяет заполнение проверочного листа, при необходимости корректирует его заполнение.

Специалист, осуществляющий оценку, вносит в проверочный лист сведения о границах процессов, в отношении которых в **столбце 2** указан регистрационный номер стандарта процесса. Заполняет **столбец 3** – описывает начало процесса в соответствии со стандартом процесса. Заполняет **столбец 4** – описывает завершение процесса в соответствии со стандартом процесса.

Если по результатам анализа стандартов процессов невозможно установить границы соответствующего процесса, в **столбце 2** проверочного листа необходимо указать «Нет», проведение оценки прекращается, целевое значение критерия считается не достигнутым (в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**») необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбцы 5-19** проверочного листа – указывает номера (наименования) кабинетов или постов<sup>16</sup> поликлиники, через которые пациент перемещается по потоку создания ценности

---

<sup>16</sup> Постов медицинских сестер и/ или администраторов





в границах процесса в соответствии со стандартом процесса. Если в кабинетах или на постах набор осуществляемых действий и операций в рамках оцениваемого процесса совпадает, такие кабинеты и посты необходимо указать в одном столбце проверочного листа. Если в кабинетах или на постах наборы осуществляемых действий и операций в рамках оцениваемого процесса различаются, такие кабинеты и посты необходимо указать в разных столбцах проверочного листа. Остальные столбцы необходимо оставить незаполненными.

Если по результатам анализа стандартов процессов невозможно установить номера (наименования) кабинетов или постов, через которые пациент перемещается по потоку создания ценности в границах процесса, в **столбце 2** проверочного листа необходимо указать «Нет», проведение оценки прекращается, целевое значение критерия считается не достигнутым (в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**» необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 20** проверочного листа – подсчитывает количество повторов номеров (наименований) кабинетов или постов, указанных в **столбцах 5-19** проверочного листа. Если такие повторы отсутствуют, в **столбце 20** необходимо указать значение 0. Если полученное значение в **столбце 20** превышает значение 1, проведение оценки прекращается (в строке «**Наибольшее количество возвратов по потоку создания ценности, единиц**» необходимо указать полученное значение больше 1), целевое значение критерия считается не достигнутым (в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**» необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку «**Наибольшее количество возвратов по потоку создания ценности, единиц**» – указывает наибольшее значение в **столбце 20**.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**» – указывает «Да», если значение в строке



**«Наибольшее количество возвратов по потоку создания ценности, единиц»** составляет не более 1, иначе указывает «Нет».

Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество возвратов пациента по потоку создания ценности, обусловленных организацией процесса оказания медицинской помощи в поликлинике» представлен на рисунке 4.

Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество возвратов пациента по потоку создания ценности, обусловленных организацией процесса оказания медицинской помощи в поликлинике»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 20.02.2024

Наименование подпроцесса процесса, в рамках которого осуществляется движение пациента по потоку создания ценности	Наличие стандарта процесса (регистрационный номер стандарта/ Нет/ Не проводится)	Границы процесса – начало процесса (начало потока)	Границы процесса – завершение процесса (окончание потока)	Номер (наименование) кабинета или поста поликлиники, через которые пациент перемещается по потоку создания ценности в границах процесса в соответствии с его стандартом																Количество возвратов по потоку создания ценности, единица
				5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
...																				
Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения	0401-08-2021-01.5	Начало приема в кабинете первичного приема	Завершение приема в кабинете врача-терапевта участкового	128, 130	129	109	236	101	102	201, 202, 203, 204, 205, 206										0
Проведение профилактического медицинского осмотра взрослых	0402-02-2021-01.1	Начало приема в кабинете первичного приема	Завершение приема в кабинете врача по медицинской профилактике	128, 130	129	236	109	101	236											1
Проведение углубленной диспансеризации	0403-06-2022-02.3	Начало приема в кабинете первичного приема	Завершение приема в кабинете врача-терапевта участкового	128, 130	129	109	236	103	102	232	201, 202, 203, 204, 205, 206									0
...																				
Наибольшее количество возвратов по потоку создания ценности, единиц																			1	
Достижение целевого значения критерия																			Да	

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МЦАЦ»  
 Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
 Подпись Петрова

Рисунок 4. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы»

**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий  
ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности  
поликлиники»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – количество посадочных мест для комфортных условий пребывания пациентов, их законных представителей и членов их семей составляет **не менее 1 посадочного места:**

руководитель поликлиники предоставляет форму федерального статистического наблюдения № 30 за прошедший год, проектную документацию или другие документы, подтверждающие плановую мощность поликлиники в смену;

представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют проверочный лист.

**Проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, состоящую из четырех столбцов.

**Столбцы 1 и 2** заполняют представители поликлиники, **столбцы 3 и 4** заполняет специалист, осуществляющий оценку.

**В столбец 1** представители поликлиники вносят сведения о плановой мощности поликлиники.

**В столбец 2** представители поликлиники вносят сведения о необходимом количестве посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей из расчета не менее 1 посадочного места на 200 посещений плановой мощности, которое рассчитывается по формуле с округлением результата в большую сторону до целого числа:

$$K_{\text{пм}} = \frac{W_{\text{пл}}}{200}, \text{ где}$$

$K_{\text{пм}}$  – расчетное количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей;  $W_{\text{пл}}$  - плановая мощность поликлиники в смену.



В **столбец 3** специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да», если в поликлинике организована одна или несколько зон комфортных условий ожидания для посетителей в соответствии с рекомендациями:

пространство, в котором находится зона комфортных условий ожидания, выделено с помощью средств визуализации;

в зоне комфортных условий ожидания установлены посадочные места;

в зоне комфортных условий ожидания находится источник питьевой воды;

в зоне комфортных условий ожидания имеются одноразовые стаканы, если употребление питьевой воды из источника предполагает их использование.

Если в поликлинике нет ни одной зоны комфортных условий ожидания для посетителей, специалист, осуществляющий оценку, в **столбец 3** вносит «Нет».

В **столбец 4** специалист, осуществляющий оценку, вносит сведения о фактическом количестве посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей – общее количество посадочных мест во всех зонах комфортных условий ожиданий для посетителей в поликлинике.

В **строку «Достижение целевого значения критерия»** специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да», если количество посадочных мест соответствует плановой мощности поликлиники, иначе – вносит «Нет».

Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности поликлиники» представлен на рисунке 5.

Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности поликлиники»

Наименование поликлиники Поликлиника №1 ГБУЗ «Центральная районная больница»

Дата 17.02.2024

Плановая мощность поликлиники	Расчетное количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей, единиц	Наличие зоны (зон) комфортных условий ожидания для посетителей, организованной в соответствии с рекомендациями (Да/Нет)	Фактическое количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей, единица
1	2	3	4
450	3	Да	3
Достижение целевого значения (Да/Нет):			Да

ФИО, должность проводившего оценку

*Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»*

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники

*Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»*

Подпись Петрова

Рисунок 5. Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности поликлиники»

**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Время поиска в системе навигации поликлиники информации  
для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту  
назначения в каждой точке ветвления маршрутов»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов составляет **не более 30 секунд**:

руководитель поликлиники представляет поэтажный план поликлиники;  
специалист, осуществляющий оценку, изучает поэтажный план поликлиники, проводит замеры времени и заполняет проверочный лист.

**Проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, состоящую из пяти столбцов.

Специалист, осуществляющий оценку, отмечает точки ветвления маршрутов на поэтажном плане и вносит их **столбец 1** проверочного листа. К точкам ветвления маршрутов в здании поликлиники относятся: вход, пересечение коридоров, лифтовый холл, вход/выход на лестницу.

Специалист, осуществляющий оценку, определяет три пункта назначения, исходя из следующих условий к построению маршрута:

маршрут должен охватывать максимально возможное количество точек ветвления маршрутов поликлиники;

если в поликлинике более одного этажа – маршрут должен предполагать межэтажные перемещения;

начальная точка первого маршрута является точкой ветвления маршрутов на входе в поликлинику;

начальными точками следующих маршрутов являются точки ветвления маршрутов, расположенные в непосредственной близости от пунктов назначения предшествующих маршрутов.

Специалист, осуществляющий оценку, вносит в соответствующий раздел проверочного листа номера кабинетов или наименования пунктов назначения.

Специалист, осуществляющий оценку, перемещается между точками ветвления маршрутов в соответствии с выбранными пунктами назначения, в каждой точке ветвления маршрутов осуществляет замер времени, необходимого для поиска информации в системе навигации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения. Специалист, осуществляющий оценку, не продолжает движение по маршруту без соответствующей информации в системе навигации поликлиники. Если поиск информации занимает более 30 секунд, специалист, осуществляющий оценку, прекращает оценку выполнения условий достижения целевого значения критерия.

В столбцы 2, 3, 4 специалист, осуществляющий оценку, вносит результаты замеров времени. В столбец 5 – максимальные значения замера времени для каждой точки ветвления маршрутов, в соответствии со значениями в столбцах 2, 3, 4.

В строку «**Время принятия решения**» специалист, осуществляющий оценку, вносит максимальное значение времени в секундах, исходя из значений, указанных в столбце 5.

В строку «**Достижение целевого значения**» специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да» – если максимальное значение замера времени не превышает 30 секунд, иначе – вносит «Нет».

Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «**Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов**» представлен на рисунке 6.



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов»

Наименование поликлиники

Поликлиника №1 ГБУЗ «Центральная районная больница»

Дата

17.02.2024

Точки ветвления маршрутов	Пункты назначения			Результат по каждой точке ветвления маршрутов, секунда
	Кабинет 208, секунда	Кабинет 115, секунда	Туалет, секунда	
1	2	3	4	5
Этаж 1				
Вход	5			5
Пересечение коридоров 1	7			7
Пересечение коридоров 2		5		5
Лестница 1	12			12
Лестница 2				
Этаж 2				
Пересечение коридоров 1				
Пересечение коридоров 2				
Лестница 1	9	6	5	9
Лестница 2				
Время принятия решения, секунда:				12
Достижение целевого значения (Да/Нет):				Да

ФИО, должность проводившего оценку

Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники

Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»

Подпись Петрова

Рисунок 6. Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов»

## Оценка достижения целевого значения критерия

### «Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации»

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – система информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники содержит **100 % элементов системы информирования**, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации, специалист, осуществляющий оценку, заполняет проверочный лист.

**Проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, состоящую из шести столбцов. Данные в **столбце 1** являются фиксированными, данные в **столбцы 2, 3, 4, 5, 6** вносит специалист, осуществляющий оценку.

**Столбец 1** содержит перечень элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники.

В **столбец 2** специалист, осуществляющий оценку, вносит сведения о наличии элемента системы информирования в системе информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники: «Да», если элемент системы информирования в наличии, иначе – вносит «Нет».

В **столбец 3** специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да», если для элемента системы информирования выполняются условия уместности, иначе – вносит «Нет». Уместность элемента системы информирования определяется исходя из следующих условий его размещения в поликлинике:

для любого элемента системы информирования – размещение в зоне регистратуры (холле центральной входной группы или холле регистратуры) поликлиники;

для элемента системы информирования «Информация о размещении элементов системы информирования посетителей об организации медицинской



деятельности поликлиники» – является ближайшим элементом системы информирования на пути следования посетителей от входа в поликлинику;

для элемента системы информирования «Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре» – размещение в холле отделения (кабинета) медицинской профилактики поликлиники для взрослых, в холле профилактического отделения (кабинет здорового ребенка, прививочный кабинет) детской поликлиники;

для элемента системы информирования «Информация об иммунопрофилактике инфекционных болезней (вакцинации) в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям» – размещение в холле отделения (кабинета) медицинской профилактики, холле прививочного кабинета поликлиники для взрослых, в холле профилактического отделения (кабинет здорового ребенка, прививочный кабинет) детской поликлиники;

для элемента системы информирования «Информация о профилактике социально значимых заболеваний, о существующих способах отказа от потребления алкоголя и табака, оказание медицинской помощи при никотиновой, алкогольной или наркотической зависимости» – размещение в холле отделения (кабинета) медицинской профилактики, холле помещений (учебных классов, аудиторий) для проведения групповой профилактики (школ здоровья) поликлиники для взрослых, в холле профилактического отделения (кабинет здорового ребенка, прививочный кабинет), холле центра здоровья для детей детской поликлиники;

для элемента системы информирования «Информация о необходимости экстренного обращения за медицинской помощью при жизнеугрожающих состояниях, заболеваниях и их осложнениях, а также обучении пациентов, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях» – размещение в холле отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи поликлиники;

для элемента системы информирования «Информация о предоставлении платных медицинских и иных услуг (правила предоставления; перечень оказываемых платных медицинских услуг; информация о ценах (тарифах) на медицинские услуги; сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; примеры оформления документов (договор, акт), необходимых для получения платных медицинских услуг)» – размещение в холле отделения (кабинета) оказания платных медицинских услуг поликлиники;

при дублировании элементов системы информирования, в отношении каждого из таких элементов выполняются условия уместности.

В **столбец 4** специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да», если для элемента системы информирования выполняется условие актуальности, иначе – вносит «Нет». Актуальность элемента системы информирования определяется следующим условием: соответствие информации элемента системы информирования текущему моменту времени.

В **столбец 5** специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да», если для элемента системы информирования выполняются условия доступности, иначе – вносит «Нет». Доступность элемента системы информирования определяется следующими условиями в части монтажа демонстрационного оборудования и обеспечения возможности ознакомления с информацией элементов системы информирования:

элементы системы информирования не перекрывают друг друга;

демонстрационное оборудование установлено в местах, к которым обеспечен свободный подход для ознакомления с информацией элементов системы информирования;

демонстрационное оборудование, предназначенное для монтажа на стенах и вертикальных поверхностях, монтируется в диапазоне высот нижнего края от 0,8 м до 1,2 м в зависимости от высоты оборудования (исключение: допускается размещение информационных панелей (мониторов) на большей высоте);



между смонтированным на стенах и вертикальных поверхностях демонстрационным оборудованием и местом, наиболее удобным для ознакомления с информацией элементов системы информирования, исключено размещение мебели, оборудования, элементов декора (исключение: допускается для информационных панелей (мониторов), размещенных на высоте более 1,7 м);

при размещении элементов системы информирования в стенной нише глубина такой ниши составляет не более 30 см;

настольное демонстрационное оборудование установлено на столах, информационных стойках, полках для документов;

при размещении демонстрационного оборудования возле проходов и дверных проемов его монтаж выполнен на расстоянии от проема не меньшем, чем ширина дверного полотна, открывающегося в сторону демонстрационного оборудования;

демонстрационное оборудование и его эксплуатация не препятствует ознакомлению с информацией элементов системы информирования иным посетителям поликлиники в отношении других элементов системы информирования;

отсутствуют повреждения демонстрационного оборудования, препятствующие ознакомлению с информацией, распространяемой с использованием данного демонстрационного оборудования;

обеспечено размещение демонстрационного оборудования, не снабженного собственным источником света, в освещенных местах с использованием естественного или искусственного света в течение всего времени работы поликлиники;

текст изображения информации элементов системы информирования, распространяемый с использованием досок и информационных стендов, имеет размер прописной буквы не менее 3,5 мм (шрифт 14), при распространении информации элементов системы информирования с использованием

демонстрационных систем, подразумевающих перелистывание и взаимодействие с ними, размер прописной буквы может быть уменьшен до 2,0 мм (шрифт 8), при трансляции информации элементов системы информирования на информационных панелях, размер шрифта подобран таким образом, чтобы его можно было прочесть с расстояния не менее 1 м (исключение: для интерактивных систем имеющих функцию масштабирования изображения и текста минимальная величина шрифта не устанавливается);

обеспечено размещение элементов системы информирования в соответствии с ориентацией изображения информации (книжная или альбомная), закрепление демонстрационных систем осуществлено с учетом ориентации изображения информации элементов системы информирования, распространяемой с их использованием, в одной демонстрационной системе размещены изображения информации элементов системы информирования одной ориентации;

изображение информации элементов системы информирования, распространяемой с использованием досок, информационных стендов и демонстрационных систем, применяется в том виде, в котором оно изготовлено, исключено внесение изменений на распечатанных изображениях информации элементов системы информирования;

качество копий, используемых для изображения информации элементов системы информирования, позволяет ознакомиться с информацией.

В **столбец 6** специалист, осуществляющий оценку, вносит сведения о выполнении всех условий (уместности, актуальности, доступности информации) для каждого элемента системы информирования в соответствии с данными **столбцов 2, 3, 4, 5**: вносит «Да», если в **столбцах 2, 3, 4, 5** соответствующей строки указано «Да», иначе – вносит «Нет».

Специалист, осуществляющий оценку, рассчитывает долю элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, для которых в **столбце 6** указано «Да» от общего

количества элементов системы информирования, выраженную в процентах по формуле:

$$D_{\text{эл}} = \frac{I}{26} \times 100\% , \text{ где}$$

$D_{\text{эл}}$  – доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации;  $I$  – количество элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации (для которых в **столбце 6** проверочного листа указано «Да»).

Вносит полученный результат в **строку «Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям»**.

В **строку «Достижение целевого значения»** специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да» – если в строке «Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям» указано значение 100 %, иначе – вносит «Нет».

Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации» представлен на рисунке 7.



## Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации»

Наименование поликлиники Поликлиника №1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 17.02.2024

Элемент системы информирования	Условия				Выполнение условий (Да/Нет)
	Наличие (Да/Нет)	Уместность (Да/Нет)	Актуальность (Да/Нет)	Доступность (Да/Нет)	
1	2	3	4	5	6
Информация о размещении элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о наименовании (полном и сокращенном) медицинской организации, режиме работы, контактная информация медицинской организации (телефон, адрес электронной почты, адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», почтовый адрес)	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о создании юридического лица и перечне лицензий на осуществление медицинской деятельности	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о структуре медицинской организации	Да	Да	Да	Да	Да
Информация о системе управления медицинской деятельностью медицинской организации. График приема граждан руководителем медицинской организации и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты, номера кабинета					
...	...	...	...	...	...
Нормативные правовые акты (в том числе изданные федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующие вопросы организации медицинской деятельности, включая: преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах; оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях	Да	Да	Да	Да	Да
Доля элементов системы информирования об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям, %:					100
Достижение целевого значения (Да/Нет):					Да

ФИО, должность проводившего оценку

Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники

Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»

Подпись Петрова

Рисунок 7. Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации»





## Оценка достижения целевого значения критерия

### «Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С»

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не менее 30 %** для второго уровня соответствия «Новой модели организации оказания медицинской помощи», **не менее 70 %** для третьего уровня соответствия «Новой модели организации оказания медицинской помощи»:

руководитель поликлиники представляет таблицу учета рабочего времени работников поликлиники за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки;

представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют основной проверочный лист;

специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение, по результатам которого заполняет вспомогательные проверочные листы для оценки реализации пяти шагов организации рабочего места по системе 5С в отношении рабочих мест, выбранных для проведения подтверждения такой реализации.

**Основной проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из одиннадцати столбцов. **Столбцы 1, 2, 3 и 4** заполняют представители поликлиники, **столбцы 6, 7, 8, 9, 10 и 11** – специалист, осуществляющий оценку.

В **столбцы 1 и 2** основного проверочного листа представители поликлиники вносят табельные номера (**столбец 1**) и должности (**столбец 2**) медицинских работников поликлиники из табеля учета рабочего времени работников поликлиники в соответствии с подпунктом 13 пункта 1 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» и приказа Минздрава России от 02.05.2023 № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

В **столбце 3** основного проверочного листа представители поликлиники для каждого медицинского работника поликлиники указывают номер



(наименование) кабинета или номер (наименование) поста<sup>17</sup>, в пределах которых работник осуществляет медицинскую деятельность. Кабинет или пост поликлиники обозначают рабочее место медицинского работника. В пределах одного кабинета или поста медицинскую деятельность могут осуществлять один или несколько медицинских работников. Если медицинский работник имеет несколько рабочих мест, сведения о нем необходимо указать в проверочном листе несколько раз в соответствии с количеством рабочих мест.

В **столбце 4** основного проверочного листа представители поликлиники обозначают рабочие места медицинских работников поликлиники, в отношении которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С – указывают «Да». При этом необходимо учитывать только уникальные номера (наименования) кабинетов или постов в **столбце 3**.

Специалист, осуществляющий оценку, проверяет заполнение **столбцов 1, 2 и 3** основного проверочного листа в соответствии с представленным табелем учета рабочего времени работников поликлиники – подтверждает наличие рабочих мест у всех медицинских работников поликлиники, при необходимости корректирует заполнение основного проверочного листа. Затем проверяет заполнение **столбца 4** в отношении соблюдения правила учитывать только уникальные номера (наименования) кабинетов или постов в **столбце 3**, при необходимости корректирует заполнение **столбца 4**.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 1 «Общее количество рабочих мест»** основного проверочного листа – подсчитывает количество уникальных номеров (наименований) кабинетов или постов в **столбце 3**, указывает полученное значение в **строке 1**.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 2 «Количество заявленных рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации**

<sup>17</sup> Посты медицинских сестер и/ или администраторов



**рабочего места по системе 5С»** основного проверочного листа – подсчитывает количество «Да» в **столбце 4**, указывает полученное значение в **строке 2**.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 3 «Доля заявленных рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С, %»** основного проверочного листа – указывает значение, округленное до десятой части числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{зрм} = \frac{K_{зрм}}{K_{рм}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{зрм}$  – доля заявленных рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С;  $K_{зрм}$  – количество заявленных рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С – значение строки 2;  $K_{рм}$  – общее количество рабочих мест медицинских работников поликлиники – значение строки 1.

Если по результатам расчета такая доля составляет менее 30 % в рамках проведения оценки достижения или подтверждения достижения второго уровня «Новой модели организации оказания медицинской помощи» или менее 70 % – третьего уровня, проведение оценки достижения целевого значения критерия прекращается, целевое значение критерия считается недостижимым (соответственно, в **строках 8 и 9** основного проверочного листа необходимо указать «Нет»).

Если по результатам расчета доля заявленных рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочих мест по системе 5С, составляет 30 % и более в рамках проведения оценки достижения или подтверждения достижения второго уровня «Новой модели организации оказания медицинской помощи» или 70 % и более – третьего уровня, специалист, осуществляющий оценку, случайным образом выбирает рабочие места медицинских работников поликлиники для проведения подтверждения такой реализации посредством наблюдения и заполнения вспомогательных проверочных листов. Выбор необходимо осуществлять из числа рабочих мест, в отношении которых



в **столбце 4** указано «Да». Если общее количество рабочих мест медицинских работников в поликлинике, на которых реализовано пять шагов организации рабочих мест по системе 5С, составляет менее 10, необходимо провести подтверждение в отношении всех заявленных рабочих мест. Иначе количество рабочих мест, выбранных для проведения подтверждения реализации пяти шагов организации рабочих мест по системе 5С должно составлять не менее 10. Выбранные рабочие места обозначаются в основном проверочном листе – в **столбце 5** необходимо указать «Да». При этом каждому «Да» в **столбце 5** должно соответствовать «Да» в **столбце 4**.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 4 «Количество рабочих мест, выбранных для проведения подтверждения реализации пяти шагов организации рабочего места по системе 5С»** основного проверочного листа – подсчитывает количество «Да» в **столбце 5**, указывает полученное значение в **строке 4**.

Специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение, заполняет вспомогательный проверочный лист в отношении каждого рабочего места медицинских работников поликлиники, выбранного для проведения подтверждения реализации пяти шагов организации рабочего места по системе 5С. При этом проведение оценки не должно нарушать работу кабинета или поста.

**Вспомогательный проверочный лист** (приложение 1) состоит из пяти частей: «Шаг 1. Сортировка», «Шаг 2. Создание порядка», «Шаг 3. Соблюдение чистоты», «Шаг 4. Стандартизация», «Шаг 5. Совершенствование», каждая из которых содержит таблицу, состоящую из двух столбцов.

В начале вспомогательного проверочного листа необходимо указать номер (наименование) кабинета или поста в соответствии со **столбцом 3** основного проверочного листа.



**Столбец 1** вспомогательного проверочного листа содержит фиксированные сведения – признаки реализации для каждого шага организации рабочего места по системе 5С.

В **столбце 2** вспомогательного проверочного листа специалист, осуществляющий оценку, в отношении каждого признака указывает «Да», если по результатам наблюдения установлено его соответствие на рабочем месте, иначе – указывает «Нет».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет части вспомогательного проверочного листа строго последовательно: шаг 1, шаг 2, шаг 3, шаг 4, шаг 5.

По итогам заполнения каждой части вспомогательного проверочного листа специалист, осуществляющий оценку, заполняет итоговые строки. **Строку 1.2 (2.2, 3.2, 4.2, 5.2) «Количество признаков реализации шага 1 (2, 3, 4, 5), в отношении которых установлено соответствие»** – указывает количество «Да» в **столбце 2** в отношении соответствующего шага. **Строку 1.3 «Результат подтверждения реализации шага 1»** – указывает «Да», если значение в **строке 1.2** соответствует значению 16 и более, иначе – указывает «Нет». **Строку 2.3 «Результат подтверждения реализации шага 2»** – указывает «Да», если значение в **строке 2.2** соответствует значению 9 и более, иначе – указывает «Нет». **Строку 3.3 «Результат подтверждения реализации шага 3»** – указывает «Да», если значение в строке 3.2 соответствует значению 5 и более, иначе – указывает «Нет». **Строку 4.3 «Результат подтверждения реализации шага 4»** – указывает «Да», если значение в строке 4.2 соответствует значению 6 и более, иначе – указывает «Нет». **Строку 5.3 «Результат подтверждения реализации шага 5»** – указывает «Да», если значение в строке 5.2 соответствует значению 4 и более, иначе – указывает «Нет».

Если результат подтверждения реализации шага соответствует «Да», специалист, осуществляющий оценку, переходит к заполнению следующей части вспомогательного проверочного листа. Иначе подтверждение реализации шагов организации рабочих мест по системе 5С для данного рабочего места,



прекращается, результаты подтверждения реализации оставшихся шагов учитываются как «Нет».

По итогам заполнения вспомогательных проверочных листов, специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбцы 6, 7, 8, 9 и 10** основного проверочного листа – соответственно, вносит результаты реализации шага 1, шага 2, шага 3, шага 4 и шага 5 для каждого рабочего места медицинских работников поликлиники, выбранных для проведения подтверждения реализации пяти шагов организации рабочих мест по системе 5С. В **столбец 11** специалист, осуществляющий оценку, вносит последний шаг, в отношении которого результат подтверждения такой реализации указан как «Да» – соответственно, указывает «1», «2», «3», «4» или «5». Если в отношении всех шагов указано «Нет», специалист, осуществляющий оценку, в **столбце 11** указывает «0».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 5 «Количество рабочих мест, на которых подтверждена реализация пяти шагов организации рабочего места по системе 5С»** основного проверочного листа – подсчитывает количество «5» в **столбце 11**, указывает полученное значение в **строке 5**.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 6 «Доля рабочих мест, на которых подтверждена реализация пяти шагов организации рабочего места по системе 5С, %»** основного проверочного листа – указывает значение, округленное до десятой части числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{\text{прм}} = \frac{K_{\text{прм}}}{K_{\text{врм}}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{\text{прм}}$  – доля рабочих мест, на которых подтверждена реализация пяти шагов организации рабочего места по системе 5С;  $K_{\text{прм}}$  – количество рабочих мест, на которых подтверждена реализация пяти шагов организации рабочих мест по системе 5С – значение строки 5;  $K_{\text{врм}}$  – количество рабочих мест, выбранных



для проведения подтверждения реализации пяти шагов организации рабочих мест по системе 5С – значение строки 4.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 7 «Расчетная доля рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С, %»** основного проверочного листа – указывает значение, округленное до десятой части числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{\text{рм}} = \frac{D_{\text{зрм}} \times D_{\text{прм}}}{100\%}, \text{ где}$$

$D_{\text{рм}}$  – расчетная доля рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С;  $D_{\text{зрм}}$  – доля заявленных рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С – значение строки 3;  $D_{\text{прм}}$  – доля рабочих мест, на которых подтверждена реализация пяти шагов организации рабочих мест по системе 5С – значение строки 6.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 8 «Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 30 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа. Если доля рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С (значение **строки 7**) составляет 30 % и более, указывает «Да», иначе – «Нет».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 9 «Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 70 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа. Если доля рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С (значение **строки 7**) составляет 70 % и более, указывает «Да», иначе – «Нет».

Пример заполнения основного и вспомогательного проверочных листов оценки достижения целевого значения критерия «Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С» представлен на рисунках 8 и 9.



Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 15.02.2024

Табельный номер медицинского работника	Должность медицинского работника	Номер (наименование) кабинета или поста	Реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С (Да)	Выбор рабочего места для проведения подтверждения (Да)	Результаты подтверждения реализации шагов организации рабочего места по системе 5С посредством заполнения вспомогательных проверочных листов (Да/Нет)					Количество реализованных шагов
					1 шаг	2 шаг	3 шаг	4 шаг	5 шаг	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
3215	Врач-терапевт участковый	Кабинет 101	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет	4
7716	Врач-терапевт участковый	Кабинет 101	Да							
18365	Врач-терапевт участковый	Кабинет 103	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	5
1163	Врач-терапевт участковый	Кабинет 103	Да							
18357	Врач-терапевт участковый	Кабинет 105	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	5
4642	Фельдшер	Кабинет 105	Да							
1232	Медицинская сестра	Сестринский пост	Да	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	2
1759	Медицинская сестра	Сестринский пост	Да							
3188	Врач-оторино-ларинголог	Кабинет 201	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	5
3167	Врач-офтальмолог	Кабинет 203	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	5
3539	Врач-невролог	Кабинет 205	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	5
74129	Фельдшер	Кабинет 110								
5308	Медицинская сестра	Кабинет 210								

Рисунок 8. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С» (начало)





3124	Врач-терапевт	Дневной стационар								
6486	Медицинская сестра	Дневной стационар								
1351	Медицинский регистратор	Регистратура								
17011	Медицинский регистратор	Регистратура								
3122	Фельдшер	Кабинет 120								
13014	Медицинский регистратор	Стойка администратора								
11440	Врач-хирург	Кабинет 120	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	0
14464	Врач-травматолог	Кабинет 121	Да							
1949	Врач-физиотерапевт	Кабинет 215	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет	1
3286	Врач-эндокринолог	Кабинет 207	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	5
17042	Медицинская сестра	Кабинет 205	Да							
79947	Медицинская сестра	Кабинет 104								
3434	Фельдшер	Кабинет 106								
1. Общее количество рабочих мест										19
2. Количество заявленных рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочих мест по системе 5С										11
3. Доля заявленных рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочих мест по системе 5С, %										57,9
4. Количество рабочих мест, выбранных для проведения подтверждения реализации пяти шагов организации рабочих мест по системе 5С										10
5. Количество рабочих мест, на которых подтверждена реализация пяти шагов организации рабочих мест по системе 5С										6
6. Доля рабочих мест, на которых подтверждена реализация пяти шагов организации рабочих мест по системе 5С, %										60,0
7. Расчетная доля рабочих мест, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С, %										34,7
8. Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 30 % (Да/Нет)										Да
9. Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 70 % (Да/Нет)										Нет

ФИО, должность проводившего оценку

Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники

Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»

Подпись Петрова

Рисунок 8. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С» (окончание)



Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»  
 Дата 15.02.2024  
 Рабочее место Кабинет 101

Признаки реализации шагов организации рабочего места по системе 5С	Соответствие признаку реализации шагов (Да/Нет)
Шаг1. Сортировка	Х
Отсутствует неисправная и неиспользуемая мебель	Да
Отсутствует неисправная и неиспользуемая организационная техника (например, принтер, сканер, монитор, проектор, оборудование видеоконференцсвязи и прочее)	Да
Отсутствуют лишние провода: провода не подключены к приборам и источникам питания; избыточная длина проводов приводит к их провисанию и естественному сматыванию	Да
Отсутствуют лишние личные вещи: одежда и обувь не соответствует сезону; количество одежды, обуви и посуды превышает количество работников	Да
На стенах отсутствуют неактуальные сведения, имеющие отношения к профессиональной деятельности работников (например, стандарты работы, стандарты рабочих мест, фото, сертификаты, благодарственные письма, свидетельства и прочее); сведения, не имеющие отношения к профессиональной деятельности работников; сведения, размещение которых не является обязательным в соответствии с действующими нормативным требованиям	Да
Отсутствуют иные неисправные и неиспользуемые предметы обстановки и оборудование: светильники, канцелярские предметы: флипчарт, маркерная доска, брошюратор и прочее; оборудование: весы, ростомер и прочее; бытовая техника: кулер, кофе-машина, чайник и прочее	Да
Отсутствуют поврежденные и неиспользуемые расходные материалы: одноразовые бумажные полотенца, одноразовые пеленки, дезинфицирующие средства, моющие средства и прочее	Да
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствует неисправная и неиспользуемая организационная техника: монитор, системный блок, принтер, сканер, факс и прочее	Да
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствуют неисправные и неиспользуемые канцелярские предметы: лотки, подставки, стаканы, степлер, дырокол, калькулятор, ручки, карандаши и прочее	Да
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствуют иные неисправные и неиспользуемые предметы и оборудование: пульсоксиметр, тонометр, термометр и прочее	Да
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствуют поврежденные и неиспользуемые расходные материалы: маски, перчатки, шпатели и прочее; канцелярские расходные материалы: бумага, стикеры, скрепки и прочее	Да
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствуют неактуальные справочники и неиспользуемые литературные источники	Да
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствуют лишние личные вещи: личные вещи не используются в профессиональной деятельности работника	Нет
В шкафу/ шкафах, стеллаже/ стеллажах, тумбе/тумбах отсутствуют неисправные и неиспользуемые предметы и оборудование: пульсоксиметр, тонометр, термометр и прочее	Да
В шкафу/ шкафах, стеллаже/ стеллажах, тумбе/тумбах отсутствуют поврежденные расходные материалы: маски, перчатки, шпатели и прочее; канцелярские расходные материалы: бумага, стикеры, скрепки и прочее	Да
В шкафу/ шкафах, стеллаже/ стеллажах, тумбе/тумбах отсутствуют неактуальные справочники и неиспользуемые литературные источники	Да
В шкафу/ шкафах, стеллаже/ стеллажах, тумбе/тумбах отсутствуют лишние личные вещи: одежда и обувь не соответствует сезону, количество одежды, обуви и посуды превышает количество работников кабинета	Нет

Рисунок 9. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С» (начало)



Организована зона временного хранения: установлен порядок, зона обозначена	Да
В зоне временного хранения отсутствуют предметы без навешенных «красных» ярлыков с указанием даты и причины помещения в зону временного хранения	Да
В зоне временного хранения отсутствуют предметы с просроченным сроком временного хранения, указанным в «красном» ярлыке	Да
1.1. Общее количество признаков реализации шага 1	20
1.2. Количество признаков реализации шага 1, в отношении которых установлено соответствие	18
1.3. Результат подтверждения реализации шага 1 (Да/Нет): если значение в строке 1.2 соответствует значению 16 и более – указать «Да», иначе указать «Нет»	Да
Шаг 2. Создание порядка	Х
Размещение мебели, организационной техники, оборудования и предметов удобно для работников	Да
Полки и ящики не хранят «пустоту»	Да
Определены места расположения мебели: мебель зафиксирована в месте расположения или место расположения мебели обозначено с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	Да
Определены места расположения организационной техники: техника зафиксирована в месте расположения или место расположения техники обозначено с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	Да
Определены места расположения оборудования: оборудование зафиксировано в месте расположения или место расположения оборудования обозначено с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	Да
Определены места расположения предметов обстановки: предметы зафиксированы в месте расположения или место расположения предметов обозначено с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	Да
Провода зафиксированы с помощью специальных средств и приспособлений, упорядочены с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	Да
Определены места хранения личных вещей с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	Да
Определены места хранения канцелярских предметов с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	Да
Определены места хранения расходных материалов с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	Да
Соблюдается правило 30 секунд (любой предмет рабочего места необходимо найти не более чем за 30 секунд)	Нет
2.1. Общее количество признаков реализации шага 2	11
2.2. Количество признаков реализации шага 2, в отношении которых установлено соответствие	10
2.3. Результат подтверждения реализации шага 2 (Да/Нет): если значение в строке 2.2 соответствует значению 9 и более – указать «Да», иначе указать «Нет»	Да
Шаг 3. Соблюдение чистоты	Х
Отсутствуют признаки загрязнения поверхностей пола, стен, потолка, окна, подоконника, раковины, а также элементов их конструкции	Да
Отсутствуют признаки загрязнения открытых поверхностей мебели и предметов обстановки	Да
Отсутствуют признаки загрязнения закрытых поверхностей мебели	Нет
Отсутствуют признаки загрязнения организационной техники	Да
Отсутствуют недоступные для уборки углы помещения	Да
Отсутствуют недоступные для уборки открытые источники отопления	Да

Рисунок 9. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С» (продолжение)



3.1. Общее количество признаков реализации шага 3	6
3.2. Количество признаков реализации шага 3, в отношении которых установлено соответствие	5
3.3. Результат подтверждения реализации шага 3 (Да/Нет): если значение в строке 3.2 соответствует значению 5 и более – указать «Да», иначе указать «Нет»	Да
Шаг 4. Стандартизация	Х
Установлен порядок применения организации рабочего места по системе 5С, утвержденный локальным нормативным актом медицинской организации	Да
Имеется стандарт рабочего места, рабочее место соответствует стандарту	Да
В стандарте рабочего места установлен стандартный запас расходных материалов, уровень запасов расходных материалов рабочего места не превышает уровень стандартного запаса	Нет
Используется проверочный лист для оценки соответствия рабочего места стандарту	Да
Используется график уборки	Да
Установлен порядок удаления лишних предметов с рабочего места	Да
Установлен стандартный перечень документов, документация рабочего места соответствует стандартному перечню	Да
4.1. Общее количество признаков реализации шага 4	7
4.2. Количество признаков реализации шага 4, в отношении которых установлено соответствие	6
4.3. Результат подтверждения реализации шага 4 (Да/Нет): если значение в строке 4.2 соответствует значению 6 и более – указать «Да», иначе указать «Нет»	Да
Шаг 5. Совершенствование	Х
Работники обучены по вопросам применения метода организации рабочего места по системе 5С: имеется документ государственного образца о прохождении обучения давностью не более 5 лет от даты проведения оценки	Нет
Проводятся регулярные проверки организации рабочего места по системы 5С: установлен порядок проведения проверок, утвержденный локальным нормативным актом медицинской организации, имеются результаты проверок с отметкой об устранении несоответствий давностью не более 1 года, рабочее место включено в план проведения проверок на текущий календарный год	Да
Стандарт рабочего места обновляется или рассматривается для принятия решения об обновлении не реже 1 раза в год в соответствии с реестром стандартов медицинской организации	Да
Внедряются предложения по улучшению организации рабочего места по системе 5С: не менее одного предложения по улучшению в течение последнего года в соответствии с журналом регистрации предложений по улучшению медицинской организации	Нет
Внедрена система поощрения работников на основе результатов организации рабочего места по системе 5С: локальный нормативный акт медицинской организации	Да
5.1. Общее количество признаков реализации шага 5	5
5.2. Количество признаков реализации шага 5, в отношении которых установлено соответствие	3
5.3. Результат подтверждения реализации шага 5 (Да/Нет): если значение в строке 5.2 соответствует значению 4 и более – указать «Да», иначе указать «Нет»	Нет

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МВИАЦ»  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
Подпись Петрова

Рисунок 9. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С» (окончание)



**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных  
запасов, хранящаяся на складе/складах поликлиники»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – не более 25 %:

руководитель поликлиники представляет локальный нормативный акт/ акты о порядке организации снабжения лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и прочими материальными запасами (далее – материальные запасы) в поликлинике, а также документы, содержащие сведения о предметно-количественном учете материальных запасов в поликлинике: план-график годовой закупки материальных запасов в отчетном периоде, журналы учета или данные МИС или иной информационной системы учета (далее – информационная система), содержащие сведения об остатках, поступлении и расходе материальных запасов в отчетном периоде;

представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют предварительный проверочный лист;

специалист, осуществляющий оценку, заполняет основной проверочный лист.

**Отчетный период** соответствует календарному году проведения оценки.

**Предварительный проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из шести столбцов. **Столбец 1** содержит фиксированные сведения – наименование элементов системы управления материальными запасами в поликлинике. **Столбцы 2 и 3** заполняют представители поликлиники, **столбцы 4, 5 и 6** – специалист, осуществляющий оценку.

В **столбце 2** предварительного проверочного листа представители поликлиники указывают «Да», если имеется локальный нормативный акт/ акты о порядке организации снабжения материальными запасами в поликлинике, иначе – указывают «Нет». В **столбце 3** – указывают «Да», если



соответствующий элемент системы управления материальными запасами поликлинике предусмотрен локальным нормативным актом/ актами, иначе – указывают «Нет».

Если по результатам заполнения **столбцов 2 и 3** в предварительном проверочном листе отсутствуют «Нет», специалист, осуществляющий оценку, на основании представленного локального нормативного акта/ актов проверяет корректность заполнения **столбцов 2 и 3**, при необходимости корректирует заполнение предварительного проверочного листа. Если в предварительном проверочном листе указано по крайней мере одно «Нет», проведение оценки прекращается, условие для соответствующего элемента системы управления материальными запасами в поликлинике считается не выполненным (в **столбце 6** предварительного проверочного листа необходимо указать «Нет»), предварительная оценка считается не пройденной (в **строке «Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)»** предварительного проверочного листа необходимо указать «Нет»).

Если по результатам заполнения и проверки заполнения **столбцов 2 и 3** в предварительном проверочном листе отсутствуют «Нет», специалист, осуществляющий оценку, приступает к заполнению **столбцов 4, 5 и 6** предварительного проверочного листа. В **столбце 4** указывает «Да», если локальный нормативный акт/ акты о порядке организации снабжения материальными запасами в поликлинике соответствует/ соответствуют текущему моменту времени, иначе – указывает «Нет». В **столбце 5** по результатам наблюдения указывает «Да», если соответствующий элемент системы управления материальными запасами реализуется в практике работы склада/ складов поликлиники, иначе – указывает «Нет». В **столбце 6** указывает «Нет», если в соответствующей строке указано по крайней мере одно «Нет», иначе – указывает «Да».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)»** предварительного



проверочного листа – указывает «Да», если в **столбце 6** указаны только «Да», иначе – указывает «Нет».

**Основной проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из тринадцати столбцов. **Столбцы 1, 2, 4-13** заполняет специалист, осуществляющий оценку. **Столбец 3** содержит фиксированные сведения – код категории материальных запасов в соответствии с номерами таблиц, групп и подгрупп материальных запасов (приложение 2). Например, код «1.2.6» соответствует категории запасов из таблицы 1 «Медицинские изделия», группы 2 «Вспомогательные и общепольничные медицинские изделия», подгруппы 6 «Инъекторы лекарственных средств/ вакцин».

Если в строке **«Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)»** предварительного проверочного листа указано «Нет», проведение оценки прекращается (в строке **«Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет»), целевое значение критерия считается не достигнутым (в строке **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет»).

Если в строке **«Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)»** предварительного проверочного листа указано «Да», в строке **«Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Да».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбцы 1, 2 и 4** основного проверочного листа – анализирует представленный план-график годовой закупки в отчетном периоде, случайным образом выбирает из плана-графика по одной номенклатурной позиции материального запаса в отношении каждой категории материальных запасов, перечисленных в **столбце 3**, для проведения оценки, переписывает наименования номенклатурных позиций материальных запасов, выбранных для проведения оценки, в **столбец 1** из плана-графика в соответствии с кодом категории материального запаса



в **столбце 3**. В **столбце 2** указывает единицы измерения, в **столбце 4** – объем годовой закупки материальных запасов по выбранным номенклатурным позициям.

Если номенклатурные позиции соответствующих категорий материальных запасов не предусмотрены планом-графиком годовой закупки в отчетном периоде, в соответствующих строках столбцов 1, 2, 4-12 необходимо указать «—» (прочерк).

Специалист, осуществляющий оценку, изучает представленные журналы учета или данные информационной системы, содержащие сведения об остатках, поступлении и расходе материальных запасов по выбранным номенклатурным позициям в отчетном периоде, по результатам которого заполняет **столбцы 5, 6, 7 и 8** основного проверочного листа. В **столбце 5** указывает объем остатков материальных запасов на первое число первого месяца текущего квартала отчетного периода. В **столбце 6** указывает объем материальных запасов, поставленных на склад/ склады поликлиники поставщиками в текущем квартале отчетного периода. В **столбце 7** указывает объем списания материальных запасов в кабинеты и подразделения поликлиники, а также списания дефектных единиц материальных запасов и единиц материальных запасов с прошедшим сроком годности, в текущем квартале отчетного периода. В **столбце 8** указывает значение, рассчитанное по формуле:

$$V_{\text{зап}} = V_{\text{ост}} + V_{\text{пост}} - V_{\text{расх}}, \text{ где}$$

$V_{\text{зап}}$  – общий объем материального запаса на складе/ складах поликлиники в соответствии с документами предметно-количественного учета поликлиники;

$V_{\text{ост}}$  – объем остатков материального запаса на первое число первого месяца текущего квартала отчетного периода – значение столбца 5;  $V_{\text{пост}}$  – объем материального запаса, поставленного на склад/ склады поликлиники поставщиками в текущем квартале отчетного периода – значение столбца 6;

$V_{\text{расх}}$  – объем списания материального запаса в кабинеты и подразделения





поликлиники, а также списания дефектных единиц материального запаса и единиц материального запаса с прошедшим сроков годности, в текущем квартале отчетного периода – значение столбца 7.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 12** основного проверочного листа – указывает значение, округленное до десятой части числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{\text{зак.док}} = \frac{V_{\text{зап.док}}}{V_{\text{ГЗ}}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{\text{зак.док}}$  – доля объема годовой закупки номенклатурной позиции материального запаса, хранимого на складе/ складах поликлиники по документам;  $V_{\text{зап.док}}$  – общий объем материального запаса выбранной номенклатурной позиции, хранимый на складе/ складах поликлиники по документам – значение столбца 8;  $V_{\text{ГЗ}}$  – объем годовой закупки материального запаса выбранной номенклатурной позиции – значение столбца 4.

Если рассчитанное значение доли объема годовой закупки номенклатурной позиции материального запаса, хранимого на складе/ складах поликлиники превышает 25 %, проведение оценки прекращается (в строке **«Максимальное значение доли объема годовой закупки, хранимая на складе/ складах поликлиники, %»** основного проверочного листа необходимо указать полученное значение), целевое значение критерия считается не достигнутым (в строке **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать **«Нет»**). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение на складе/ складах поликлиники<sup>18</sup> в отношении материальных запасов по выбранным номенклатурным позициям, по результатам которого заполняет **столбцы 9, 10 и 11** основного проверочного листа. В **столбце 9** указывает

<sup>18</sup> В соответствии с приказом Минздрава России «Об утверждении правил надлежащего хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения» от 31.08.2016 № 646н необходимо предусмотреть в соответствующих стандартных операционных процедурах возможность доступа специалиста, осуществляющего оценку, в помещения (зоны) для хранения лекарственных препаратов с целью проведения наблюдения.



фактический объем хранения материального запаса на складе/ складах поликлиники. В **столбце 10** указывает количество дефектных единиц материального запаса, обнаруженных в ходе наблюдения, хранение которых осуществляется за пределами специально установленной зоны, при отсутствии таких единиц указывает значение 0. В **столбце 11** указывает количество единиц материального запаса с прошедшим сроком годности, обнаруженных в ходе наблюдения, хранение которых осуществляется за пределами специально установленной зоны, при отсутствии таких единиц указывает значение 0.

Если количество единиц дефектных и просроченных материальных запасов превышает значение 0, проведение оценки прекращается (в **строке «Количество дефектных и просроченных материальных запасов, единиц»** основного проверочного листа необходимо указать полученное значение), целевое значение критерия считается не достигнутым (в **строке «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 13** основного проверочного листа – указывает значение, округленное до десятой части числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{\text{зак.факт}} = \frac{V_{\text{зак.факт}}}{V_{\text{гз}}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{\text{зак.факт}}$  – доля объема годовой закупки номенклатурной позиции материального запаса, хранимого на складе/ складах поликлиники по результатам наблюдения;  $V_{\text{зак.факт}}$  – общий объем материального запаса выбранной номенклатурной позиции, хранимый на складе/ складах поликлиники по результатам наблюдения – значение столбца 9;  $V_{\text{гз}}$  – объем годовой закупки материального запаса выбранной номенклатурной позиции – значение столбца 4.

Если рассчитанное значение доли объема годовой закупки номенклатурной позиции материального запаса, хранимого на складе/ складах поликлиники превышает 25 %, проведение оценки прекращается (в **строке**



**«Максимальное значение доли объема годовой закупки, хранимая на складе/ складах поликлиники, %»** основного проверочного листа необходимо указать полученное значение), целевое значение критерия считается не достигнутым (в строке **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать **«Нет»**). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Максимальное значение доли объема годовой закупки, хранимая на складе/ складах поликлиники, %»** основного проверочного листа – указывает наибольшее значение из столбцов 12 и 13.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Количество дефектных и просроченных материальных запасов, единиц»** основного проверочного листа – указывает сумму значений столбцов 10 и 11.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа – указывает **«Да»**, если в строке **«Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)»** указано **«Да»**, в строке **«Максимальное значение доли объема годовой закупки, хранимая на складе/ складах поликлиники, %»** указано значение 25 % и менее, в строке **«Количество дефектных и просроченных материальных запасов, единиц»** указано значение 0, иначе – указывает **«Нет»**.

Пример заполнения предварительного и основного проверочных листов оценки достижения целевого значения критерия **«Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов, хранимая на складе/складах поликлиники»** представлен на рисунках 10 и 11.



## Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

### Предварительный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов, хранимая на складе/складах поликлиники»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 15.02.2024

Наименование элемента системы управления материальными запасами поликлиники	Наличие элемента (Да/Нет)	Элемент предусмотрен локальным нормативным актом/ актами (Да/Нет)	Актуальность элемента (Да/Нет)	Элемент реализуется (Да/Нет)	Выполнение условий (Да/Нет)
1	2	3	4	5	6
Действует локальный нормативный акт/ акты о порядке организации снабжения материальными запасами в поликлинике	Да	X	Да	X	Да
Организован предметно-количественный учет материальных запасов посредством плана-графика годовой закупки, учета остатков, поступления, расходования, дефектных и простроченных единиц хранения	X	Да	X	Да	Да
Осуществляется отпуск лекарственных препаратов в соответствии с Инструкцией по предоставлению сведений субъектами обращения лекарственных средств в ФГИС МДЛП	X	Да	X	Да	Да
Обеспечена возможность определять количество материальных запасов на текущий момент времени	X	Да	X	Да	Да
Организовано участие работников склада/ складов поликлиники в планировании количества и сроков поставки материальных запасов	X	Да	X	Да	Да
Обозначены места хранения материальных запасов с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее, в том числе с учетом сроков годности и последовательности поступления материальных запасов	X	Да	X	Да	Да
Функционирует система подачи сигналов о необходимости восполнения объема материальных запасов в соответствии с рассчитанной нормой расходования	X	Да	X	Да	Да
Разработан стандарт рабочего места работников склада/ складов поликлиники	X	Да	X	Да	Да
Разработаны стандарты работы работников склада/ складов поликлиники	X	Да	X	Да	Да
Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)					Да

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
 Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
 Подпись Петрова

Рисунок 10. Пример заполнения предварительного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов, хранимая на складе/складах поликлиники»



Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов, хранящаяся на складе/складах поликлиники»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 15.02.2024

Наименование номенклатурной позиции материального запаса	Единица измерения	Категория	Объем годовой закупки	Объем остатков	Объем поставки	Объем расхода	Общий объем на складе/складах (документы)	Общий объем на складе/складах (факт)	Количество дефектных единиц (факт)	Количество просроченных единиц (факт)	Доля объема годовой закупки (документы)	Доля объема годовой закупки (факт)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Шприц для инъектора с загружаемым шприцем	шт.	1.2.6	100	5	25	8	22	20	0	0	22,0	20,0
Скарификатор неавтоматический, одноразового использования	шт.	1.2.13	200000	3000	10000	800	12200	13000	0	0	6,1	6,5
Перчатки смотровые/процедурные виниловые, опудренные, стерильные	шт.	1.2.25	500000	500	10000	900	9600	9550	0	0	1,9	1,9
Пипетка механическая 5 мл	шт.	1.2.27	1000	125	200	112	213	210	0	0	21,3	21,0
Салфетка спиртовая антисептическая 135×185 мм	шт.	1.2.30	8000	213	2000	1120	1093	1100	0	0	13,6	13,8
Средство чистящее для медицинских изделий	л	1.2.34	50	6	12	6	12	12	0	0	24,0	24,0
Халат процедурный одноразового использования стерильный	шт.	1.2.50	500	20	150	50	120	125	0	0	24,0	25,0
Шприц общего назначения, одноразового использования, 5 мл	шт.	1.2.56	10000	100	2500	220	2380	240	0	0	23,8	2,4
Зеркало вагинальное, одноразового использования	шт.	1.4.2	5000	50	1300	125	1225	1225	0	0	24,5	24,5
Щетка цитологическая цервикальная	шт.	1.4.23	5000	10	1500	325	1185	1185	0	0	23,7	23,7
Бинт фиксирующий стерильный 10×500 см	шт.	1.6.6	4000	320	1000	954	366	365	0	0	9,2	9,1

Рисунок 11. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов, хранящаяся на складе/складах поликлиники» (начало)



Шовный материал хирургический кетгут, 75см, с иглой колющий	шт.	1.6.16	12000	50	3000	225	2825	2825	0	0	23,5	23,5
Мидримакс, глазные капли, флакон-капельница, 5 мл	шт.	2.1.1	100	12	25	15	22	24	0	0	22,0	24,0
Натрия хлорид 0,9%, раствор для инфузий, контейнер полимерный, 250 мл	шт.	2.1.2	1000	12	250	127	135	140	0	0	13,5	14,0
Бензин	л	2.2.1	50	5	15	10	10	10	0	0	20,0	20,0
Сертификат профилактических прививок, форма 156/у-93, мягкая, офсет, А7	шт.	2.3.1	1000	35	250	128	157	160	0	0	15,7	16,0
Карта учёта профилактического медицинского осмотра (диспансеризации), форма 131/у, листовое издание, 8 стр., А4 (210×290 мм)	шт.	2.3.2	10000	150	2500	1900	750	750	0	0	7,5	7,5
Книга учета 96 листов, клетка, твердая, крафт, блок офсет, А4 (200×290 мм)	шт.	2.3.3	200	12	50	15	47	47	0	0	23,5	23,5
Бумага офисная А4, 80 г/м <sup>2</sup> , 500 листов, марка С	шт.	2.3.4	400	15	100	20	95	100	0	0	23,8	25,0
Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию, форма № 057/у-04, листовое издание, 1 стр., А5 (148×210 мм)	шт.	2.3.5	5000	50	1250	800	500	450	0	0	10,0	9,0
Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)											Да	
Максимальное значение доли объема годовой закупки, хранимая на складе/ складах поликлиники, %											25,0	
Количество дефектных и просроченных материальных запасов, единиц											0	
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)											Да	

ФИО, должность проводившего оценку

Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МНЦ»

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники

Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»

Подпись Петрова

Рисунок 11. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов, хранимая на складе/складах поликлиники» (окончание)



## Оценка достижения целевого значения критерия

**«Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов, хранящаяся в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – не более 100 %:

руководитель поликлиники представляет локальный нормативный акт/ акты о порядке организации снабжения кабинетов лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и прочими материальными запасами (далее – материальные запасы) в поликлинике, а также документы, содержащие сведения о предметно-количественном учете материальных запасов в кабинетах поликлиники: журналы учета или данные МИС, содержащие сведения об остатках, поступлении и расходовании материальных запасов в кабинете;

представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют основной и предварительные проверочные листы;

специалист, осуществляющий оценку, заполняет вспомогательные проверочные листы.

**Основной проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из семи столбцов. **Столбцы 1 и 2** заполняют представители поликлиники, **столбцы 3, 4, 5, 6 и 7** – специалист, осуществляющий оценку.

Представители поликлиники вносят в основной проверочный лист сведения о всех кабинетах в поликлинике, соответствующих условиям критерия: процедурная, прививочный, смотровой, перевязочная, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов. В **столбце 1** указывают профиль кабинета, в **столбце 2** – его номер или наименование.

Специалист, осуществляющий оценку, на основе сведений, представленных в основном проверочном листе, случайным образом выбирает кабинеты для



проведения оценки. Если общее количество кабинетов в основном проверочном листе составляет менее 5, необходимо провести оценку в отношении всех кабинетов. Иначе количество кабинетов, выбранных для проведения оценки, должно составлять не менее 5. Выбранные кабинеты обозначаются в основном проверочном листе – **в столбце 3** необходимо указать «Да».

В отношении каждого кабинета, выбранного для проведения оценки, специалист, осуществляющий оценку, и представители поликлиники заполняют предварительный проверочный лист, специалист, осуществляющий оценку, заполняет вспомогательный проверочный лист.

**Предварительный проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из шести столбцов. **Столбец 1** содержит фиксированные сведения – наименование элементов системы снабжения кабинетов материальными запасами в поликлинике. **Столбцы 2 и 3** заполняют представители поликлиники, **столбцы 4, 5 и 6** – специалист, осуществляющий оценку.

В **столбце 2** предварительного проверочного листа представители поликлиники указывают «Да», если имеется локальный нормативный акт/ акты о порядке организации снабжения кабинетов материальными запасами в поликлинике, иначе – указывают «Нет». В **столбце 3** – указывают «Да», если соответствующий элемент системы снабжения кабинетов материальными запасами в поликлинике предусмотрен локальным нормативным актом/ актами, иначе – указывают «Нет».

Если по результатам заполнения **столбцов 2 и 3** в предварительном проверочном листе отсутствуют «Нет», специалист, осуществляющий оценку, на основании представленного локального нормативного акта/ актов проверяет корректность заполнения **столбцов 2 и 3**, при необходимости корректирует заполнение предварительного проверочного листа. Если в предварительном проверочном листе указано по крайней мере одно «Нет», проведение оценки прекращается, условие для соответствующего элемента системы снабжения кабинетов материальными запасами в поликлинике считается не выполненным





(в **столбце 6** предварительного проверочного листа необходимо указать «Нет»), предварительная оценка считается не пройденной (в **строке «Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)»** предварительного проверочного листа необходимо указать «Нет»).

Если по результатам заполнения и проверки заполнения **столбцов 2 и 3** в предварительном проверочном листе отсутствуют «Нет», специалист, осуществляющий оценку, приступает к заполнению **столбцов 4, 5 и 6** предварительного проверочного листа. В **столбце 4** указывает «Да», если локальный нормативный акт/ акты о порядке организации снабжения кабинетов материальными запасами в поликлинике соответствует/ соответствуют текущему моменту времени, иначе – указывает «Нет». В **столбце 5** по результатам наблюдения указывает «Да», если соответствующий элемент системы снабжения материальными запасами реализуется в практике работы кабинета, иначе – указывает «Нет». В **столбце 6** указывает «Нет», если в соответствующей строке указано по крайней мере одно «Нет», иначе – указывает «Да».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)»** предварительного проверочного листа – указывает «Да», если в **столбце 6** указаны только «Да», иначе – указывает «Нет».

Если в строке «Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)» предварительного проверочного листа указано «Нет», проведение оценки прекращается (в **столбцах 4 и 7** соответствующей строки основного проверочного листа необходимо указать «Нет», в строке «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)» основного проверочного листа необходимо указать «Нет»).

Если в строке «Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)» предварительного проверочного листа указано «Да», специалист, осуществляющий оценку, принимает решение о необходимости заполнения вспомогательного проверочного листа в отношении соответствующего кабинета.

**Вспомогательный проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из восьми столбцов.



В строке «Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)» вспомогательного проверочного листа в отношении соответствующего кабинета необходимо указать «Да».

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует представленные журналы учета или данные МИС, содержащие сведения об остатках, поступлении и расходовании материальных запасов в отношении соответствующего кабинета. На основании сведений о поступлении материальных запасов в кабинет выбирает случайным образом не менее 5 номенклатурных позиций не менее чем по 2 категориям материальных запасов в соответствии с приложением 2.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет вспомогательный проверочный лист. В **столбец 1** переписывает наименования номенклатурных позиций материальных запасов, выбранных для проведения оценки. В **столбце 2** указывает единицы измерения. В **столбце 3** указывает код категории материальных запасов в соответствии с номерами таблицы, группы и подгруппы материального запаса (приложение 2). Например, для номенклатурной позиции «Шприц общего назначения одноразового использования» необходимо указать код «1.2.56» в соответствии с номерами таблицы 1 «Медицинские изделия», группы 2 «Прочие вспомогательные и общепольничные медицинские изделия» и подгруппы 56 «Вспомогательные и общепольничные медицинские изделия». В **столбце 4** указывает фактический объем хранения материального запаса в кабинете, установленный по результатам наблюдения. При этом проведение наблюдения не должно нарушать работу кабинета. В **столбце 5** указывает объем недельной нормы расходования соответствующей номенклатурной позиции материального запаса согласно локальному нормативному акту о порядке организации снабжения кабинета материальными запасами.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 6** вспомогательного проверочного листа – указывает количество дефектных единиц материального запаса, обнаруженных в ходе наблюдения, хранение которых осуществляется за пределами специально установленной зоны, при отсутствии таких единиц указывает значение 0. Заполняет **столбец 7** – указывает количество единиц



материального запаса с прошедшим сроком годности, обнаруженных в ходе наблюдения, хранение которых осуществляется за пределами специально установленной зоны, при отсутствии таких единиц указывает значение 0.

Если количество единиц дефектных и просроченных материальных запасов превышает значение 0, проведение оценки прекращается (в строке **«Количество дефектных и просроченных материальных запасов, единиц»** вспомогательного проверочного листа необходимо указать полученное значение), целевое значение критерия считается не достигнутым (в строке **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** вспомогательного проверочного листа необходимо указать **«Нет»**).

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 8** – указывает значение, округленное до десятой доли числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{\text{нн}} = \frac{V_{\text{п}}}{V_{\text{нн}}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{\text{нн}}$  – доля объема недельной нормы расходования номенклатурной позиции материального запаса;  $V_{\text{п}}$  – фактический объем хранения номенклатурной позиции материального запаса – значение столбца 4;  $V_{\text{нн}}$  – объем недельной нормы хранения номенклатурной позиции материального запаса – значение столбца 5.

Если рассчитанное значение доли объема недельной нормы расходования номенклатурной позиции материального запаса превышает 100 %, проведение оценки прекращается (в строке **«Максимальное значение доли объема недельной нормы расходования, %»** вспомогательного проверочного листа необходимо указать полученное значение), целевое значение критерия считается не достигнутым (в строке **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** вспомогательного проверочного листа необходимо указать **«Нет»**).

Специалист, осуществляющий оценку, завершает заполнение вспомогательного проверочного листа. Заполняет **строку «Максимальное значение доли объема недельной нормы расходования, %»** вспомогательного проверочного листа – указывает наибольшее значение из **столбца 8**. Заполняет **строку «Количество дефектных и просроченных материальных запасов,**



**единиц»** вспомогательного проверочного листа – указывает сумму значений **столбцов 6 и 7**. Заполняет **строку «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** вспомогательного проверочного листа – указывает «Да», если в **строке «Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)»** указано «Да», в **строке «Максимальное значение доли объема недельной нормы расходования, %»** указано значение 100 % и менее, в **строке «Количество дефектных и просроченных материальных запасов, единиц»** указано значение 0, иначе – указывает «Нет».

Специалист, осуществляющий оценку, по результатам заполнения вспомогательных проверочных листов вносит сведения в основной проверочный лист. Заполняет **столбец 4** основного проверочного листа по результатам заполнения **строки «Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)»** вспомогательных проверочных листов. Заполняет **столбец 5** основного проверочного листа по результатам заполнения **строки «Максимальное значение доли объема недельной нормы расходования, %»** вспомогательных проверочных листов. Заполняет **столбец 6** основного проверочного листа по результатам заполнения **строки «Количество дефектных и просроченных материальных запасов, единиц»** вспомогательных проверочных листов.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 7** основного проверочного листа – указывает «Да», если в **столбце 4** указано «Да», в **столбце 5** указано значение 100 % и менее, в **столбце 6** указано значение 0, иначе – указывает «Нет».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа – указывает «Да», если в **столбце 7** указаны только «Да», если в **столбце 7** указано по крайней мере одно «Нет», указывает «Нет».

Пример заполнения основного, предварительного и вспомогательного проверочных листов оценки достижения целевого значения критерия «Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов, хранящаяся в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые,



перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов» представлен на рисунках 12, 13 и 14.





Предварительный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов, хранимая в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 15.02.2024  
 Профиль кабинета поликлиники Прививочный Номер или наименование кабинета 105

Наименование элемента системы управления материальными запасами поликлиники	Наличие элемента (Да/Нет)	Элемент предусмотрен локальным нормативным актом/ актами (Да/Нет)	Актуальность элемента (Да/Нет)	Элемент реализуется (Да/Нет)	Выполнение условий (Да/Нет)
1	2	3	4	5	6
Действует локальный нормативный акт/ акты о порядке организации снабжения кабинетов материальными запасами в поликлинике	Да	X	Да	X	Да
Организован предметно-количественный учет материальных запасов в кабинете посредством учета остатков, поступления, расходования, дефектных и просроченных единиц хранения	X	Да	X	Да	Да
Обеспечена возможность определять количество материальных запасов в кабинете на текущий момент времени	X	Да	X	Да	Да
Установлены объемы недельной нормы расходования материальных запасов в кабинете	X	Да	X	Да	Да
Обозначены места хранения материальных запасов в кабинете с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	X	Да	X	Да	Да
Определены и обозначены места хранения дефектных единиц материальных запасов, единиц материальных запасов с просроченным сроком годности	X	Да	X	Да	Да
Функционирует система подачи сигналов о необходимости восполнения объема материальных запасов в соответствии с объемом недельной нормы хранения	X	Да	X	Да	Да
Разработан стандарт снабжения кабинета материальными запасами	X	Да	X	Да	Да
Разработаны стандарты рабочих мест работников кабинета	X	Да	X	Да	Да
Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)					Да

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МВЦ»  
 Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
 Подпись Петрова

Рисунок 13. Пример заполнения предварительного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов, хранимая в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов»



Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов, хранимая в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 15.02.2024  
 Профиль кабинета поликлиники Прививочный Номер или наименование кабинета 105

Наименование номенклатурной позиции материального запаса	Единица измерения	Категория	Объем хранения	Объем недельной нормы хранения	Количество дефектных единиц	Количество просроченных единиц	Доля объема недельной нормы расходования, %
1	2	3	4	5	6	7	8
<i>Шприц 2 мл одноразовый стерильный 3-х компонентный, игла 0,6 × 25 мм</i>	<i>шт.</i>	<i>1.2.56</i>	<i>125</i>	<i>150</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>83,3</i>
<i>Перчатки одноразовые латексные неопудренные, р. S</i>	<i>шт.</i>	<i>1.2.25</i>	<i>156</i>	<i>300</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>52,0</i>
<i>Игла инъекторная, одноразового использования</i>	<i>шт.</i>	<i>1.2.56</i>	<i>36</i>	<i>50</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>72,0</i>
<i>Дезинфицирующее средство Элдес-ОФА</i>	<i>л</i>	<i>1.2.34</i>	<i>0,3</i>	<i>0,5</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>60,0</i>
<i>Приорикс, лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного и подкожного введения, флакон (1 доза) - пачка картонная, с растворителем в шприце, иглами</i>	<i>шт.</i>	<i>2.1.1</i>	<i>5</i>	<i>10</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>50,0</i>
Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)							<i>Да</i>
Максимальное значение доли объема недельной нормы расходования, %							<i>83,3</i>
Количество дефектных и просроченных материальных запасов, единиц							<i>0</i>
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)							<i>Да</i>

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МНЦ»  
 Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
 Подпись Петрова

Рисунок 14. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов, хранимая в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов»





**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых  
в соответствии с разработанными стандартами работы»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия –  
**не менее 100 %:**

руководитель поликлиники представляет стандарты работы, разработанные по результатам проектов по улучшению; локальные нормативные акты, утверждающие стандарты работы, в случае установления в организации такого порядка их утверждения; документы учета стандартов работы поликлиники;

представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют основной проверочный лист;

специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение и хронометраж, по результатам которых заполняет вспомогательные проверочные листы.

**Основной проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из девяти столбцов. **Столбцы 1 и 2** заполняют представители поликлиники, **столбцы 3, 4, 5, 6, 7, 8 и 9** – специалист, осуществляющий оценку.

Представители поликлиники распределяют стандарты работы, разработанные по результатам проектов по улучшению, между подпроцессами в соответствии с типовым перечнем процессов и подпроцессов медицинских организаций (приложение 3). Приступают к заполнению основного проверочного листа – в **столбце 1** указывают наименование подпроцесса, в **столбце 2** – количество стандартов работы.

Специалист, осуществляющий оценку, проверяет заполнение **столбцов 1 и 2** основного проверочного листа в соответствии с представленными стандартами работы поликлиники, документами учета стандартов работы поликлиники, при необходимости корректирует заполнение основного проверочного листа.



Специалист, осуществляющий оценку, определяет перечень стандартов работы поликлиники для проведения оценки. Если количество подпроцессов, для которых разработаны стандарты работы не превышает 5, необходимо провести оценку стандартов работы для всех представленных подпроцессов. Иначе специалист, осуществляющий оценку, случайным образом выбирает 5 подпроцессов, в отношении которых будет проведена оценка. Из общего количества стандартов работы, относящихся к выбранному для оценки подпроцессу, специалист, осуществляющий оценку, произвольно выбирает один стандарт работы для проведения оценки – в **столбце 3** основного проверочного листа указывает регистрационный номер стандарта работы, выбранного для проведения оценки. Если регистрационный номер стандарта работы отсутствует, проведение оценки прекращается (в **столбцах 4 и 9** соответствующей строки основного проверочного листа необходимо указать «Нет»), целевое значение критерия считается недостигнутым (в **строке «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, проверяет выбранные для проведения оценки стандарты работы на соответствие признакам документа по стандартизации:

стандарт работы содержит регистрационный номер;

стандарт работы утвержден руководителем или заместителем руководителя организации локальным нормативным актом или личной подписью на титульном листе стандарта работы в соответствии с порядком, установленным в организации;

установлена дата введения стандарта работы в действие в локальном нормативном акте или на титульном листе стандарта работы;

стандарт работы содержит последовательность выполнения работ;

стандарт работы размещен на рабочем месте.



Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 4** основного проверочного листа – указывает «Да», если стандарт работы соответствует признакам документа по стандартизации, иначе указывает «Нет».

Специалист, осуществляющий оценку, проверяет выбранные для проведения оценки стандарты работы на соответствие условию актуальности по следующим признакам:

стандарт работы не отменен на момент проведения оценки;

с момента утверждения стандарта работы или его пересмотра прошло не более 12 месяцев.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 5** основного проверочного листа – указывает «Да», если стандарт работы соответствует условию актуальности, иначе указывает «Нет».

Если в **столбцах 4 и 5** указано по крайней мере одно «Нет», проведение оценки прекращается (в **столбце 9** соответствующей строки основного проверочного листа необходимо указать «Нет»), целевое значение критерия считается недостигнутым (в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**» необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует стандарты, выбранные для проведения оценки. Определяет порядок проведения оценки – набор вспомогательных проверочных листов, необходимых для заполнения.

**Вспомогательный проверочный лист 1** используется для оценки выполнения работ и последовательности их выполнения на соответствие стандарту работы – заполняется обязательно. **Вспомогательный проверочный лист 2** используется для оценки времени, затраченного для выполнения работ, на соответствие стандарту работы – не требуется заполнять, если в стандарте работы не указано время выполнения работ. **Вспомогательный проверочный лист 3** используется для оценки уровня запасов на соответствие стандарту работы –



не требуется заполнять, если в стандарте работы не указан необходимый уровень запасов.

Если по результатам анализа стандартов работы специалист, осуществляющий оценку, принимает решение об отсутствии необходимости заполнять определенные вспомогательные проверочные листы в отношении определенных стандартов работы, выбранных для проведения оценки, в соответствующих строках **столбцов 6, 7 и 8** основного проверочного листа необходимо указать «Не требуется».

Специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение, при необходимости – хронометраж, заполняет вспомогательные проверочные листы.

В каждом вспомогательном проверочном листе необходимо указать наименование поликлиники, дату проведения оценки, наименование процесса и подпроцесса в соответствии с типовым перечнем для медицинских организаций, форму стандарта работы (приложение 4), наименование и регистрационный номер стандарта работы. Наименование подпроцесса, регистрационный номер стандарта работы должны соответствовать сведениям, указанным в основном проверочном листе.

**Вспомогательный проверочный лист 1** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из пяти столбцов.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 1** вспомогательного проверочного листа 1 – переписывает из стандарта работы перечень выполняемых работ в соответствии с установленной последовательностью. Проводит 3 наблюдения. Результаты наблюдения вносит в **столбцы 2, 3 и 4** вспомогательного проверочного листа 1 – указывает «Да», если соответствующая работа выполняется и последовательность ее выполнения соответствует стандарту работы, иначе указывает «Нет». Заполняет **столбец 5** вспомогательного проверочного листа 1 – указывает «Нет», если



в столбцах 2, 3 и 4 соответствующей строки указано по крайней мере одно «Нет», иначе указывает «Да».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку «Доля отклонения от стандарта, %» вспомогательного проверочного листа 1 – указывает значение, округленное до десятой части числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{\text{ст1}} = \frac{K_{\text{откл.ст1}}}{K_{\text{ст1}}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{\text{ст1}}$  – доля отклонения выполняемых работ и последовательности их выполнения от стандарта;  $K_{\text{откл.ст1}}$  – количество отклонений выполняемых работ и последовательности их выполнения от стандарта – количество «Нет» в столбце 5 вспомогательного проверочного листа 1;  $K_{\text{ст1}}$  – общее количество выполняемых работ в соответствии со стандартом – суммарное количество «Да» и «Нет» в столбце 5 вспомогательного проверочного листа 1.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку «Соответствие стандарту (Да/Нет)» вспомогательного проверочного листа 1 – указывает «Да», если доля отклонения от стандарта не превышает 30 %, иначе указывает «Нет».

Если в строке «Соответствие стандарту (Да/Нет)» указано «Нет», проведение оценки прекращается (в соответствующем столбце и в столбце 9 соответствующей строки основного проверочного листа необходимо указать «Нет»), целевое значение критерия считается недостижимым (в строке «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)» необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

**Вспомогательный проверочный лист 2** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из семи столбцов.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 1** вспомогательного проверочного листа 2 – переписывает из стандарта работы перечень выполняемых работ в соответствии с установленной последовательностью. Вписывает в заголовки **столбцов 2, 3, 4, 5 и 6** единицы измерения времени выполнения работы в соответствии со стандартом работы.



Заполняет **столбец 2** вспомогательного проверочного листа 2 – переписывает из стандарта работы время выполнения работ. Проводит 3 наблюдения и хронометраж выполнения работ. Результаты хронометража вносит в **столбцы 3, 4 и 5** вспомогательного проверочного листа 2. Заполняет **столбец 6** вспомогательного проверочного листа 2 – указывает значение, округленное до десятой части числа, рассчитанное по формуле:

$$T_{\text{ср.ст2}} = \frac{T_{1\text{ст2}} + T_{2\text{ст2}} + T_{3\text{ст2}}}{3}, \text{ где}$$

$T_{\text{ср.ст2}}$  – среднее время выполнения работы;  $T_{1\text{ст2}}$ ,  $T_{2\text{ст2}}$ ,  $T_{3\text{ст2}}$  – время выполнения работы по результатам 3 измерений – значения столбцов 3, 4 и 5 вспомогательного проверочного листа 2.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 7** вспомогательного проверочного листа 2 – указывает значение, округленное до десятой части числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{\text{ст2}} = \frac{|T_{\text{ст}} - T_{\text{ср.ст2}}|}{T_{\text{ст}}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{\text{ст2}}$  – доля отклонения времени, затраченного на выполнение работ от стандарта;  $T_{\text{ст}}$  – время выполнения работы в соответствии со стандартом – значение столбца 2 вспомогательного проверочного листа 2;  $T_{\text{ср.ст2}}$  – среднее время выполнения работы по результатам 3 измерений – значение столбца 6 вспомогательного проверочного листа 2.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку «**Соответствие стандарту (Да/Нет)**» вспомогательного проверочного листа 2 – указывает «Да», если каждое из значений в **столбце 7** не превышает 30 %, иначе указывает «Нет».

Если в строке «**Соответствие стандарту (Да/Нет)**» указано «Нет», проведение оценки прекращается (в соответствующем столбце и в **столбце 9** соответствующей строки основного проверочного листа необходимо указать «Нет»), целевое значение критерия считается недостижимым (в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**» необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.



**Вспомогательный проверочный лист 3** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из четырех столбцов.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 1** вспомогательного проверочного листа 4 – переписывает из стандарта работы наименование запасов. Заполняет **столбец 2** вспомогательного проверочного листа 4 – переписывает из стандарта работы необходимый уровень запасов перед началом работы. Проводит наблюдение. Заполняет **столбец 3** вспомогательного проверочного листа 4 – указывает фактический уровень запасов перед началом работы, полученный по результатам подсчета в рамках наблюдения. Заполняет **столбец 4** – указывает значение, округленное до десятой части числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{ст4} = \frac{|K_{зап.ст} - K_{зап.факт}|}{K_{зап.ст}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{ст4}$  – доля отклонения фактического уровня запаса от необходимого в соответствии со стандартом работы;  $K_{зап.ст}$ , – необходимый уровень запасов перед началом работы в соответствии со стандартом – значение столбца 2 вспомогательного проверочного листа 4;  $K_{зап.факт}$  – фактический уровень запасов перед началом работы по результатам наблюдения – значение столбца 3 вспомогательного проверочного листа 4.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку «**Соответствие стандарту (Да/Нет)**» вспомогательного проверочного листа 4 – указывает «Да», если каждое значение в **столбце 4** не превышает 30 %, иначе указывает «Нет».

Если в строке «**Соответствие стандарту (Да/Нет)**» указано «Нет», проведение оценки прекращается (в соответствующем столбце и в **столбце 9** соответствующей строки основного проверочного листа необходимо указать «Нет»), целевое значение критерия считается недостигнутым (в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**» необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.



По результатам заполнения вспомогательных проверочных листов специалист, осуществляющий оценку, завершает заполнение основного проверочного листа. В **столбцах 6, 7, и 8** основного проверочного листа указывает результат оценки **строк «Соответствие стандарту (Да/Нет)»** соответствующих вспомогательных проверочных листов.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 9** основного проверочного листа – указывает «Нет», если в **столбцах 6, 7, и 8** соответствующей строки указано по крайней мере одно «Нет», иначе указывает «Да».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа. Если в **столбце 9** основного проверочного листа указано по крайней мере одно «Нет», указывает «Нет», иначе указывает «Да».

Пример заполнения основного и вспомогательных проверочных листов оценки достижения целевого значения критерия «Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы» представлен на рисунках 15, 16, 17 и 18.





Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 20.02.2024

Наименование подпроцесса	Количество стандартов	Регистрационный номер стандарта, выбранного для проведения оценки	Стандарт соответствует признакам документа по стандартизации и (Да/Нет)	Стандарт соответствует условию актуальности (Да)	Соответствие стандарту			Процесс выполняется в соответствии со стандартом (Да/Нет)
					Выполнение работ, последовательность их выполнения (Да/Нет)	Время выполнения работ (Не требуется/ Да/Нет)	Уровень запасов (Не требуется/ Да/Нет)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Предварительная запись пациента на прием к врачу	3	0101-03-2020-02.5	Да	Да	Да	Не требуется	Не требуется	Да
Подбор и доставка медицинских карт пациента в кабинеты врачей, ведение картотеки поликлиники	2	0103-02-2022-01.4	Да	Да	Да	Не требуется	Не требуется	Да
Лечебно-диагностический прием врача в поликлинике	2	0201-11-2021-01.5	Да	Да	Да	Не требуется	Не требуется	Да
Организация стационара на дому	1	0303-03-2023-01.1	Да	Да	Да	Не требуется	Не требуется	Да
Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения	7							
Проведение профилактических прививок	2	0602-10-2020-07.1	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)								Да

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МЦАЦ»  
 Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
 Подпись Петрова

Рисунок 15. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы»

Вспомогательный проверочный лист 1 достижения целевого значения критерия  
«Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»  
 Дата 20.02.2024  
 Процесс Вакцинация  
 Подпроцесс Проведение профилактических прививок  
 Форма стандарта Стандартная операционная карта  
 Наименование стандарта Введение вакцины Гам-Ковид-Вак (1-дозовый флакон)  
 Регистрационный номер 0602-10-2020-07.1

Последовательность работ в соответствии со стандартом	Оценка соответствия выполнения работ, последовательности их выполнения стандарту			
	Наблюдение 1 (Да/Нет)	Наблюдение 2 (Да/Нет)	Наблюдение 3 (Да/Нет)	Итого (Да/Нет)
1	2	3	4	5
Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение на кушетке в соответствии с маркировкой.	Да	Да	Да	Да
Взять пинцет в правую руку и достать им 3 ватных шарика из крафт-пакета и положить их в почкообразный лоток.	Да	Нет	Да	Нет
Достать 1 ватный шарик из крафт-пакета с помощью пинцета, смочить его антисептическим раствором путем погружения в тару с раствором.	Да	Да	Нет	Нет
Положить вату, смоченную антисептическим раствором в левую руку, положить пинцет в почкообразный лоток.	Да	Нет	Да	Нет
Обработать нестерильные перчатки ватным шариком, смоченным антисептическим раствором.	Да	Да	Да	Да
...				
Разобрать шприц и выбросить его в ведро для отходов класса Б.	Да	Да	Да	Да
Доля отклонения от стандарта, %				10,3
Соответствие стандарту (Да/Нет)				Да

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
 Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
 Подпись Петрова

Рисунок 16. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа 1 оценки достижения целевого значения критерия «Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы»

Вспомогательный проверочный лист 2 достижения целевого значения критерия  
«Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»  
 Дата 20.02.2024  
 Процесс Вакцинация  
 Подпроцесс Проведение профилактических прививок  
 Форма стандарта Стандартная операционная карта  
 Наименование стандарта Введение вакцины Гам-Ковид-Вак (1-дозовый флакон)  
 Регистрационный номер 0602-10-2020-07.1

Последовательность работ в соответствии со стандартом	Время выполнения работы в соответствии со стандартом, секунда	Оценка времени выполнения работ				Среднее время выполнения работы, секунда	Доля отклонения времени, затраченного на выполнение работ от стандарта, %
		Наблюдение 1, секунда	Наблюдение 2, секунда	Наблюдение 3, секунда	Среднее время выполнения работы, секунда		
1	2	3	4	5	6	7	
<i>Предложить пациенту или помочь ему занять удобное положение на кушетке в соответствии с маркировкой.</i>	2	2	1	2	1,7	15,0	
<i>Взять пинцет в правую руку и достать им 3 ватных шарика из крафт-пакета и положить их в почкообразный лоток.</i>	6	10	5	8	7,7	28,3	
<i>Достать 1 ватный шарик из крафт-пакета с помощью пинцета, смочить его антисептическим раствором путем погружения в тару с раствором.</i>	8	12	10	6	9,3	10,1	
<i>Положить вату, смоченную антисептическим раствором в левую руку, положить пинцет в почкообразный лоток.</i>	2	1	2	2	1,7	15,0	
<i>Обработать нестерильные перчатки ватным шариком, смоченным антисептическим раствором.</i>	20	18	25	20	21,0	5,0	
...							
<i>Разобрать шприц и выбросить его в ведро для отходов класса Б.</i>	3	3	2	2	2,3	23,2	
Соответствие стандарту (Да/Нет)						Да	

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
 Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
 Подпись Петрова

Рисунок 17. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа 2 оценки достижения целевого значения критерия «Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы»

Вспомогательный проверочный лист 3 достижения целевого значения критерия  
«Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»  
 Дата 20.02.2024  
 Процесс Вакцинация  
 Подпроцесс Проведение профилактических прививок  
 Форма стандарта Стандартная операционная карта  
 Наименование стандарта Введение вакцины Гам-Ковид-Вак (1-дозовый флакон)  
 Регистрационный номер 0602-10-2020-07.1

Наименование запаса	Необходимый уровень запасов перед началом работы в соответствии со стандартом, единиц	Фактический уровень запасов перед началом работы, единиц	Доля отклонения от стандарта, %
1	2	3	4
<i>Одноразовые перчатки</i>	28	24	14,3
<i>Лейкопластырь</i>	140	132	5,7
<i>Ватный тампон (шарик)</i>	800	962	20,3
<i>Флакон с вакциной 1-дозовый Гам-Ковид-Вак</i>	140	105	25,0
<i>Шприц одноразового применения с 2 иглами в индивидуальной упаковке</i>	140	176	25,7
Соответствие стандарту (Да/Нет)			Да

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МЦАЦ»  
 Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
 Подпись Петрова

Рисунок 18. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа 3 оценки достижения целевого значения критерия «Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы»

## Оценка достижения целевого значения критерия

**«Доля стандартов улучшенных процессов, пересмотренных для принятия решения об их актуализации в течение 12 месяцев от момента их утверждения, актуализации или предыдущего пересмотра без актуализации»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не менее 100 %:**

руководитель поликлиники представляет стандарты работы, разработанные по результатам проектов по улучшению; локальные нормативные акты, утверждающие стандарты работы, в случае установления в организации такого порядка их утверждения; документы учета стандартов работы поликлиники; протоколы совещаний по вопросам пересмотра и актуализации стандартов работы в поликлинике;

представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют проверочный лист.

**Проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из девяти столбцов. **Столбцы 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7** заполняют представители поликлиники, **столбцы 8 и 9** – специалист, осуществляющий оценку.

Представители поликлиники вносят в проверочный лист сведения о стандартах работы, разработанных по результатам проектов по улучшению. Заполняют **столбец 1** – указывают порядковый номер записи. Заполняют **столбец 2** – указывают наименование подпроцесса в соответствии с типовым перечнем процессов и подпроцессов в медицинских организациях (приложение 3), в рамках которого разработан стандарт работы. Заполняют **столбец 3** – указывают регистрационный номер стандарта работы. Заполняют **столбец 4** – указывают дату утверждения стандарта работы в формате «ДД.ММ.ГГГГ». Заполняют **столбец 5** – указывают «Нет», если от даты утверждения стандарта до даты проведения оценки прошло не более 12 месяцев, иначе указывают «Да».

Представители поликлиники заполняют **столбцы 6 и 7** в отношении стандартов, у которых с момента утверждения прошло более 12 месяцев (в **столбце 5** указано «Да») – указывают реквизита протокола совещания по вопросам пересмотра и актуализации стандартов работы поликлиники, в рамках которого проводился пересмотр данного стандарт: в **столбец 6** номер протокола совещания, в **столбец 7** дату проведения совещания в формате «ДД.ММ.ГГГГ».

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует документы учета стандартов работы поликлиники. Проверяет заполнение проверочного листа, при необходимости корректирует его заполнение. Заполняет **строку «Общее количество стандартов, единиц»** – указывает значение, соответствующее последнему порядковому номеру записи.

Если в проверочном листе не указаны регистрационный номер стандарта работы, дата утверждения стандарта работы, реквизиты протокола совещания по вопросам пересмотра и актуализации стандарта работы в случае, если с момента его утверждения прошло более 12 месяцев, проведение оценки прекращается (в **столбце 9** соответствующей строки необходимо указать «Нет»), целевое значение критерия считается недостигнутым (в строке **«Количество стандартов, в отношении которых установлено несоответствие условиям критерия, единиц»** необходимо подсчитать количество «Нет» в **столбце 9**, в строке **«Доля стандартов улучшенных процессов, соответствующих условиям критерия, %»** необходимо указать значение, рассчитанное по формуле, в строке **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, определяет в проверочном листе стандарты работы для проведения оценки – указывает «Да» в **столбце 8**.

Если в проверочном листе количество стандартов работы, для которых с момента их утверждения прошло более 12 месяцев (в **столбце 5** указано «Да»), меньше 10, необходимо провести оценку в отношении всех таких стандартов.

Иначе специалист, осуществляющий оценку, произвольно выбирает для проведения оценки 10 таких стандартов работы.

Если в проверочном листе количество стандартов работы, с момента утверждения которых прошло не более 12 месяцев (в **столбце 5** указано «Нет»), не более 10, необходимо провести оценку в отношении всех таких стандартов. Иначе специалист, осуществляющий оценку, произвольно выбирает для проведения оценки 10 таких стандартов работы.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует стандарты работы и документы, связанные со стандартами работы, для которых в **столбце 8** указано «Да»: стандарты работы, локальные нормативные акты, утверждающие стандарты работы, в случае установления в организации такого порядка их утверждения, документы по учету стандартов работы в поликлинике, протоколы совещаний по вопросам пересмотра и актуализации стандартов работы в поликлинике.

Если по результатам анализа документов специалист, осуществляющий оценку, устанавливает некорректные сведениям в проверочном листе, проводит соответствующую корректировку.

Если по результатам анализа документов специалист, осуществляющий оценку, подтверждает, что с момента утверждения или последнего пересмотра стандарта работы прошло не более 12 месяцев, в **столбце 9** указывает «Да», иначе указывает «Нет».

Если в **столбце 9** указано по крайней мере одно «Нет», проведение оценки прекращается, целевое значение критерия считается недостигнутым (в строке **«Количество стандартов, в отношении которых установлено несоответствие условиям критерия, единиц»** необходимо подсчитать количество «Нет» в **столбце 9**, в строке **«Доля стандартов улучшенных процессов, соответствующих условиям критерия, %»** необходимо указать значение, рассчитанное по формуле, в строке **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Количество стандартов, в отношении которых установлено несоответствие условиям критерия, единиц»** – указывает количество «Нет» в столбце 9. Если в столбце 9 «Нет» отсутствуют, указывает значение 0.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Доля стандартов улучшенных процессов, соответствующих условиям критерия, %»** – указывает значение, рассчитанное по формуле:

$$D_{\text{ст}2} = \frac{K_{\text{ст}2} - K_{\text{откл.ст}2}}{K_{\text{ст}2}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{\text{ст}2}$  – доля стандартов улучшенных процессов, соответствующих условиям критерия;  $K_{\text{откл.ст}2}$  – количество стандартов работы, в отношении которых установлено несоответствие условиям критерия – значение строки «Количество стандартов, в отношении которых в ходе проведения оценки установлено не соответствие условиям критерия, единиц»;  $K_{\text{ст}2}$  – общее количество стандартов работы – значение строки «Общее количество стандартов, единиц».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»**. Если значение в строке **«Доля стандартов улучшенных процессов, соответствующих условия критерия, %»** составляет 100, указывает «Да», иначе указывает «Нет».

Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия **«Доля стандартов улучшенных процессов, пересмотренных для принятия решения об их актуализации в течение 12 месяцев от момента их утверждения, актуализации или предыдущего пересмотра без актуализации»** представлен на рисунке 19.



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля стандартов улучшенных процессов, пересмотренных для принятия решения об их актуализации в течение 12 месяцев от момента их утверждения, актуализации или предыдущего пересмотра без актуализации»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 20.02.2024

№ п/п	Наименование подпроцесса	Регистрационный номер стандарта	Дата утверждения стандарта (в формате ДД.ММ.ГГГГ)	От даты утверждения стандарта прошло более 12 месяцев (Да/Нет)	Реквизиты последнего протокола совещания по вопросам пересмотра и актуализации стандарта		Стандарт выбран для проведения оценки (Да)	Стандарт соответствует условиям критерия (Да/Нет)
					Номер	Дата в формате ДД.ММ.ГГГГ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Предварительная запись пациента на прием к врачу	0101-01-2019-01	22.10.2019	Да	№4	06.10.2023	Да	Да
2	Предварительная запись пациента на прием к врачу	0101-03-2020-02.5	27.04.2020	Да	№2	07.04.2023	Да	Да
3	Предварительная запись пациента на прием к врачу	0101-01-2023-03.1	06.06.2023	Нет			Да	Да
4	Подбор и доставка медицинских карт пациента в кабинеты врачей, ведение картотеки поликлиники	0103-01-2022-01.4	09.02.2022	Да	№1	12.01.2024	Да	Да
5	Подбор и доставка медицинских карт пациента в кабинеты врачей, ведение картотеки поликлиники	0103-02-2023-02.1	06.06.2023	Нет			Да	Да
6	Лечебно-диагностический прием врача в поликлинике	0201-11-2021-01.5	17.09.2021	Да	№3	14.07.2023	Да	Да
7	Лечебно-диагностический прием врача в поликлинике	0201-01-2023-03.1	24.04.2023	Нет			Да	Да
8	Организация стационара на дому	0303-03-2023-01.1	24.04.2023	Нет			Да	Да
9	Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения	0401-02-2021-01.1	28.06.2021	Да	№2	07.04.2023	Да	Да
10	Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения	0401-01-2021-02.1	28.06.2021	Да	№2	07.04.2023		
11	Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения	0401-01-2021-03.1	28.06.2021	Да	№2	07.04.2023	Да	Да
12	Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения	0401-01-2021-04.1	28.06.2021	Да	№2	07.04.2023		

Рисунок 19. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля стандартов улучшенных процессов, пересмотренных для принятия решения об их актуализации в течение 12 месяцев от момента их утверждения, актуализации или предыдущего пересмотра без актуализации» (начало)

13	Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения	0401-09-2021-05.1	28.06.2021	Да	№2	07.04.2023			
14	Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения	0401-09-2021-06.1	28.06.2021	Да	№2	07.04.2023	Да	Да	
15	Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения	0401-07-2021-07.1	28.06.2021	Да	№2	07.04.2023			
16	Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения	0401-07-2021-08.1	28.06.2021	Да	№2	07.04.2023			
17	Проведение профилактических прививок	0602-01-2020-01.2	23.03.2020	Да	№1	12.01.2024	Да	Да	
18	Проведение профилактических прививок	0602-01-2020-02.1	23.03.2020	Да	№1	12.01.2024			
19	Проведение профилактических прививок	0602-01-2020-03.3	23.03.2020	Да	№1	12.01.2024	Да	Да	
20	Проведение профилактических прививок	0602-01-2020-04.2	23.03.2020	Да	№1	12.01.2024			
21	Проведение профилактических прививок	0602-10-2020-05.4	23.03.2020	Да	№1	12.01.2024	Да	Да	
22	Проведение профилактических прививок	0602-10-2020-06.2	23.03.2020	Да	№1	12.01.2024			
23	Проведение профилактических прививок	0602-10-2020-07.1	23.03.2020	Да	№1	12.01.2024			
							Общее количество стандартов, единиц	23	
							Количество стандартов, в отношении которых установлено несоответствие условиям критерия, единиц	0	
							Доля стандартов улучшенных процессов, соответствующих условиям критерия, %	100	
							Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)	Да	

ФИО, должность проводившего оценку

Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники

Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»

Подпись Петрова

Рисунок 19. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля стандартов улучшенных процессов, пересмотренных для принятия решения об их актуализации в течение 12 месяцев от момента их утверждения, актуализации или предыдущего пересмотра без актуализации» (окончание)



## Оценка достижения целевого значения критерия

**«Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает рекомендации)»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не менее 50 %:**

руководитель поликлиники представляет таблицу учета рабочего времени медицинских работников поликлиники за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки; графики работы, документы по стандартизации работы медицинских работников, осуществляющих прием (осмотр, консультацию) в рамках оказания первичной доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в поликлинике – очный прием или телемедицинская консультация (далее – стандарты работы);

представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют основной проверочный лист;

специалист, осуществляющий оценку, анализирует стандарты работы, проводит наблюдение и хронометраж, заполняет вспомогательные проверочные листы.

**Основной проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из семи столбцов. **Столбцы 1, 2 и 3** заполняют представители поликлиники, **столбцы 4, 5, 6 и 7** – специалист, осуществляющий оценку.

Представители поликлиники вносят в основной проверочный лист сведения о медицинских работниках, осуществляющих прием (осмотр, консультацию) в рамках оказания первичной доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в поликлинике. В **столбце 1** основного проверочного листа указывают табельный номер медицинского работника в соответствии с табелем учета рабочего времени медицинских работников поликлиники за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки,



в **столбце 2** – наименование должности медицинского работника в соответствии с номенклатурой должностей медицинских и фармацевтических работников.

Представители поликлиники заполняют **столбец 3** основного проверочного листа – указывают «Да», если для приема соответствующего медицинского работника разработан и утвержден стандарт работы, иначе – указывает «Нет».

Если в **столбце 3** основного проверочного листа указано по крайней мере одно «Нет», проведение оценки достижения целевого значения критерия прекращается, целевое значения критерия считается не достигнутым (в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**» основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует таблицу учета рабочего времени медицинских работников поликлиники за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки, стандарты работы, проверяет корректность заполнения основного проверочного листа. При необходимости корректирует заполнение основного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, случайным образом выбирает медицинских работников для проведения оценки: 2 медицинских работника со средним медицинским образованием (фельдшер, акушерка, медицинская сестра и прочее), 4 участковых врача (врач-терапевт участковый, врач-педиатр участковый, врач общей практики (семейный врач), врач-психиатр участковый, врач-психиатр-нарколог участковый, врач-фтизиатр участковый и прочее), 3 врача «узких» специальностей (врач-офтальмолог, врач-оториноларинголог, врач-невролог, врач-хирург и прочее). Если количество медицинских работников соответствующих категорий должностей меньше установленного количества, проводится оценка всех имеющихся медицинских работников таких должностей. При отсутствии медицинских работников соответствующих категорий должностей в поликлинике, увеличение количества медицинских работников в выборки по другим категориям должностей не требуется. Специалист, осуществляющий



оценку, обозначает свой выбор в основном проверочном листе – указывает «Да» в столбце 4.

Специалист, осуществляющий оценку, определяет дату проведения оценки в отношении приемов каждого выбранного медицинского работника – в столбце 5 основного проверочного листа указывает дату в формате «ДД.ММ.ГГГГ» в соответствии с графиками работы медицинских работников поликлиники, в столбце 6 – номер или наименование кабинета, в котором медицинский работник осуществляет прием (осмотр, консультацию) в выбранную дату.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует стандарты работы медицинских работников, выбранных для проведения оценки, при осуществлении приемов, проводит наблюдение и хронометраж приемов медицинских работников, выбранных для проведения оценки в соответствующие даты, по результатам которых заполняет вспомогательные проверочные листы.

Если в приеме участвуют два или несколько медицинских работников необходимо учитывать стандарты работы всех медицинских работников в рамках одного приема (осмотра, консультации).

**Вспомогательный проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из шести столбцов. **Столбец 1** содержит фиксированные сведения – показатели для оценки достижения целевого значения критерия. **Столбцы 2, 3, 4, 5 и 6** заполняет специалист, осуществляющий оценку, по результатам анализа стандартов работы, наблюдения и хронометража приемов медицинских работников.

В каждом вспомогательном проверочном листе необходимо указать наименование поликлиники, дату проведения оценки, наименование должности медицинского работника, табельный номер медицинского работника, номер или наименование кабинета в соответствии с основным проверочным листом. Если в приеме участвуют два или несколько медицинских работников необходимо указать сведения всех медицинских работников (перечислить через запятую), даже, если они не были выбраны для проведения оценки.



Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 2** вспомогательного проверочного листа – в соответствии со стандартом работы указывает общее стандартное время приема, выраженное в секундах, общее стандартное время выполнения медицинским работником или медицинскими работниками действий, создающих ценность для пациента, выраженное в секундах.

Если в стандарте работы отсутствуют указания на стандартное время приема, время выполнения медицинским работником или медицинскими работниками действий в рамках приема, **столбец 2** вспомогательного проверочного листа необходимо оставить незаполненным.

Специалист, осуществляющий оценку, проводит наблюдение и хронометраж приема. Всего необходимо выполнить три измерения. В ходе каждого измерения специалист, осуществляющий оценку, с помощью секундомера фиксирует общее время приема, выраженное в секундах, а также общее время, затраченное медицинским работником или медицинскими работниками, на выполнение действий, создающих ценность для пациентов, выраженное в секундах – в ходе приема секундомер запускается в начале выполнения таких действий, приостанавливается при их завершении, после завершения приема по секундомеру определяется общее время выполнения таких действий. Специалист, осуществляющий оценку, вносит полученные результаты в соответствующие строки **столбцов 3, 4 и 5** вспомогательного проверочного листа.

Действия медицинского работника определяются как создающие ценность для пациента, если медицинский работник в ходе приема:

проводит опрос пациента;

проводит физикальное обследование пациента – проводит осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию;

проводит инструментальное обследование пациента – проводит пациенту антропометрию, измерение артериального давления, пульсоксиметрию,



термометрию, отоскопию, ультразвуковое исследование, регистрацию электрокардиографии и прочее;

проводит забор биоматериала у пациента для лабораторного исследования;

проводит лечебные мероприятия в отношении пациента – вводит лекарственные средства, проводит физиотерапию, массаж, гимнастику и прочее;

консультирует пациента – проводит профилактическое консультирование, сообщает и обсуждает клинический диагноз, дает рекомендации, информирует пациента по вопросам, связанным с состоянием его здоровья.

Если в приеме участвуют два или несколько медицинских работников необходимо учитывать время выполнения действий, создающих ценность для пациента, которые непосредственно направлены на пациента, независимо от какого из медицинских работников, участвующих в приеме (осмотре, консультации), они исходят.

После проведения наблюдения и хронометража специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента, %»** вспомогательного проверочного листа для **столбцов 2, 3, 4 и 5** – указывает значение, округленное до десятой доли числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{ц} = \frac{T_{ц}}{T_{пр}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{ц}$  – доля времени приема, в течение которого медицинский работник или медицинские работники создают ценность для пациента;  $T_{пр}$  – общее время приема (осмотра, консультации);  $T_{ц}$  – общее время выполнения медицинским работником или медицинскими работниками действий, создающих ценность для пациента.

Если по крайней мере одно из полученных значений доли времени приема, в течение которого медицинский работник или медицинские работники создают ценность для пациента составляет менее 50 %, проведение оценки достижения целевого значения критерия прекращается (в **столбце 6** вспомогательного проверочного листа и в **столбце 7** основного проверочного листа в отношении соответствующего медицинского работника или медицинских работников



необходимо указать полученное значение менее 50 %), целевое значения критерия считается недостигнутым (в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**» основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 6** вспомогательного проверочного листа – в строке «**Минимальное значение доли времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента, %**» указывает наименьшее значение из **столбцов 2, 3, 4 и 5**.

Если минимальное значение доли времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента, составляет менее 50 %, проведение оценки достижения целевого значения критерия прекращается (в **столбце 7** основного проверочного листа в отношении соответствующего медицинского работника необходимо указать полученное значение менее 50 %), целевое значения критерия считается не достигнутым (в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**» основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, продолжает заполнять вспомогательные проверочные листы в отношении приемов (осмотров, консультаций), осуществляющимися медицинскими работниками, выбранными для проведения оценки.

По результатам заполнения вспомогательных проверочных листов специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 7** основного проверочного листа – указывает минимальные значения доли времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента из вспомогательных проверочных листов для соответствующих медицинских работников.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа. Если минимальное значение доли времени приема, в течение которого медицинский





---

работник создает ценность для пациента в **столбце 7** основного проверочного листа составляет не менее 50 %, указывает «Да», иначе – «Нет».

Пример заполнения основного и вспомогательного проверочных листов оценки достижения целевого значения критерия «Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает рекомендации)» представлен на рисунках 20 и 21.



## Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает рекомендации)»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 20.02.2024

Табельный номер медицинского работника	Наименование должности медицинского работника, осуществляющего прием (осмотр, консультацию) в рамках оказания первичной доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в поликлинике	Наличие стандарта работы (Да/Нет)	Выбор медицинского работника для проведения оценки (Да)	Дата проведения оценки (в формате ДД.ММ.ГГГГ)	Номер или наименование кабинета	Доля времени приема (осмотра, консультации), в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента, %
1	2	3	4	5	6	7
9858	Фельдшер	Да	Да	20.02.2024	121	56,4
4561	Фельдшер	Да			121	
9264	Акушерка	Да	Да	20.02.2024	115	64,2
5840	Медицинская сестра участковая	Да			211	38,0
8726	Врач-терапевт участковый	Да	Да	21.02.2024	202	55,3
7415	Врач-терапевт участковый	Да	Да	21.02.2024	203	57,1
3321	Врач-терапевт участковый	Да			205	
9572	Врач-терапевт участковый	Да			207	
5163	Врач-терапевт участковый	Да	Да	21.02.2024	209	
2143	Врач-терапевт участковый	Да	Да	21.02.2024	211	38,0
7491	Врач-оториноларинголог	Да	Да	22.02.2024	315	
6147	Врач-офтальмолог	Да			321	
3549	Врач-невролог	Да			317	
6625	Врач-невролог	Да	Да	22.02.2024	317	
4126	Врач-кардиолог	Да			324	
9747	Врач-хирург	Да			330	
3863	Врач-хирург	Да	Да	22.02.2024	330	
5377	Врач-эндокринолог	Да			313	
5593	Врач-аллерголог-иммунолог	Да			314	
2039	Врач-гастроэнтеролог	Да			328	
9219	Врач-инфекционист	Да			101	
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)						Нет

Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»

Подпись Иванов

Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»

Подпись Петрова

Рисунок 20. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает рекомендации)»

Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает рекомендации)»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»  
 Дата 21.02.2024  
 Должность Врач-терапевт участковый, медицинская сестра участковая  
 Табельный номер 2143, 5840  
 Кабинет 211

Показатель	Стандарт работы	Наблюдение 1	Наблюдение 2	Наблюдение 3	Минимальное значение доли времени приема (осмотра, консультации), в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (наименьшее значение из столбцов 2, 3, 4, 5), %
1	2	3	4	5	6
Общее время приема (осмотра, консультации), секунд	900	1046	834	915	X
Общее время выполнения медицинским работником действий, создающих ценность для пациента (время, в течение которого медицинский работник проводит опрос, физикальное обследование, инструментальное обследование, забор биоматериалов для лабораторного исследования, лечебные мероприятия, консультирование), секунд	550	398	439	499	X
Доля времени приема (осмотра, консультации), в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента, %	61,1	38,0	52,6	54,5	38,0

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
 Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ПРБ»  
 Подпись Петрова

Рисунок 21. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает рекомендации)»

**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Доля отклонения времени цикла каждой операции от времени такта  
процессов «Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап  
диспансеризации», «Вакцинация»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – не более 30 %:

руководитель поликлиники представляет стандарты процессов профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и вакцинации в поликлинике (далее – стандарты процессов);

специалист, осуществляющий оценку, проводит хронометраж;

представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют основной и вспомогательные проверочные листы.

**Основной проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из трех столбцов. **Столбец 1** содержит фиксированные сведения – наименование процессов, подлежащих оценке, в соответствии с типовым перечнем процессов и подпроцессов медицинских организаций: подпроцессы процессов профилактический прием и вакцинация. При этом в рамках критерия оцениваются только первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации, профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, диспансеризации детского населения. **Столбец 2** заполняют представители поликлиники, **столбец 3** – специалист, осуществляющий оценку.

Представители поликлиники заполняют **столбец 2** основного проверочного листа – указывают «Да», если соответствующий процесс осуществляется в поликлинике, иначе – указывают «Нет».

Представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют вспомогательные проверочные листы в отношении процессов из основного проверочного листа, для которых установлена применимость критерия (в **столбце 2** основного проверочного листа указано «Да»).

**Вспомогательный проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из двенадцати столбцов. **Столбцы 1, 2, 3 и 4** заполняют представители поликлиники, **столбцы 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 и 12** – специалист, осуществляющий оценку.

Представители поликлиники заполняют **столбцы 1 и 2** вспомогательных проверочных листов, в соответствии с порядками процессов поликлиники. В **столбце 1** указывают номер (наименование) кабинета или номер (наименование) поста<sup>19</sup>, в пределах которых осуществляются операции процесса. В **столбце 2** перечисляют операции процесса, осуществляющиеся в пределах соответствующих кабинетов или постов.

Если в соответствии со стандартом процесса одинаковые операции выполняются в нескольких кабинетах параллельно, то во вспомогательном проверочном листе необходимо перечислить все кабинеты с одинаковым набором операций (например, осмотр перед вакцинацией осуществляют врачи-терапевты в двух кабинетах осмотра – в этом случае существует одинаковая вероятность для пациента попасть в каждый из таких кабинетов). Если в соответствии со стандартом процесса одинаковые операции выполняются в нескольких кабинетах, но при этом нарушается возможность их параллельного выполнения, то для проведения оценки в проверочный лист необходимо внести наименование одного произвольно выбранного кабинета (например, осмотр перед вакцинацией осуществляется врачом-терапевтом участковым, в поликлинике 8 врачей-терапевтов участковых – в этом случае каждый пациент для осмотра перед вакцинацией попадет на прием в кабинет к врачу-терапевту только своего врачебного участка).

Представители поликлиники заполняют **столбец 3** вспомогательных проверочных листов – указывают время такта соответствующего процесса, выраженное в минутах, рассчитанное по формуле:

---

<sup>19</sup> Посты медицинских сестер и/ или администраторов

$$T_T = \frac{T_{рв}}{K_{п}}, \text{ где}$$

$T_T$  – время такта процесса;  $T_{рв}$  – доступное рабочее время рабочего дня, в течение которого осуществляется прием пациентов для оказания медицинской услуги в рамках процесса, выраженное в минутах;  $K_{п}$  – количество пациентов, которое необходимо принять для оказания медицинской услуги в рамках процесса в течение рабочего дня.

Или указывают время шага записи пациента для участия в процессе с целью получения медицинской помощи.

Представители поликлиники заполняют **столбец 4** вспомогательных проверочных листов – указывают время цикла операций процесса, выраженное в минутах, в соответствии со стандартом процесса. Если в стандарте процесса время цикла составляющих его операций не указано, в **столбце 4** необходимо указать «–» (прочерк).

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует стандарты процессов. Проверяет заполнение вспомогательных проверочных листов, при необходимости корректирует заполнение вспомогательных проверочных листов.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 11** вспомогательного проверочного листа – указывает значение, округленное до десятой доли числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{вц/вт.ст} = \frac{\left| \frac{T_{ц.ст}}{K_{к/п}} - T_T \right|}{T_T} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{вц/вт.ст}$  – доля отклонения времени цикла операций процесса в соответствии со стандартом процесса от времени такта процесса;  $T_{ц.ст}$  – время цикла операций процесса в соответствии со стандартом процесса – значение столбца 4;  $T_T$  – время такта процесса (время шага записи пациента для участия в процессе с целью получения медицинской помощи) – значение столбца 3,  $K_{к/п}$  – количество кабинетов или постов, в которых параллельно выполняются одинаковые

операции в рамках одного процесса, при отсутствии таких кабинетов или постов необходимо указать значение 1.

Если в стандарте процесса время цикла составляющих его операций не указано (в **столбце 4** вспомогательного проверочного листа указан «→»), в **столбце 11** вспомогательного проверочного листа необходимо указать «→» (прочерк).

Если полученное значение доли отклонения времени цикла операций процесса от времени такта процесса в соответствии со стандартом процесса составляет более 30 %, проведение оценки достижения целевого значения критерия прекращается (в строке «**Наибольшее отклонение времени цикла от времени такта, %**» вспомогательного проверочного листа и в **столбце 3** основного проверочного листа в отношении соответствующего процесса необходимо указать полученное значение более 30%), целевое значения критерия считается недостижимым (в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**» основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, проводит хронометраж у кабинетов или постов, в пределах которых выполняются операции процесса – замеряет и фиксирует общее время проведения медицинского обслуживания пациента – фактическое время цикла операций процесса для данного кабинета или поста. Всего проводит 5 измерений в отношении каждого кабинета или поста. Вносит результаты измерений, выраженные в минутах с точностью до десятой доли числа, в **столбцы 5, 6, 7, 8 и 9**, соответственно.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 10** – указывает значение, округленное до десятой доли числа, рассчитанное по формуле:

$$T_{ц.факт} = \frac{T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5}{5}, \text{ где}$$

$T_{ц.факт}$  – среднее фактическое время цикла операций процесса;  $T_1, T_2, T_3, T_4, T_5$  – время цикла операций процесса, полученное по результатам 5 измерений – значения столбцов 5, 6, 7, 8, 9.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 12** – указывает значение, округленное до десятой доли числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{вц/вт.факт} = \frac{\left| \frac{T_{ц.факт}}{K_{к/п}} - T_{т} \right|}{T_{т}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{вц/вт.факт}$  – доля отклонения фактического времени цикла операций процесса от времени такта процесса;  $T_{ц.факт}$  – среднее фактическое время цикла операций процесса – значение столбца 10;  $T_{т}$  – время такта процесса (условное время такта процесса) – значение столбца 3,  $K_{к/п}$  – количество кабинетов или постов, в которых параллельно выполняются одинаковые операции в рамках одного процесса, при отсутствии таких кабинетов или постов необходимо указать значение 1.

Если полученное значение доли отклонения фактического времени цикла операций процесса от времени такта процесса составляет более 30 %, проведение оценки достижения целевого значения критерия прекращается (в строке **«Наибольшее отклонение времени цикла от времени такта, %»** вспомогательного проверочного листа и в **столбце 3** основного проверочного листа в отношении соответствующего процесса необходимо указать полученное значение более 30%), целевое значения критерия считается недостигнутым (в строке **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Наибольшее отклонение времени цикла от времени такта, %»** вспомогательных проверочных листов – указывает наибольшее значение из **столбцов 11 и 12**.

Специалист, осуществляющий оценку, по результатам заполнения вспомогательных проверочных листов завершает заполнение основного



проверочного листа. Заполняет **столбец 3** основного проверочного листа – указывает значения строк **«Наибольшее отклонение времени цикла от времени такта, %»** вспомогательных проверочных листов в отношении соответствующих процессов.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа. Если минимальное значение доли отклонения времени цикла операций процесса от времени такта процесса в **столбце 3** основного проверочного листа составляет не более 30 %, указывает «Да», иначе – «Нет».

Пример заполнения основного и вспомогательного проверочных листов оценки достижения целевого значения критерия «Доля отклонения времени цикла каждой операции от времени такта процессов «Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации», «Вакцинация» представлен на рисунках 22 и 23.



Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Доля отклонения времени цикла каждой операции от времени такта процессов  
«Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации»,  
«Вакцинация»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»

Дата 20.02.2024

Наименование процесса	Процесс проводится (осуществляется) в поликлинике (Да/Нет)	Доля отклонения времени цикла от времени такта, %
1	2	3
Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения	Да	22,0
Проведение профилактического медицинского осмотра взрослых	Да	20,0
Проведение углубленной диспансеризации	Да	27,0
Проведение диспансеризации детского населения	Нет	
Проведение профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних	Нет	
Проведение профилактических прививок	Да	19,5
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)		Да

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МВЛЦ»  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ  
Подпись Петрова

Рисунок 22. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля отклонения времени цикла каждой операции от времени такта процессов «Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации», «Вакцинация»



Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля отклонения времени цикла каждой операции от времени такта процессов «Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации», «Вакцинация»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 20.02.2024  
 Наименование процесса Проведение углубленной диспансеризации

Номер или наименование кабинета (поста)	Перечень операций процесса	Время такта, минут	Время цикла, минут (стандарт процесса)	Время цикла операций процесса (факт), минут					Среднее время цикла (факт), минут	Доля отклонения времени цикла от времени такта, % (стандарт процесса)	Доля отклонения времени цикла от времени такта, % (факт)
				Измерение 1	Измерение 2	Измерение 3	Измерение 4	Измерение 5			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Кабинет 128	Оформление комплексной записи, маршрутного листа, согласия/отказа, заявление. Анкетирование. Антропометрия. Пульсоксиметрия. Измерение АД.	10,0	20,0	20,5	19,8	21,2	19,7	20,3	20,1	0,0	0,5
Кабинет 130	Оформление комплексной записи, маршрутного листа, согласия/отказа, заявление. Анкетирование. Антропометрия. Пульсоксиметрия. Измерение АД.		20,0	18,4	20,2	19,8	20,5	22,3	20,2	0,0	1,0
Кабинет 129	Спирометрия. Электрокардиография. Забор крови.		10,0	11,0	6,9	10,5	12,4	11,3	10,4	0,0	4,0
Кабинет 109	Осмотр фельдшера. Онкоосмотр. Взятие мазка с поверхности шейки матки		10,0	9,4	11,6	10,2	14,0	9,6	11,0	0,0	10,0
Кабинет 103	Рентгенография легких.		10,0	7,2	9,1	6,5	8,3	8,5	7,9	0,0	21,0
Кабинет 102	Маммография		10,0	12,1	11,7	11,9	10,5	12,5	11,7	0,0	17,0
Кабинет 232	Тест 6-минутной ходьбы		10,0	10,5	11,7	11,5	11,1	10,8	11,1	0,0	11,0
Кабинет 236	Оценка сердечно-сосудистого риска. Оценка риска ХНИЗ. Консультирование. Осмотр врача-терапевта.		10,0	12,5	13,8	12,4	14,1	10,5	12,7	0,0	27,0
Наибольшее отклонение времени цикла от времени такта, %										27,0	

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
 Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
 Подпись Петрова

Рисунок 23. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля отклонения времени цикла каждой операции от времени такта процессов «Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации», «Вакцинация»



### Оценка достижения целевого значения критерия

**«Отношение количества случаев оказания медицинской помощи с неоплатой или уменьшением оплаты медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода»**

Оценка критерия осуществляется в отношении медицинской организации. Результаты оценки распространяются на все обособленные структурные подразделения медицинской организации.

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не более 95 %**:

руководитель медицинской организации направляет запрос в территориальный фонд обязательного медицинского страхования на получение реестров заключений по результатам медико-экономической экспертизы, реестров заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи в отношении медицинской организации за отчетный период и период, предшествующий отчетному, получает и предоставляет такие реестры специалисту, осуществляющему оценку;

специалист, осуществляющий оценку, анализирует реестры заключений по результатам медико-экономической экспертизы, реестры заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи в отношении медицинской организации за отчетный период и период, предшествующий отчетному, заполняет проверочный лист.

**Отчетный период** соответствует двенадцати месяцам, предшествующим месяцу, определяемому по результатам вычитания пятнадцати рабочих дней от даты проведения оценки. **Период, предшествующий отчетному,**

соответствует двенадцати месяцам, предшествующих первому месяцу отчетного периода. Например, дата проведения оценки – 12.03.2024. После вычитания пятнадцати рабочих дней получаем дату – 20.02.2024. Отчетный период будет соответствовать двенадцати месяцам, предшествующих февралю 2024 года – с 01.02.2023 по 31.01.2024. Период, предшествующий отчетному, будет соответствовать двенадцати месяцам, предшествующим первому месяцу отчетного периода (февраль 2023 года) – с 01.02.2022 по 31.01.2023.

**Проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из десяти столбцов.

**Столбец 1** содержит фиксированные сведения – порядковый номер месяца отчетного периода и периода, предшествующего отчетному.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 2** – указывает названия месяцев отчетного периода и периода, предшествующего отчетному, в хронологическом порядке в соответствии с определением отчетного периода и периода, предшествующего отчетному. В верхней части **столбцов 3, 4, 5 и 6** в ячейке «**Отчетный период**» указывает календарный год или календарные года, включающие месяцы отчетного периода из **столбца 2**. В верхней части **столбцов 7, 8, 9 и 10** в ячейке «**Период, предшествующий отчетному**» указывает календарный год или календарные года, включающие месяцы периода, предшествующего отчетному, из **столбца 2**.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 3** – указывает количество случаев оказания медицинской помощи (комплектов медицинской документации), подвергнутых медико-экономической экспертизе (МЭЭ) в течение соответствующего месяца отчетного периода, **столбец 4** – указывает количество случаев в которых по результатам медико-экономической экспертизы, проведенной в течение соответствующего месяца отчетного периода, выявлены нарушения (дефекты) в соответствии с предоставленными реестрами заключений по результатам медико-экономической экспертизы за отчетный период.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 5** – указывает количество случаев оказания медицинской помощи (комплектов медицинской документации), подвергнутых экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП) в течение соответствующего месяца отчетного периода, **столбец 6** – указывает количество случаев, в которых по результатам экспертизы качества медицинской помощи, проведенной в течение соответствующего месяца отчетного периода, выявлены нарушения (дефекты) в соответствии с предоставленными реестрами заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи за отчетный период.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 7** – указывает количество случаев оказания медицинской помощи (комплектов медицинской документации), подвергнутых медико-экономической экспертизе (МЭЭ) в течение соответствующего месяца периода, предшествующего отчетному, **столбец 8** – указывает количество случаев, в которых по результатам медико-экономической экспертизы, проведенной в течение соответствующего месяца периода, предшествующего отчетному, выявлены нарушения (дефекты) в соответствии с предоставленными реестрами заключений по результатам медико-экономической экспертизы за период, предшествующий отчетному.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 9** – указывает количество случаев оказания медицинской помощи (комплектов медицинской документации), подвергнутых экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП) в течение соответствующего месяца периода, предшествующего отчетному, **столбец 10** – указывает количество случаев, в которых по результатам экспертизы качества медицинской помощи, проведенной в течение соответствующего месяца периода, предшествующего отчетному, выявлены нарушения (дефекты) в соответствии с предоставленными реестрами заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи за период, предшествующий отчетному.



Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Общее количество»** – подсчитывает сумму по каждому из следующих столбцов **3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 и 10** – указывает полученные значения в соответствующих столбцах строки **«Общее количество»**.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными нарушениями на 100 проведенных экспертиз за отчетный период»** – указывает значение, округленное до целого числа, рассчитанное по формуле:

$$K_{\text{оп}100} = \frac{K_{\text{опМЭЭ}} + K_{\text{опЭКМП}}}{P_{\text{опМЭЭ}} + P_{\text{опЭКМП}}} \times 100, \text{ где}$$

$K_{\text{оп}100}$  – количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными нарушениями на 100 проведенных экспертиз за отчетный период;  $K_{\text{опМЭЭ}}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, в которых по результатам медико-экономической экспертизы выявлены нарушения (дефекты) за отчетный период – значение столбца 4 строки «Общее количество»;  $K_{\text{опЭКМП}}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, в которых по результатам экспертизы качества медицинской помощи выявлены нарушения (дефекты) за отчетный период – значение столбца 6 строки «Общее количество»;  $P_{\text{опМЭЭ}}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых медико-экономической экспертизе за отчетный период – значение столбца 3 строки «Общее количество»;  $P_{\text{опЭКМП}}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых экспертизе качества медицинской помощи за отчетный период – значение столбца 5 строки «Общее количество».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными нарушениями на 100 проведенных экспертиз за период, предшествующий отчетному»** – указывает значение, округленное до целого числа, рассчитанное по формуле:

$$K_{\text{пп}100} = \frac{K_{\text{ппМЭЭ}} + K_{\text{ппЭКМП}}}{P_{\text{ппМЭЭ}} + P_{\text{ппЭКМП}}} \times 100, \text{ где}$$



$K_{пп100}$  – количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными нарушениями на 100 проведенных экспертиз за период, предшествующий отчетному;  $K_{ппМЭЭ}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, в которых по результатам медико-экономической экспертизы выявлены нарушения (дефекты) за период, предшествующий отчетному – значение столбца 8 строки «Общее количество»;  $K_{ппЭКМП}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, в которых по результатам экспертизы качества медицинской помощи выявлены нарушения (дефекты) за период, предшествующий отчетному – значение столбца 10 строки «Общее количество»;  $P_{ппМЭЭ}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых медико-экономической экспертизе за период, предшествующий отчетному – значение столбца 7 строки «Общее количество»;  $P_{ппЭКМП}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых экспертизе качества медицинской помощи за период, предшествующий отчетному – значение столбца 9 строки «Общее количество».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Значение критерия»** – указывает значение, округленное до целого числа, рассчитанное по формуле:

$$Z_k = \frac{K_{оп100}}{K_{пп100}} \times 100\%, \text{ где}$$

$Z_k$  – значение критерия «Отношение количества случаев оказания медицинской помощи с неоплатой или уменьшением оплаты медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов...»;  $K_{оп100}$  – количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными нарушениями на 100 проведенных экспертиз за отчетный период;  $K_{пп100}$  – количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными нарушениями на 100 проведенных экспертиз за период, предшествующий отчетному.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»**. Если значение критерия составляет 95 % и менее, указывает «Да», иначе – «Нет».





Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Отношение количества случаев оказания медицинской помощи с неоплатой или уменьшением оплаты медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода» представлен на рисунке 24.



## Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Отношение количества случаев оказания медицинской помощи с неоплатой или уменьшением оплаты медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 12.03.2024

№ п/п	Месяцы периодов	Отчетный период: <u>2023-2024</u>				Период, предшествующий отчетному: <u>2022-2023</u>			
		МЭЭ		ЭКМП		МЭЭ		ЭКМП	
		Количество случаев, всего, единиц	Количество случаев с нарушениями, единиц	Количество случаев, всего, единиц	Количество случаев с нарушениями, единиц	Количество случаев, всего, единиц	Количество случаев с нарушениями, единиц	Количество случаев, всего, единиц	Количество случаев с нарушениями, единиц
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	<i>февраль</i>	<i>114</i>	<i>32</i>	<i>55</i>	<i>8</i>	<i>86</i>	<i>18</i>	<i>25</i>	<i>5</i>
2	<i>март</i>					<i>55</i>	<i>5</i>	<i>7</i>	<i>1</i>
3	<i>апрель</i>			<i>12</i>	<i>3</i>	<i>77</i>	<i>15</i>	<i>27</i>	<i>5</i>
4	<i>май</i>	<i>305</i>	<i>47</i>	<i>74</i>	<i>11</i>	<i>112</i>	<i>23</i>	<i>15</i>	<i>3</i>
5	<i>июнь</i>					<i>81</i>	<i>17</i>	<i>34</i>	<i>6</i>
6	<i>июль</i>					<i>93</i>	<i>19</i>	<i>30</i>	<i>5</i>
7	<i>август</i>	<i>256</i>	<i>39</i>	<i>81</i>	<i>15</i>	<i>74</i>	<i>14</i>	<i>29</i>	<i>5</i>
8	<i>сентябрь</i>	<i>57</i>	<i>25</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>86</i>	<i>16</i>	<i>33</i>	<i>6</i>
9	<i>октябрь</i>					<i>98</i>	<i>22</i>	<i>27</i>	<i>5</i>
10	<i>ноябрь</i>	<i>289</i>				<i>84</i>	<i>17</i>	<i>39</i>	<i>7</i>
11	<i>декабрь</i>					<i>87</i>	<i>18</i>	<i>24</i>	<i>4</i>
12	<i>январь</i>	<i>133</i>	<i>34</i>	<i>70</i>	<i>4</i>	<i>89</i>	<i>14</i>	<i>34</i>	<i>6</i>
Общее количество		<i>1154</i>	<i>177</i>	<i>298</i>	<i>42</i>	<i>1002</i>	<i>198</i>	<i>324</i>	<i>58</i>
Количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными нарушениями на 100 проведенных экспертиз за отчетный период									<i>15</i>
Количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными нарушениями на 100 проведенных экспертиз, период за предшествующий отчетному									<i>19</i>
Значение критерия, %									<i>78</i>
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)									<i>Да</i>

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МЦАЦ»  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
Подпись Петрова

Рисунок 24. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Отношение количества случаев оказания медицинской помощи с неоплатой или уменьшением оплаты медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода»



### Оценка достижения целевого значения критерия

**«Отношение суммы неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи и суммы штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода»**

Оценка критерия осуществляется в отношении медицинской организации. Результаты оценки распространяются на все обособленные структурные подразделения медицинской организации.

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не более 95 %:**

руководитель медицинской организации направляет запрос в территориальный фонд обязательного медицинского страхования на получение реестров заключений по результатам медико-экономической экспертизы, реестров заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи в отношении медицинской организации за отчетный период и период, предшествующий отчетному, получает и предоставляет такие реестры специалисту, осуществляющему оценку;

специалист, осуществляющий оценку, анализирует реестры заключений по результатам медико-экономической экспертизы, реестры заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи в отношении медицинской организации за отчетный период и период, предшествующий отчетному, заполняет проверочный лист.

**Отчетный период** соответствует двенадцати месяцам, предшествующим месяцу, определяемому по результатам вычитания пятнадцати рабочих дней от даты проведения оценки. **Период, предшествующий отчетному,** соответствует двенадцати месяцам, предшествующих первому месяцу отчетного



периода. Например, дата проведения оценки – 12.03.2024. После вычитания пятнадцати рабочих дней получаем дату – 20.02.2024. Отчетный период будет соответствовать двенадцати месяцам, предшествующих февралю 2024 года – с 01.02.2023 по 31.01.2024. Период, предшествующий отчетному, будет соответствовать двенадцати месяцам, предшествующим первому месяцу отчетного периода (февраль 2023 года) – с 01.02.2022 по 31.01.2023.

**Проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из десяти столбцов.

**Столбец 1** содержит фиксированные сведения – порядковый номер месяца отчетного периода и периода, предшествующего отчетному.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 2** – указывает названия месяцев отчетного периода и периода, предшествующего отчетному, в хронологическом порядке в соответствии с определением отчетного периода и периода, предшествующего отчетному. В верхней части **столбцов 3, 4, 5 и 6** в ячейке «**Отчетный период**» указывает календарный год или календарные года, включающие месяцы отчетного периода из **столбца 2**. В верхней части **столбцов 7, 8, 9 и 10** в ячейке «**Период, предшествующий отчетному**» указывает календарный год или календарные года, включающие месяцы периода, предшествующего отчетному, из **столбца 2**.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 3** – указывает количество случаев оказания медицинской помощи (комплектов медицинской документации, подвергнутых медико-экономической экспертизе (МЭЭ) в течение соответствующего месяца отчетного периода, **столбец 4** – указывает сумму финансовых санкций (неоплата или уменьшение оплаты, штраф за неоказание, несвоевременное оказание, за оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, выраженные в рублях), возникших по результатам медико-экономической экспертизы таких случаев, проведенной в течение соответствующего месяца отчетного периода, в соответствии



с предоставленными реестрами заключений по результатам медико-экономической экспертизы за отчетный период.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 5** – указывает количество случаев оказания медицинской помощи (комплектов медицинской документации), подвергнутых экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП) в течение соответствующего месяца отчетного периода, **столбец 6** – указывает сумму финансовых санкций, возникших по результатам экспертизы качества медицинской помощи таких случаев, проведенной в течение соответствующего месяца отчетного периода, в соответствии с предоставленными реестрами заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи за отчетный период.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 7** – указывает количество случаев оказания медицинской помощи (комплектов медицинской документации), подвергнутых медико-экономической экспертизе (МЭЭ) в течение соответствующего месяца периода, предшествующего отчетному, **столбец 8** – указывает сумму финансовых санкций, возникших по результатам медико-экономической экспертизы таких случаев, проведенной в течение соответствующего месяца периода, предшествующего отчетному, в соответствии с предоставленными реестрами заключений по результатам медико-экономической экспертизы за период, предшествующий отчетному.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 9** – указывает количество случаев оказания медицинской помощи (комплектов медицинской документации), подвергнутых экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП) в течение соответствующего месяца периода, предшествующего отчетному, **столбец 10** – указывает сумму финансовых санкций, возникших по результатам экспертизы качества медицинской помощи таких случаев, проведенной в течение соответствующего месяца периода, предшествующего отчетному, в соответствии с предоставленными реестрами заключений по результатам экспертизы качества медицинской помощи за период, предшествующий отчетному.



Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Общее количество»** – подсчитывает сумму по каждому из следующих столбцов **3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 и 10** – указывает полученные значения в соответствующих столбцах строки **«Общее количество»**.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Сумма финансовых санкций на 100 проведенных экспертиз за отчетный период»** – указывает значение, округленное до целого числа, рассчитанное по формуле:

$$S_{оп100} = \frac{S_{опМЭЭ} + S_{опЭКМП}}{P_{опМЭЭ} + P_{опЭКМП}} \times 100, \text{ где}$$

$S_{оп100}$  – сумма финансовых санкций на 100 проведенных экспертиз за отчетный период;  $S_{опМЭЭ}$  – сумма финансовых санкций по результатам медико-экономической экспертизы за отчетный период – значение столбца 4 строки **«Общее количество»**;  $S_{опЭКМП}$  – сумма финансовых санкций по результатам экспертизы качества медицинской помощи за отчетный период – значение столбца 6 строки **«Общее количество»**;  $P_{опМЭЭ}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых медико-экономической экспертизе за отчетный период – значение столбца 3 строки **«Общее количество»**;  $P_{опЭКМП}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых экспертизе качества медицинской помощи за отчетный период – значение столбца 5 строки **«Общее количество»**.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Сумма финансовых санкций на 100 проведенных экспертиз за период, предшествующий отчетному»** – указывает значение, округленное до целого числа, рассчитанное по формуле:

$$S_{пп100} = \frac{S_{ппМЭЭ} + S_{ппЭКМП}}{P_{ппМЭЭ} + P_{ппЭКМП}} \times 100, \text{ где}$$

$S_{пп100}$  – сумма финансовых санкций на 100 проведенных экспертиз за период, предшествующий отчетному;  $S_{ппМЭЭ}$  – сумма финансовых санкций по результатам медико-экономической экспертизы за период, предшествующий отчетному – значение столбца 8 строки **«Общее количество»**;  $S_{ппЭКМП}$  – сумма финансовых



санкций по результатам экспертизы качества медицинской помощи за период, предшествующий отчетному – значение столбца 10 строки «Общее количество»;  $P_{\text{ппМЭЭ}}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых медико-экономической экспертизе за период, предшествующий отчетному – значение столбца 7 строки «Общее количество»;  $P_{\text{ппЭКМП}}$  – количество случаев оказания медицинской помощи, подвергнутых экспертизе качества медицинской помощи за период, предшествующий отчетному – значение столбца 9 строки «Общее количество».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Значение критерия»** – указывает значение, округленное до целого числа, рассчитанное по формуле:

$$Z_c = \frac{S_{\text{оп100}}}{S_{\text{пп100}}} \times 100\%, \text{ где}$$

$Z_c$  – значение критерия «Отношение суммы неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи и суммы штрафов ...»;  $S_{\text{оп100}}$  – сумма финансовых санкций на 100 проведенных экспертиз за отчетный период;  $S_{\text{пп100}}$  – сумма финансовых санкций на 100 проведенных экспертиз за период, предшествующий отчетному.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»**. Если значение критерия составляет 95 % и менее, указывает «Да», иначе – «Нет».

Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Отношение суммы неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи и суммы штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода» представлен на рисунке 25.



## Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Отношение суммы неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи и суммы штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 12.03.2024

№ п/п	Месяцы периодов	Отчетный период: <u>2023-2024</u>				Период, предшествующий отчетному: <u>2022-2023</u>			
		МЭЭ		ЭКМП		МЭЭ		ЭКМП	
		Количество случаев, всего, единиц	Сумма финансовых санкций, рублей	Количество случаев, всего, единиц	Сумма финансовых санкций, рублей	Количество случаев, всего, единиц	Сумма финансовых санкций, рублей	Количество случаев, всего, единиц	Сумма финансовых санкций, рублей
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	<i>февраль</i>	114	1262,46	55	1107,82	86	1078,03	25	439,63
2	<i>март</i>					35	438,73	7	123,10
3	<i>апрель</i>			12	241,71	77	965,21	27	474,80
4	<i>май</i>	305	3377,64	74	1490,52	112	1403,94	15	263,78
5	<i>июнь</i>					81	1015,35	34	597,89
6	<i>июль</i>					93	1165,77	30	527,55
7	<i>август</i>	256	2835,00	81	1631,51	74	927,60	29	509,97
8	<i>сентябрь</i>	57	631,23	6	120,85	86	1078,03	33	580,31
9	<i>октябрь</i>					98	1228,45	27	474,80
10	<i>ноябрь</i>	289	3200,45			84	1052,96	39	685,82
11	<i>декабрь</i>					87	1090,56	24	422,04
12	<i>январь</i>	133	1472,87	70	1409,95	89	1115,63	34	597,89
Общее количество		1154	12779,65	298	6002,36	1002	12560,26	324	5697,57
Сумма финансовых санкций на 100 проведенных экспертиз за отчетный период									1293,53
Сумма финансовых санкций на 100 проведенных экспертиз за период, предшествующий отчетному									1376,91
Значение критерия, %									94
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)									Да

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МНЦ»  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
Подпись Петрова

Рисунок 25. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Отношение суммы неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи и суммы штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода»





**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Доля времени приемов врача для оказания медицинской помощи  
в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема  
по предварительной записи»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – доля времени приемов врача для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи, составляет **не менее 50%**:

руководитель поликлиники предоставляет утвержденные графики работы в отношении медицинских работников поликлиники, осуществляющих прием для оказания медицинской помощи в плановой форме;

руководитель поликлиники предоставляет данные МИС о предварительной записи врачей, осуществляющих прием для оказания медицинской помощи в плановой форме;

специалист, осуществляющий оценку, изучает материалы, представленные руководителем поликлиники, и заполняет проверочный лист.

Проверочный лист содержит таблицу (приложение 1), состоящую из шести столбцов.

Выгрузка данных о предварительной записи врачей, осуществляющих прием для оказания медицинской помощи в плановой форме, из МИС включает период календарной недели, в течение которой запланировано проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, случайным образом выбирает приемы врачей для проведения оценки: 4 приема врачей-терапевтов участковых/ врачей-педиатров участковых/ врачей общей практики (семейных врачей) или врачей-психиатров участковых/ врачей-психиатров-наркологов участковых/ врачей-фтизиатров участковых и 3 приема врачей-специалистов. Вносит в **столбец 1** наименование должностей врачей, приемы которых выбраны для



оценки, в **столбец 2** – даты приемов, в **столбец 3** – номера кабинетов или их наименования.

Специалист, осуществляющий оценку, изучает графики работы и данные МИС в отношении приемов врачей, которые выбраны для оценки. Вносит в **столбец 4** время приемов, выраженное в минутах, в соответствии с графиками работы, в **столбец 5** – время, выделенное для приема по предварительной записи, выраженное в минутах, в соответствии с данными МИС.

Специалист, осуществляющий оценку, проводит расчет доли времени, выделенного для приема по предварительной записи, от общего времени приема для каждого врача, приемы которых выбраны для оценки, выраженной в процентах по формуле:

$$D_{\text{вр}} = \frac{T_{\text{пр}}}{T_{\text{общ}}} \times 100\% , \text{ где}$$

$D_{\text{вр}}$  – доля времени, выделенного для приема по предварительной записи;  $T_{\text{пр}}$  – время приема по предварительной записи, минуты;  $T_{\text{общ}}$  – общее время приема, минуты.

В **столбец 6** специалист, осуществляющий оценку, вносит полученный результат для каждого приема, выбранного для оценки.

Если специалист, осуществляющий оценку, вносит в столбец 6 значение менее 50 – он прекращает оценку выполнения условий достижения целевого значения критерия.

В **строку «Минимальная доля времени, отведенная для приема по предварительной записи»** специалист, осуществляющий оценку, вносит минимальное значение из **столбца 6**.

В **строку «Достижение целевого значения»** специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да» – если значение в строке «Минимальная доля времени, отведенная для приема по предварительной записи» составляет 50 % и более, иначе – вносит «Нет».



Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля времени приемов врача для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи» представлен на рисунке 26.



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля времени приемов врача для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи»

Наименование поликлиники Поликлиника №1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 17.02.2024

Наименование должности врача	Дата оцениваемого приема (в формате ДД.ММ.ГГГГ)	Номер или наименование кабинета	Время приема, минута	Время приема по предварительной записи, минута	Доля времени, отведенного для приема по предварительной записи, %
1	2	3	4	5	6
Врач-терапевт участковый	13.02.2023	201	180	180	100
Врач-терапевт участковый	17.02.2023	208	180	180	100
Врач-терапевт участковый	16.02.2023	204	180	180	100
Врач-терапевт участковый	15.02.2023	210	180	180	100
Врач-невролог	16.02.2023	307	345	345	100
Врач-аллерголог-иммунолог	16.02.2023	312	240	180	75
Врач-оториноларинголог	17.02.2023	304	360	360	100
Минимальная доля времени, отведенного для приема по предварительной записи, %:					75
Достижение целевого значения (Да/Нет):					Да

ФИО, должность проводившего оценку

*Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»*

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники

*Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»*

Подпись Петрова

Рисунок 26. Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля времени приемов врача для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи»



**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Доля пациентов, принятых в соответствии со временем  
предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых  
по предварительной записи»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи, составляет **не менее 80%**:

руководитель поликлиники предоставляет утвержденные графики работы в отношении медицинских работников поликлиники, осуществляющих прием для оказания медицинской помощи в плановой форме;

руководитель поликлиники предоставляет данные МИС о предварительной записи врачей, осуществляющих прием для оказания медицинской помощи в плановой форме;

специалист, осуществляющий оценку, изучает материалы, представленные руководителем поликлиники, проводит наблюдение и опрос, заполняет проверочный лист.

Проверочный лист содержит таблицу (приложение 1), состоящую из пяти столбцов.

Специалист, осуществляющий оценку, выбирает приемы врачей для проведения оценки: 4 приема врачей-терапевтов участковых/ врачей-педиатров участковых/ врачей общей практики (семейных врачей) или врачей-психиатров участковых/ врачей-психиатров-наркологов участковых/ врачей-фтизиатров участковых и 3 приема врачей-специалистов. При этом специалисту, осуществляющему оценку необходимо:

определить день и время проведения оценки на основании установления максимально возможного количества приемов по предварительной записи в соответствии с графиками работы врачей и данными МИС о предварительной записи;



выбрать для наблюдения приемы, проводимые в кабинетах, расположенных в непосредственной близости друг от друга, при наличии такой возможности.

В случае отсутствия в поликлинике необходимого количества приемов врачей по предварительной записи в соответствии с количеством прикрепленного населения и порядками оказания медицинской помощи, специалист, осуществляющий оценку, ограничивается наибольшим возможным количеством приемов врачей по предварительной записи в поликлинике.

В соответствии с выбранными приемами, специалист, осуществляющий оценку, вносит в **столбец 1** наименование должностей врачей, в **столбец 2** – даты приемов, в **столбец 3** – номера кабинетов или их наименования, в **столбец 4** – время приемов по предварительной записи.

Представители поликлиники распечатывают соответствующие данные о предварительной записи из МИС (далее – лист предварительной записи) непосредственно перед проведением оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, проводит опрос пациентов при наблюдении у кабинетов врачей, приемы которых выбраны для оценки, в часы приема по предварительной записи. В ходе непрерывного наблюдения, специалист, осуществляющий оценку, выявляет пять пациентов, имеющих предварительную запись на прием. Фиксирует в листе предварительной записи время входа данных пациентов в кабинет с целью оказания медицинской помощи по предварительной записи.

Специалист, осуществляющий оценку, рассчитывает долю пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от пяти, выраженную в процентах по формуле:

$$D_{\text{ппз}} = \frac{q_{\text{п}}}{5} \times 100\% , \text{ где}$$

$D_{\text{ппз}}$  – доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи;  $q_{\text{п}}$  – количество пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи.



Специалист, осуществляющий оценку, учитывает пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, если разница между временем входа пациента в кабинет с целью получения медицинской помощи и временем предварительной записи на прием не превышает 50 % от шага записи, согласно сведениям листа предварительной записи. Разница между временем входа пациента в кабинет и временем предварительной записи рассчитывается по формуле:

$$\Delta T = \frac{|t_{\text{вх}} - t_{\text{пз}}|}{T_{\text{шаг}}} \times 100\% , \text{ где}$$

$\Delta T$  – разница между временем входа пациента в кабинет и временем предварительной записи;  $t_{\text{вх}}$  – время входа пациента в кабинет;  $t_{\text{пз}}$  – время предварительной записи;  $T_{\text{шаг}}$  – шаг записи.

Специалист, осуществляющий оценку, вносит результат расчета доли пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи в **столбец 5** для каждого приема, выбранного для оценки.

Если специалист, осуществляющий оценку, вносит в **столбец 4** значение менее 80 – он прекращает оценку выполнения условий достижения целевого значения критерия.

В строку **«Минимальная доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи»** специалист, осуществляющий оценку, вносит минимальное значение из **столбца 5**.

В строку **«Достижение целевого значения»** специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да» – если значение в строке **«Минимальная доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи»** составляет 80 % и более, иначе – вносит «Нет».

Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия **«Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи»** представлен на рисунке 27.



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи»

Наименование поликлиники Поликлиника №1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 17.02.2024

Наименование должности врача	Дата оцениваемого приема (в формате ДД.ММ.ГГГГ)	Номер или наименование кабинета	Время приема по предварительной записи (в формате ЧЧ.ММ – ЧЧ.ММ)	Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, %
1	2	3	4	5
Врач-терапевт участковый	13.02.2023	201	08.00-11.00	80
Врач-терапевт участковый	17.02.2023	208	08.00-11.00	80
Врач-терапевт участковый	16.02.2023	204	08.00-11.00	100
Врач-терапевт участковый	15.02.2023	210	08.00-11.00	80
Врач-невролог	16.02.2023	307	13.00-18.45	80
Врач-аллерголог-иммунолог	16.02.2023	312	13.00-17.00	80
Врач-оториноларинголог	17.02.2023	304	13.00-19.00	60
Минимальная доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, %:				60
Достижение целевого значения (Да/Нет):				Нет

ФИО, должность проводившего оценку

*Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»*

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники

*Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»*

Подпись Петрова

Рисунок 27. Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи»



### Оценка достижения целевого значения критерия

#### «Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей»

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей составляет **не более 50 %**:

руководитель поликлиники представляет данные МИС за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки, об общем количестве предварительных записей на прием в поликлинику и количестве записей в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру поликлиники;

специалист, осуществляющий оценку, изучает представленные сведения и заполняет проверочный лист.

Проверочный лист содержит таблицу (приложение 1), состоящую из четыре столбцов.

В **столбец 1** специалист, осуществляющий оценку, вносит сведения о количестве записей на прием в поликлинику всеми доступными способами в соответствии с представленными данными МИС.

В **столбец 2** специалист, осуществляющий оценку, вносит сведения о количестве записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законных представителей в регистратуру поликлиники в соответствии с представленными данными МИС.

Специалист, осуществляющий оценку, рассчитывает долю предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных

при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей по формуле:

$$D_{\text{зрег}} = \frac{q_{\text{зрег}}}{q_{\text{общ}}} \times 100\% , \text{ где}$$

$D_{\text{зрег}}$  – доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей;  $q_{\text{зрег}}$  – количество записей на прием в поликлинику, совершенных всеми доступными способами;  $q_{\text{общ}}$  – количество записей на прием в поликлинику при непосредственном обращении в регистратуру.

В **столбец 3** специалист, осуществляющий оценку, вносит результат расчета доли предварительных записей в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей.

В **столбец 4** специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да», если показатель в **столбце 3** составляет 50 % и менее, иначе – вносит «Нет».

Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей» представлен на рисунке 28.



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей»

Наименование поликлиники Поликлиника №1 ГБУЗ «Центральная районная больница»

Дата 17.02.2024

Количество записей на прием в поликлинику всеми доступными способами, запись	Количество записей на прием в поликлинику при обращении в регистратуру, запись	Доля записей, совершенных при обращении в регистратуру, %	Достижение целевого значения (Да/Нет)
1	2	3	4
14 526	6 782	47	Да

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»

Подпись Петрова

Рисунок 28. Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей»

**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения  
профилактического медицинского осмотра или первого этапа  
диспансеризации определенных групп взрослого населения»**

Оценку достижения целевого значения критерия осуществляют в поликлиниках, в которых проводят профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения.

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не более 3 визитов** пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения:

руководитель поликлиники представляет медицинскую документацию; специалист, осуществляющий оценку, изучает представленную медицинскую документацию и заполняет проверочный лист.

Проверочный лист содержит таблицу (приложение 1), состоящую из трех столбцов.

Руководитель поликлиники предоставляет медицинскую документацию: медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у) и приложенные к ним бланки учетной формы № 131/у (далее – комплект медицинской документации) всех законченных случаев выполнения первого этапа диспансеризации, профилактического медицинского осмотра, окончание которых приходится на месяц, предшествующий месяцу проведения оценки (далее – отчетный период), а также сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения за отчетный период (форма № 131/о).

Специалист, осуществляющий оценку, вносит:

**в строку «Общее количество законченных случаев выполнения первого этапа диспансеризации в отчетном периоде» количество**

представленных комплектов медицинской документации законченных случаев выполнения первого этапа диспансеризации в отчетном периоде;

в строку «**Общее количество законченных случаев прохождения профилактического медицинского осмотра в отчетном периоде**» количество представленных комплектов медицинской документации законченных случаев прохождения профилактического медицинского осмотра в отчетном периоде.

Специалист, осуществляющий оценку, проводит отбор путем случайного выбора не менее 20 % комплектов медицинской документации по законченным случаям выполнения первого этапа диспансеризации, при этом общее количество случаев не может составлять менее 40, и не менее 20 % комплектов медицинской документации по законченным случаям прохождения профилактического медицинского осмотра, при этом общее количество случаев не может составлять менее 10.

Специалист, осуществляющий оценку, проводит расчет количества комплектов медицинской документации по законченным случаям выполнения первого этапа диспансеризации, необходимого для отбора с целью проведения анализа, по формуле:

$$КД_A \geq \frac{КД}{100\%} \times 20\% , \text{ где}$$

КД<sub>А</sub> – количество комплектов медицинской документации по законченным случаям выполнения первого этапа диспансеризации, необходимое для проведения анализа (округляется до целого числа в большую сторону, но не менее 40); КД – общее количество комплектов медицинской документации по законченным случаям выполнения первого этапа диспансеризации в отчетном периоде.

Специалист, осуществляющий оценку, проводит расчет количества комплектов медицинской документации по законченным случаям прохождения профилактического медицинского осмотра, необходимого для отбора с целью проведения анализа, по формуле:

$$КП_A \geq \frac{КП}{100\%} \times 20\% , \text{ где}$$

КП<sub>А</sub> – количество комплектов медицинской документации по законченным случаям прохождения профилактического медицинского осмотра, необходимое для проведения анализа (округляется до целого числа в большую сторону, но не менее 10); КП – общее количество комплектов медицинской документации по законченным прохождением профилактического медицинского осмотра в отчетном периоде.

Специалист, осуществляющий оценку, проводит анализ отобранных комплектов медицинской документации. По результатам анализа заполняет проверочный лист:

в **столбец 1** вносит номер медицинской карты пациента или полиса обязательного медицинского страхования;

в **столбец 2** вносит «Д», если комплект медицинской документации содержит сведения о законченном случае выполнения первого этапа диспансеризации, вносит «П» – сведения о законченном случае выполнения профилактического медицинского осмотра;

в **столбец 3** вносит сведения о количестве визитов в поликлинику при прохождении профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации в соответствии с датами проведения осмотра/исследования, при этом даты медицинских осмотров, исследований, выполненных ранее и учтенных при проведении диспансеризации, профилактического медицинского осмотра, не учитываются.

Если в ходе анализа отобранных комплектов медицинской документации специалист, осуществляющий оценку, вносит в **столбец 3** значение более 3 – он прекращает оценку выполнения условий достижения целевого значения критерия.

В строку «Количество проанализированных комплектов медицинской документации по законченным случаям выполнения первого этапа

**диспансеризации»** специалист, осуществляющий оценку, вносит количество проанализированных комплектов медицинской документации по законченным случаям выполнения первого этапа диспансеризации (количество «Д» из столбца 2).

В строку **«Количество проанализированных комплектов медицинской документации по законченным случаям прохождения профилактического медицинского осмотра»** специалист, осуществляющий оценку, вносит количество проанализированных комплектов медицинской документации по законченным случаям прохождения профилактического медицинского осмотра (количество «П» из столбца 2).

В строку **«Максимальное количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения»** специалист, осуществляющий оценку, вносит максимальное значение показателя из столбца 3.

В строку **«Достижение целевого значения»** специалист, осуществляющий оценку, вносит «Да», если в строке «Максимальное количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения» показатель составляет 3 и менее, иначе – вносит «Нет».

Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения» представлен на рисунке 29.



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения»

Наименование поликлиники Поликлиника №1 ГБУЗ «Центральная районная больница»

Дата 17.02.2024

Номер медицинской карты пациента или номер полиса обязательного медицинского страхования	Диспансеризация/ профилактический медицинский осмотр, (Д/П)	Количество визитов, единица
1	2	3
125 650	Д	3
369 125	Д	3
707 725	Д	2
325 024	Д	1
123 456	П	2
758 011	Д	3
...	...	...
365 141	Д	4
Общее количество законченных случаев выполнения первого этапа диспансеризации в отчетном периоде, случай		264
Количество проанализированных комплектов медицинской документации по законченным случаям выполнения первого этапа диспансеризации, комплект медицинской документации		5
Общее количество законченных случаев прохождения профилактического медицинского осмотра в отчетном периоде, случай		57
Количество проанализированных комплектов медицинской документации по законченным случаям прохождения профилактического медицинского осмотра, комплект медицинской документации		1
Максимальное количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, единица:		4
Достижение целевого значения (Да/Нет):		Нет

ФИО, должность проводившего оценку  
*Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»*  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
*Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»*  
Подпись Петрова

Рисунок 29. Пример заполнения проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения»



**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя  
поликлиники и его заместителей»**

Оценка критерия осуществляется в соответствии с номенклатурой должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденной приказом Минздрава России от 02.05.2023 № 205н «Номенклатура должностей медицинских работников и фармацевтических работников». Если поликлиника является самостоятельной медицинской организацией, в качестве руководителя поликлиники рассматривается должность руководителя (главного врача, начальника) медицинской организации, в качестве его заместителей – должности заместителей руководителя (главного врача, начальника) медицинской организации. Если поликлиника является структурным подразделением медицинской организации, в качестве руководителя поликлиники рассматриваются должности руководителя (главного врача, начальника) соответствующего обособленного подразделения медицинской организации или заведующего (главного врача, начальника) структурного подразделения, осуществляющего медицинскую деятельность, иной организации или заведующего (начальника) структурного подразделения (поликлиники, детской поликлиники, поликлинического отделения, детского поликлинического отделения, консультативно-диагностического центра, консультативно-диагностического центра для детей) медицинской организации – врача-специалиста, специалиста или заведующего (начальника) структурного подразделения (поликлиники, детской поликлиники, поликлинического отделения, детского поликлинического отделения, консультативно-диагностического центра, консультативно-диагностического центра для детей) медицинской организации. В качестве заместителя руководителя поликлиники – должности заместителей руководителя (главного врача, начальника) соответствующего обособленного подразделения

медицинской организации. Для проведения оценки критерия учитываются только должности заместителей руководителя поликлиники по разделам работы, непосредственно связанным с организацией оказания медицинской помощи.

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не менее 1 проекта по улучшению:**

руководитель поликлиники представляет штатное расписание поликлиники; таблицу учета рабочего времени работников поликлиники за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки; материалы проектов по улучшению, реализованных в отчетном периоде с участием руководителя поликлиники, заместителей руководителя поликлиники: локальный нормативный акт о реализации проекта по улучшению, паспорт проекта по улучшению, карта текущего состояния процесса, карта целевого состояния процесса, лист коренных причин выявленных проблем, план мероприятий по достижению целевого состояния процесса, диаграмма Ганта, данные мониторинга устойчивости улучшений, документы по стандартизации результатов улучшений;

специалист, осуществляющий оценку, анализирует штатное расписание, таблицу учета рабочего времени, материалы проектов по улучшению, заполняет основной и вспомогательные проверочные листы.

**Отчетный период** соответствует двенадцати месяцам, предшествующим месяцу проведения оценки.

**Основной проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из трех столбцов. Таблицу заполняет специалист, осуществляющий оценку.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует штатное расписание поликлиники, определяет должности руководителя поликлиники, заместителей руководителя поликлиники. Заполняет **столбец 1** основного проверочного листа – указывает должности руководителя поликлиники, заместителей руководителя поликлиники.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует таблицу учета рабочего времени работников поликлиники за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки, определяет табельные номера руководителя поликлиники, заместителей руководителя поликлиники. Заполняет **столбец 2** основного проверочного листа – указывает табельные номера руководителя поликлиники, заместителей руководителя поликлиники.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Дата первого дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)»** и **строку «Дата последнего дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)»** основного проверочного листа – соответственно, указывает дату первого дня отчетного периода, дату последнего дня отчетного периода в соответствии с определением отчетного периода.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует материалы проектов по улучшению, реализованных с участием руководителя поликлиники, заместителей руководителя поликлиники. По результатам анализа материалов проектов по улучшению заполняет вспомогательные проверочные листы.

**Вспомогательный проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из двух столбцов. **Столбец 1** содержит фиксированные сведения – признаки соответствия материалов проекта по улучшению условиям критерия. **Столбец 2** заполняет специалист, осуществляющий оценку.

Количество вспомогательных проверочных листов соответствует количеству проектов по улучшению, в отношении которых представлены материалы. В каждом вспомогательном проверочном листе необходимо указать наименование поликлиники, дату проведения оценки, табельный номер руководителя или заместителя руководителя поликлиники в соответствии с основным проверочным листом.

Соответствие проектов по улучшению критерию определяется следующими условиями:

реализация проекта по улучшению в течение отчетного периода;

участие руководителя, заместителя руководителя поликлиники в реализации проекта по улучшению в роли руководителя рабочей группы (идентификацию персональных данных руководителя, заместителя руководителя поликлиники необходимо осуществлять посредством табельного номера);

соблюдение методологии реализации проекта по улучшению согласно методическим рекомендациям «Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»;

соответствие признакам заверченного проекта по улучшению – закрытие проекта в пределах планового срока реализации с достижением целевых значений показателей и оформлением стандартов работы и/или стандартов рабочих мест.

Специалист, осуществляющий оценку, по результатам анализа материалов проекта по улучшению заполняет **столбец 2** вспомогательного проверочного листа – указывает «Да», если установлено соответствие признаку, иначе – указывает «Нет». Заполняет строку «**Проект по улучшению соответствует условиям критерия (Да/Нет)**» – указывает «Нет», если в **столбце 2** вспомогательного проверочного листа указано по крайней мере одно «Нет», иначе – указывает «Да».

Специалист, осуществляющий оценку, по результатам заполнения вспомогательных проверочных листов завершает заполнение основного проверочного листа. Заполняет **столбец 3** основного проверочного листа – указывает количество вспомогательных проверочных листов в отношении соответствующей должности руководителя, заместителя руководителя поликлиники, в которых в строке «**Проект по улучшению соответствует условиям критерия (Да/Нет)**» указано «Да».

Если такие вспомогательные проверочные листы отсутствуют, в **столбце 3** необходимо указать значение 0. В таком случае проведение оценки

прекращается, целевое значение критерия считается недостигнутым (в строке «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)» необходимо указать «Нет»). Иначе – необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа. Если значения в **столбце 3** основного проверочного листа составляют не менее 1, указывает «Да», иначе – «Нет».

Пример заполнения основного и вспомогательного проверочных листов оценки достижения целевого значения критерия «Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей» представлен на рисунках 30 и 31.



Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Количество завершенных проектов по улучшению в год  
у руководителя поликлиники и его заместителей»

Наименование поликлиники	<i>Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»</i>
Дата	<i>21.02.2024</i>
Табельный номер	<i>1634</i>
Дата открытия проекта	<i>10.04.2023</i>
Дата закрытия проекта	<i>25.10.2023</i>
Проект	<i>Сокращение количества жалоб от населения, возникающих в процессе получения медицинской помощи на дому в неотложной форме</i>

Признак соответствия проекта по улучшению процесса условиям критерия	Соответствие признаку (Да/Нет)
1	2
Дата закрытия проекта по улучшению соответствует отчетному периоду – находится в пределах между датой первого и последнего дней отчетного периода включительно.	<i>Да</i>
Срок реализации проекта по улучшению не превышает 26 недель.	<i>Да</i>
Имеется локальный нормативный акт о реализации проекта по улучшению, в котором в состав рабочей группы в роли руководителя проекта включен соответствующий руководитель или заместитель руководителя поликлиники, указанные даты реализации проекта по улучшению, а также дата утверждения локального нормативного акта, соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	<i>Да</i>
Имеется паспорт проекта по улучшению, согласованный с региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи, утвержденный руководителем поликлиники, в котором улучшаемый процесс и его границы, цели, показатели достижения цели, планируемые эффекты и обоснование соответствуют названию проекта по улучшению, плановая дата закрытия проекта по улучшению соответствуют локальному нормативному акту о реализации проекта по улучшению, в состав рабочей группы в роли руководителя проекта включен соответствующий руководитель или заместитель руководителя поликлиники, указанные даты соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	<i>Да</i>
Название проекта по улучшению отражает улучшаемый процесс, раскрывает суть улучшений или выражает эффект от реализации улучшений, соотносится с целями проекта по улучшению.	<i>Да</i>
Дата закрытия проекта по улучшению не отклоняется от плановой даты, указанной в паспорте проекта по улучшению и локальном нормативном акте о реализации проекта по улучшению, более чем на 4 недели.	<i>Да</i>
Имеется карта текущего состояния процесса, на которой процесс и обозначенные места входа и выхода из процесса соответствуют процессу и границам процесса в паспорте проекта по улучшению, обозначены выявленные проблемы в процессе, указанные даты составления карты соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	<i>Да</i>
Имеется карта целевого состояния процесса, на которой целевое состояние процесса соответствует целям, показателям достижения цели паспорта проекта по улучшению, указанные даты составления карты соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	<i>Да</i>
Имеется лист коренных причин выявленных проблем, в котором указанные проблемы соответствуют карте текущего состояния процесса.	<i>Да</i>

Рисунок 31. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей» (начало)



Имеется план мероприятий по достижению целевого состояния процесса, в котором мероприятия соответствуют целям, показателям достижения цели паспорта проекта по улучшению, проблемам карты текущего состояния процесса и листа коренных причин выявленных проблем, указанные даты, а также дата утверждения плана мероприятий, соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	Да
Имеется диаграмма Ганта, в которой мероприятия соответствуют плану мероприятий по достижению целевого состояния процесса, указанные даты соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	Да
Имеются данные мониторинга устойчивости улучшений, в которых показатели соответствуют целям, показателям цели паспорта проекта по улучшению, указанные даты соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	Да
Достигнутые значения показателей по результатам реализации проекта по улучшению в соответствии с данными мониторинга устойчивости улучшений составляют не менее 75 % от значений показателей достижения цели паспорта проекта по улучшению.	Да
Имеются документы по стандартизации, закрепляющие результаты улучшений в процессе, которые размещены на рабочих местах участников процесса в поликлинике.	Да
Проект по улучшению соответствует условиям критерия (Да/Нет)	Да

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ  
Подпись Петрова

Рисунок 31. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей» (окончание)



**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений  
по улучшению деятельности поликлиники  
в течение последних 12 месяцев»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не менее 20 %** для второго уровня соответствия «Новой модели организации оказания медицинской помощи», **не менее 30 %** для третьего уровня соответствия «Новой модели организации оказания медицинской помощи»:

руководитель поликлиники представляет таблицу учета рабочего времени работников поликлиники за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки; положение о подаче предложений по улучшению в поликлинике, журнал регистрации предложений по улучшению работников поликлиники за отчетный период, заявления работников поликлиники на предложение по улучшению за отчетный период;

представители поликлиники заполняют вспомогательный проверочный лист;

специалист, осуществляющий оценку, проверяет заполнение вспомогательного проверочного листа, заполняет основной проверочный лист.

**Отчетный период** соответствует двенадцати месяцам, предшествующим месяцу проведения оценки.

**Основной проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из четырех столбцов. **Столбец 1** содержит фиксированные сведения – наименование элементов внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике. **Столбцы 2, 3, 4**, а также **строки 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7** заполняет специалист, осуществляющий оценку.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 1** «Дата первого дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)» и **строку 2** «Дата последнего дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)» основного проверочного листа – указывает дату первого дня отчетного периода, дату

последнего дня отчетного периода в соответствии с определением отчетного периода.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует положение о подаче предложений по улучшению в поликлинике, журнал регистрации предложений по улучшению работников поликлиники, заявления работников поликлиники на предложение по улучшению. Заполняет **столбец 2** основного проверочного листа – указывает «Да», если соответствующий элемент внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике представлен руководителем поликлиники для проведения оценки, иначе – указывает «Нет». Заполняет **столбец 3** основного проверочного листа – указывает «Да», если соответствующий элемент внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике соответствует отчетному периоду, иначе – указывает «Нет». Заполняет **столбец 4** основного проверочного листа – указывает «Да», если соответствующий элемент внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике содержит необходимые сведения, указанные в их типовых формах (приложение 5), иначе – указывает «Нет».

Если в **столбцах 2, 3 и 4** указано по крайней мере одно «Нет» оценка прекращается, целевое значение критерия считается недостижимым (в **строке 6** «Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 20 % (Да/Нет)» основного проверочного листа необходимо указать «Нет», в **строке 7** «Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 30 % (Да/Нет)» основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе проведение оценки необходимо продолжить.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 3** «Количество работников поликлиники, человек» основного проверочного листа – указывает общее количество работников поликлиники в соответствии с табелем учета рабочего времени работников поликлиники за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки.



**Вспомогательный проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из трех столбцов. Вспомогательный проверочный лист заполняют представители поликлиники – указывают сведения о работниках поликлиники, подававших предложения по улучшению в течение отчетного периода, зарегистрированные в журнале регистрации предложений по улучшению работников поликлиники. В **столбце 1** вспомогательного проверочного листа указывают порядковый номер записи. В **столбце 2** вспомогательного проверочного листа указывают порядковый номер записи регистрации предложения по улучшению согласно журналу регистрации предложений по улучшению. Такая запись должна быть зарегистрирована в пределах отчетного периода, включая даты первого и последнего дней отчетного периода. Если в отчетном периоде отсутствуют предложения по улучшению, проведение оценки прекращается (в **строке 4 «Количество работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению, человек»** основного проверочного листа необходимо указать значение 0, в **строке 5 «Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению, %»** основного проверочного листа необходимо указать значение 0), целевое значение критерия считается недостижимым (в **строке 6 «Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 20 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет», в **строке 7 «Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 30 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе проведение оценки необходимо продолжить.

Представители поликлиники заполняют **столбец 3** вспомогательного проверочного листа – указывают табельный номер работника поликлиники, который является автором или одним из авторов соответствующего предложения по улучшению. Номер необходимо указать в соответствии с табелем учета рабочего времени поликлиники за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки. В одной строке необходимо указывать только один



табельный номер. Если предложение по улучшению имеет несколько авторов, каждый автор учитывается во вспомогательном проверочном листе в отдельной строке, при этом в **столбце 2** необходимо повторить соответствующий порядковый номер записи предложения по улучшению в журнале регистрации предложений по улучшению. Работники поликлиники, подававшие предложения по улучшению в течение отчетного периода, но на период месяца, предшествующего месяцу проведения оценки, не состоящие в штате поликлиники, во вспомогательном проверочном листе не учитываются. Табельный номер работника поликлиники учитывается во вспомогательном проверочном листе только один раз, независимо от количества поданных предложений по улучшению в течение отчетного периода.

Специалист, осуществляющий оценку, проверяет заполнение вспомогательного проверочного листа. Сопоставляет данные вспомогательного проверочного листа с данными табеля учета рабочего времени поликлиники за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки, журнала учета регистрации предложений по улучшению, заявлений на предложения по улучшению. Проверяет, что заявления работников поликлиники на предложения по улучшению, учтенные в **столбце 2** вспомогательного проверочного листа, поданы в пределах отчетного периода и зарегистрированы в журнале регистрации предложений по улучшению работников в поликлиники. Проверяет, что все табельные номера работников поликлиники, учтенные в **столбце 3** вспомогательного проверочного листа, являются уникальными и не повторяются в проверочном листе. При необходимости специалист, осуществляющий оценку, корректирует заполнение вспомогательного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Количество работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению, человек»** вспомогательного проверочного листа – указывает

количество уникальных табельных номеров работников поликлиники в столбце 3 вспомогательного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, продолжает заполнение основного проверочного листа по результатам заполнения вспомогательного проверочного листа. Заполняет строку 4 «Количество работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению, человек» основного проверочного листа – указывает значение из соответствующей строки вспомогательного проверочного листа. Заполняет строку 5 «Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению, %» основного проверочного листа – указывает значение, округленное до десятой части числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{\text{раб.ппу}} = \frac{K_{\text{раб.ппу}}}{K_{\text{раб.}}} \times 100\%, \text{ где}$$

$D_{\text{раб.ппу}}$  – доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению;  $K_{\text{раб.ппу}}$  – количество работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению – значение строки 4 основного проверочного листа;  $K_{\text{раб.}}$  – общее количество работников поликлиники – значение строки 3 основного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку 6 «Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 20 % (Да/Нет)» основного проверочного листа. Если доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению (значение строки 5) составляет 20 % и более, указывает «Да», иначе – «Нет».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку 7 «Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 30 % (Да/Нет)» основного проверочного листа. Если доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению (значение строки 5) составляет 30 % и более, указывает «Да», иначе – «Нет».



Пример заполнения основного и вспомогательного проверочных листов оценки достижения целевого значения критерия «Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению деятельности поликлиники в течение последних 12 месяцев» представлен на рисунках 32 и 33.



Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению  
деятельности поликлиники в течение последних 12 месяцев»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»  
Дата 20.02.2024

Элемент внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике	Наличие элемента (Да/Нет)	Актуальность элемента (Да/Нет)	Элемент содержит сведения в соответствии с типовой формой (Да/Нет)
1	2	3	4
Положение о подаче предложений по улучшению в поликлинике	Да	Да	Да
Заявления работников поликлиники на предложение по улучшению	Да	Да	Да
Журнал регистрации предложений по улучшению работников поликлиники	Да	Да	Да
1. Дата первого дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)			01.02.2023
2. Дата последнего дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)			31.01.2024
3. Количество работников поликлиники, человек			171
4. Количество работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению, человек			37
5. Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению, %			21,6
6. Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 20 % (Да/Нет)			Да
7. Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 30 % (Да/Нет)			Нет

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ  
Подпись Петрова

Рисунок 32. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению деятельности поликлиники в течение последних 12 месяцев»



Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению  
деятельности поликлиники в течение последних 12 месяцев»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»

Дата 20.02.2024

№ п/п	Номер записи предложения по улучшению в журнале регистрации предложений по улучшению работников поликлиники, соответствующая отчетному периоду	Табельный номер работника поликлиники, являющегося автором предложения по улучшению, в соответствии с табелем учета рабочего времени за месяц, предшествующий месяцу проведения оценки
1	2	3
1	10	4965
2	21	6405
3	21	3896
4	22	4771
5	26	3135
6	32	5321
7	40	4796
8	45	6003
9	49	4326
10	52	3407
11	63	5396
12	65	4665
13	116	5830
14	116	4706
15	122	3258
16	126	5489
17	128	4333
18	136	5463
19	139	3403
20	139	4069
21	145	5121
22	147	4074
23	157	6405
24	159	4334
25	195	4644
26	195	5987
27	204	4728
28	217	4272
29	233	4551
30	252	4651
31	254	3841
32	287	5288
33	308	5772
34	310	3521
35	316	4592
36	344	5138
37	350	4536
38	355	6236
Количество работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению, человек		37

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
Подпись Петрова

Рисунок 33. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению деятельности поликлиники в течение последних 12 месяцев»





**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Доля реализованных предложений по улучшению от направленных  
на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в течение  
последних 12 месяцев»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не менее 40 %** для второго уровня соответствия «Новой модели организации оказания медицинской помощи», **не менее 60 %** для третьего уровня соответствия «Новой модели организации оказания медицинской помощи»:

руководитель поликлиники представляет положение о подаче предложений по улучшению в поликлинике, журнал регистрации предложений по улучшению работников поликлиники за отчетный период, заявления работников поликлиники на предложение по улучшению за отчетный период, локальные нормативные акты поликлиники о реализации предложений по улучшению за отчетный период или иные подтверждающие документы;

представители поликлиники заполняют предварительный и вспомогательный проверочные листы;

специалист, осуществляющий оценку, проверяет заполнение предварительного и вспомогательного проверочных листов, заполняет основной проверочный лист.

**Отчетный период** соответствует двенадцати месяцам, предшествующим месяцу проведения оценки.

**Основной проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из четырех столбцов. **Столбец 1** содержит фиксированные сведения – наименование элементов внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике. **Столбцы 2, 3, 4**, а также **строки 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7** заполняет специалист, осуществляющий оценку.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 1** «Дата первого дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)» и **строку 2** «Дата последнего дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)» основного



проверочного листа – указывает дату первого дня отчетного периода, дату последнего дня отчетного периода в соответствии с определением отчетного периода.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует положение о подаче предложений по улучшению в поликлинике, журнал регистрации предложений по улучшению работников поликлиники, заявления работников поликлиники на предложение по улучшению. Заполняет **столбец 2** основного проверочного листа – указывает «Да», если соответствующий элемент внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике представлен руководителем поликлиники для проведения оценки, иначе – указывает «Нет». Заполняет **столбец 3** основного проверочного листа – указывает «Да», если соответствующий элемент внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике соответствует отчетному периоду, иначе – указывает «Нет». Заполняет **столбец 4** основного проверочного листа – указывает «Да», если соответствующий элемент внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике содержит необходимые сведения, указанные в их типовых формах (приложение 5), иначе – указывает «Нет».

Если в **столбцах 2, 3 и 4** указано по крайней мере одно «Нет» оценка прекращается, целевое значение критерия считается недостигнутым (в **строке 7** «Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 40 % (Да/Нет)» основного проверочного листа необходимо указать «Нет», в **строке 8** «Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 60 % (Да/Нет)» основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе проведение оценки необходимо продолжить.

**Вспомогательный проверочный лист 1** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из трех столбцов. **Столбец 1** содержит фиксированные сведения – порядковый номер месяца отчетного периода. **Столбцы 2 и 3** заполняют представители поликлиники. В **столбце 2** вспомогательного проверочного листа 1 указывают названия месяцев отчетного периода



в хронологическом порядке в соответствии с определением отчетного периода. В **столбце 3** вспомогательного проверочного листа 1 указывают количество заявлений на предложения по улучшению для каждого месяца отчетного периода в соответствии с журналом регистрации предложений по улучшению работников поликлиники. Если в соответствующем месяце отчетного периода предложения по улучшению отсутствуют, представители поликлиники указывают в **столбце 3** значение 0.

Представители поликлиники заполняют **строку «Количество месяцев в отчетном периоде, в которые были направлены предложения по улучшению на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению»** вспомогательного проверочного листа 1 – указывают количество месяцев, у которых значение в **столбце 3** больше нуля. Если значение в строке **«Количество месяцев в отчетном периоде, в которые были направлены предложения по улучшению на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению»** составляет менее 6, оценка прекращается (в соответствующей строке **3** основного проверочного листа необходимо указать полученное значение менее 6), целевое значение критерия считается недостигнутым (в строке **7 «Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 40 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет», в строке **8 «Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 60 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Представители поликлиники подсчитывают сумму значений в **столбце 3** вспомогательного проверочного листа 1 – указывают полученное значение в строке **«Количество предложений по улучшению в отчетном периоде, направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению, единиц»** вспомогательного проверочного листа 1.

**Вспомогательный проверочный лист 2** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из трех столбцов. Вспомогательный проверочный лист



заполняют представители поликлиники. В **столбце 1** вспомогательного проверочного листа 2 указывают порядковый номер записи. В **столбце 2** вспомогательного проверочного листа 2 указывают порядковый номер записи регистрации предложения по улучшению, реализованного в соответствии с локальным нормативным актом поликлиники, согласно журналу регистрации предложений по улучшению. Такая запись должна быть зарегистрирована в пределах отчетного периода, включая даты первого и последнего дней отчетного периода. Если в отчетном периоде отсутствуют предложения по улучшению, реализованные в соответствии с локальным нормативным актом поликлиники или иными подтверждающими документами, проведение оценки прекращается (в **строке 5 «Количество реализованных предложений по улучшению в отчетном периоде, единиц»** основного проверочного листа необходимо указать значение 0, в **строке 6 «Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в отчетном периоде, %»** основного проверочного листа необходимо указать значение 0), целевое значение критерия считается недостижимым (в **строке 7 «Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 40 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет», в **строке 8 «Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 60 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе проведение оценки необходимо продолжить. Номер записи регистрации предложения по улучшению указывается во вспомогательном проверочном листе 2 только один раз.

Представители поликлиники заполняют **столбец 3** вспомогательного проверочного листа 2 – указывают реквизиты локального нормативного акта поликлиники о реализации соответствующего предложения по улучшению или иного подтверждающего документа (дату и номер ЛНА).

Специалист, осуществляющий оценку, проверяет заполнение вспомогательного проверочного листа 1. Сопоставляет данные вспомогательного



проверочного листа 1 с данными журнала учета регистрации предложений по улучшению, заявлений на предложения по улучшению. Проводит выборочную проверку количества предложений по улучшению относительно месяцев отчетного периода. При необходимости специалист, осуществляющий оценку, корректирует заполнение вспомогательного проверочного листа 1.

Специалист, осуществляющий оценку, продолжает заполнение основного проверочного листа по результатам заполнения вспомогательного проверочного листа 1. Заполняет **строку 3 «Количество месяцев в отчетном периоде, в которые были направлены предложения по улучшению на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению»** основного проверочного листа – указывает количество из соответствующей строки вспомогательного проверочного листа 1.

Если в **строке 3 «Количество месяцев в отчетном периоде, в которые были направлены предложения по улучшению на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению»** основного проверочного листа указано значение менее 6, оценка прекращается целевое значение критерия считается недостигнутым (в **строке 7 «Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 40 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет», в **строке 8 «Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 60 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 4 «Количество предложений по улучшению в отчетном периоде, направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению, единиц»** основного проверочного листа – указывает значение соответствующей строки вспомогательного проверочного листа 1.

Специалист, осуществляющий оценку, проверяет заполнение вспомогательного проверочного листа 2. Сопоставляет данные вспомогательного проверочного листа 2 с данными журнала учета регистрации предложений



по улучшению, заявлений на предложения по улучшению, локальных нормативных актов поликлиники о реализации предложений по улучшению или иных подтверждающих документов. Проверяет, что заявления на предложения по улучшению, учтенные в **столбце 2** вспомогательного проверочного листа, поданы в пределах отчетного периода и учтены во вспомогательном проверочном листе 2 только один раз. Проверяет, что заявления на предложения по улучшению, учтенные в **столбце 2** вспомогательного проверочного листа, реализованы в соответствии с локальным нормативным актом поликлиники или с иным подтверждающим документом, реквизиты которого указаны в **столбце 3** вспомогательного проверочного листа 2. При необходимости специалист, осуществляющий оценку, корректирует заполнение вспомогательного проверочного листа 2.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Количество реализованных предложений по улучшению в отчетном периоде, единиц»** вспомогательного проверочного листа 2 – указывает количество заполненных строк в **столбце 3** вспомогательного проверочного листа 2.

Специалист, осуществляющий оценку, продолжает заполнение основного проверочного листа по результатам заполнения вспомогательного проверочного листа 2. Заполняет **строку 5 «Количество реализованных предложений по улучшению в отчетном периоде, единиц»** основного проверочного листа – указывает количество строк корректных записей вспомогательного проверочного листа. Заполняет **строку 6 «Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в отчетном периоде, %»** основного проверочного листа – указывает значение, округленное до десятой части числа, рассчитанное по формуле:

$$D_{p.ппу} = \frac{K_{p.ппу}}{K_{ппу}} \times 100\%, \text{ где}$$



$D_{p.ппу}$  – доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в отчетном периоде;  $K_{p.ппу}$  – количество реализованных предложений по улучшению в отчетном периоде – значение строки 5 основного проверочного листа;  $K_{ппу}$  – общее количество предложений по улучшению в отчетном периоде, направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению – значение строки 4 основного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 7 «Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 40 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа. Если доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в отчетном периоде (значение **строки 6**) составляет 40 % и более, указывает «Да», иначе – «Нет».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 8 «Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 60 % (Да/Нет)»** основного проверочного листа. Если доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в отчетном периоде (значение **строки 5**) составляет 60 % и более, указывает «Да», иначе – «Нет».

Пример заполнения основного и вспомогательного проверочных листов оценки достижения целевого значения критерия «Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев» представлен на рисунках 34, 35 и 36.



Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение  
комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»

Дата 20.02.2024

Элемент внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике	Наличие элемента (Да/Нет)	Актуальность элемента (Да/Нет)	Элемент содержит сведения в соответствии с типовой формой (Да/Нет)
1	2	3	4
Положение о подаче предложений по улучшению в поликлинике	Да	Да	Да
Заявления работников поликлиники на предложение по улучшению	Да	Да	Да
Журнал регистрации предложений по улучшению работников поликлиники	Да	Да	Да
1. Дата первого дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)			01.02.2023
2. Дата последнего дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)			31.01.2024
3. Количество месяцев в отчетном периоде, в которые были направлены предложения по улучшению на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению			9
4. Количество предложений по улучшению в отчетном периоде, направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению, единиц			34
5. Количество реализованных предложений по улучшению в отчетном периоде, единиц			15
6. Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в отчетном периоде, %			44,1
7. Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 40 % (Да/Нет)			Да
8. Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 60 % (Да/Нет)			Нет

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ  
Подпись Петрова

Рисунок 34. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев»





Вспомогательный проверочный лист 1 достижения целевого значения критерия  
«Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение  
комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»  
Дата 20.02.2024

№ п/п	Месяцы отчетного периода	Количество предложений по улучшению, направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению, единиц
1	2	3
1	февраль	2
2	март	3
3	апрель	0
4	май	7
5	июнь	6
6	июль	2
7	август	0
8	сентябрь	0
9	октябрь	4
10	ноябрь	5
11	декабрь	2
12	март	3
Количество месяцев в отчетном периоде, в которые были направлены предложения по улучшению на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению		9
Количество предложений по улучшению в отчетном периоде, направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению, единиц		34

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
Подпись Петрова

Рисунок 35. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа 1 оценки достижения целевого значения критерия «Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев»





## Оценка достижения целевого значения критерия «Количество процессов, управляемых через информационный центр»

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия – **не менее 5 процессов:**

руководитель поликлиники представляет ЛНА об утверждении порядка организации работы информационного центра поликлиники; обеспечивает доступ специалиста, осуществляющего оценку, к материалам информационного центра поликлиники;

специалист, осуществляющий оценку, заполняют основной и вспомогательные проверочные листы.

Оценка организации работы информационного центра, реализованного полностью или частично в электронном виде, осуществляется в соответствии с представленной методикой. В этом случае материалы информационного центра для проведения оценки могут быть рассмотрены полностью или частично в электронном виде.

**Основной проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из трех столбцов. **Столбцы 1 и 2** содержат фиксированные сведения – в **столбце 1** порядковый номер строки, в **столбце 2** – признаки, подтверждающие управление процессами поликлиники через информационный центр.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует порядок организации информационного центра поликлиники, материалы информационного центра поликлиники, заполняет **столбец 3** основного проверочного листа – для каждого признака указывает «Да», если по результатам анализа установлено соответствие признаку, иначе – указывает «Нет».

Если в ходе заполнения основного проверочного листа специалист, осуществляющий оценку, устанавливает по крайней мере одно несоответствие (в **столбце 3** основного проверочного листа указано по крайней мере одно «Нет»), оценка прекращается, целевое значение критерия считается недостижимым



(в строке «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)» основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

**Вспомогательный проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, которая состоит из трех столбцов. **Столбцы 1 и 2** содержат фиксированные сведения – в **столбце 1** порядковый номер строки, в **столбце 2** – признаки управления процессом поликлиники через информационный центр.

Специалист, осуществляющий оценку, анализирует материалы, размещенные в блоках оперативного управления информационного центра поликлиники с целью управления процессами, заполняет вспомогательный проверочный лист – в **столбце 3** вспомогательного проверочного листа для каждого признака указывает «Да», если по результатам анализа установлено соответствие признаку, иначе – указывает «Нет».

Процессы, в отношении которых специалист, осуществляющий оценку, заполняет вспомогательные проверочные листы необходимо определять в соответствии с наименованиями типовых процессов и подпроцессов медицинских организаций (приложение 3). Если материалы, размещенные в блоках оперативного управления информационного центра, невозможно соотнести с указанными в приложении 3 типовыми процессами и подпроцессами медицинских организаций, они не учитываются в проведении оценки. Специалист, осуществляющий оценку, не заполняет вспомогательные проверочные листы в отношении таких материалов.

Таким образом, количество вспомогательных проверочных листов соответствует количеству процессов, материалы в отношении которых размещены в блоках оперативного управления информационного центра поликлиники. В каждом вспомогательном проверочном листе необходимо указать наименование процесса, наименование подпроцесса, а также блок оперативного управления информационного центра поликлиники, в котором размещены материалы процесса: безопасность (S), качество (Q), исполнение заказов (D),



затраты (С), корпоративная культура (М). Если в отношении одного процесса материалы размещены в разных блоках оперативного управления информационного центра поликлиники, на каждый блок необходимо заполнить отдельный вспомогательный проверочный лист.

Если в ходе заполнения вспомогательного проверочного листа специалист, осуществляющий оценку, устанавливает по крайней мере одно несоответствие (в столбце 3 вспомогательного проверочного листа указано по крайней мере одно «Нет»), оценка в отношении данного процесса прекращается (в строке **«Процесс управляется через информационный центр (Да/Нет)»** вспомогательного проверочного листа необходимо указать «Нет»).

По результатам заполнения вспомогательных проверочных листов специалист, осуществляющий оценку, подсчитывает количество вспомогательных проверочных листов с уникальным сочетанием наименования процесса и подпроцесса, в которых в строке **«Процесс управляется через информационный центр (Да/Нет)»** указано «Да». Если количество таких вспомогательных проверочных листов достигает значения 5, проведение оценки завершается.

Специалист, осуществляющий оценку, указывает количество вспомогательных проверочных листов с уникальным сочетанием наименования процесса и подпроцесса, в которых в строке **«Процесс управляется через информационный центр (Да/Нет)»** указано «Да», в строке **«Количество процессов, управляемых через информационный центр в соответствии с данными вспомогательных проверочных листов, единиц»** основного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа. Если значение в строке **«Количество процессов, управляемых через информационный центр в соответствии с данными вспомогательных**



**проверочных листов, единиц»** основного проверочного листа составляет 5 и более, указывает «Да», иначе – указывает «Нет».

Пример заполнения основного и вспомогательного проверочных листов оценки достижения целевого значения критерия «Количество процессов, управляемых через информационный центр» представлен на рисунках 37 и 38.



Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Количество процессов, управляемых через информационный центр»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»  
Дата 20.02.2024

№ п/п	Признак управления процессами поликлиники через информационный центр	Соответствие признаку (Да/Нет)
1	2	3
1	Наличие утвержденного порядка организации работы информационного центра (далее – стандарт информационного центра)	Да
2	Стандарт информационного центра предполагает размещение сведений о целях, в соответствии с которыми осуществляется управление процессами организации, устанавливает порядок оформления, ведения и обновления таких сведений в информационном центре	Да
3	Сведения о целях, в соответствии с которыми осуществляется управление процессами организации, размещенные в информационном центре, содержат ссылки на актуальные нормативные акты, в соответствии с которыми они установлены	Да
4	Стандарт информационного центра предполагает размещение сведений для оперативного управления по блокам: безопасность, качество, исполнение заказов, затраты, корпоративная культура, – в соответствии с формой визуализации показателей, устанавливает порядок оформления, ведения и обновления таких сведений в информационном центре	Да
5	Сведения для оперативного управления в информационном центре размещены в соответствии с формой визуализации показателей согласно стандарту информационного центра	Да
6	Целевые значения, содержащиеся в сведениях для оперативного управления информационного центра, соответствуют целям, в соответствии с которыми осуществляется управление процессами организации.	Да
7	Стандарт информационного центра предполагает размещение сведений о проблемах, выявленных в рамках оперативного управления, в соответствии с формой регистрации проблем, устанавливает порядок оформления, ведения и обновления таких сведений в информационном центре	Да
8	Сведения о проблемах в информационном центре размещены в соответствии с формой регистрации проблем согласно стандарту информационного центра	Да
9	Проблемы, размещенные в информационном центре, соответствуют сведениям для оперативного управления	Да
10	Стандарт информационного центра предполагает размещение сведений о реализуемых проектах по улучшению, направленных на решение выявленных проблем, устанавливает порядок оформления, ведения и обновления таких сведений в информационном центре	Да
11	Сведения о реализуемых проектах по улучшению, размещенные в информационном центре, соответствуют сведениям о проблемах, выявленных по результатам оперативного управления	Да
12	Стандарт информационного центра устанавливает порядок проведения совещаний у информационного центра не реже 1 раза в неделю	Да
Количество процессов, управляемых через информационный центр в соответствии с данными вспомогательных проверочных листов, единиц		5
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)		Да

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ  
Подпись Петрова

Рисунок 37. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество процессов, управляемых через информационный центр»



Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Количество процессов, управляемых через информационный центр»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»  
Дата 20.02.2024  
Наименование процесса Работа регистратуры медицинской организации  
Наименование подпроцесса Предварительная запись пациентов на прием к врачу  
Блок оперативного управления Исполнение заказов (D)

№ п/п	Признак управления процессом через информационный центр	Соответствие признаку (Да/Нет)
1	2	3
1	Показатель/ показатели процесса/ подпроцесса соответствует блоку оперативного управления информационного центра, в котором он размещен	Да
2	Сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса представлены в соответствии с формой визуализации согласно стандарту информационного центра	Да
3	В информационном центре представлены сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса за предшествующий период – всего не менее трех последовательных периодов, предусмотренных формой визуализации показателя/ показателей процесса/ подпроцесса	Да
4	Сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса содержат данные о целевом значении показателя/ показателей	Да
5	Сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса содержат данные о периодичности внесения значений показателя/ показателей, датах внесения значений показателя/ показателей	Да
6	Сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса содержат данные об ответственном исполнителе	Да
7	Сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса являются актуальными (внесены в соответствии с периодичностью согласно стандарту информационного центра)	Да
8	Для выявленных отклонений показателя/ показателей процесса/ подпроцесса от целевого значения имеются указания на проблемы, вызвавшие их возникновение, которые размещены в информационном центре в соответствии с формой регистрации проблем согласно стандарту информационного центра	Да
9	Выборочная проверка (в отношении не менее одного решения) подтвердила реализацию действий, направленных на устранение проблем, выявленных по результатам оперативного управления на основании показателя/показателей процесса/подпроцесса	Да
Процесс управляется через информационный центр (Да/Нет)		Да

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»

Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ

Подпись Петрова

Рисунок 38. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Количество процессов, управляемых через информационный центр»





**Оценка достижения целевого значения критерия  
«Производственная нагрузка оборудования, используемого  
для диагностических исследований при оказании первичной медико-  
санитарной помощи, в отношении которого определены критерии  
доступности в рамках территориальной программы государственных  
гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи  
на соответствующий календарный год и плановый период,  
кроме оборудования для функциональной диагностики и клиничко-  
диагностических лабораторий»**

Для оценки выполнения условий достижения целевого значения критерия –  
**не менее 80 %:**

руководитель поликлиники представляет обратную ведомость по нефинансовым активам поликлиники на окончание месяца, предшествующего месяцу проведения оценки; технические паспорта оборудования, подлежащего оценке; территориальную программу гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период; правила внутреннего трудового распорядка поликлиники; локальные нормативные акты, утверждающие порядок организации работы кабинетов, в которых размещается оборудование, подлежащее оценке; данные МИС о записи и явке пациентов на диагностические исследования с использованием оборудования, подлежащего оценке, за период в течение рабочей недели, предшествующей неделе проведения оценки;

представители поликлиники и специалист, осуществляющий оценку, заполняют основной проверочный лист;

специалист, осуществляющий оценку, заполняет вспомогательный проверочный лист.

**Основной проверочный лист** содержит таблицу (приложение 1), которая состоит из семи столбцов. **Столбцы 1, 2, 3 и 4** заполняют представители поликлиники, **столбцы 5, 6 и 7** – специалист, осуществляющий оценку.



В **столбце 1** основного проверочного листа представители поликлиники указывают инвентарный номер оборудования, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клиничко-диагностических лабораторий, в соответствии с оборотной ведомостью по нефинансовым активам поликлиники, в **столбец 2** – переписывают из оборотной ведомости наименование такого оборудования.

В **столбце 3** основного проверочного листа представители поликлиники указывают «Да», если оборудование находится в рабочем состоянии, иначе – указывают «Нет».

В **столбце 4** основного проверочного листа представители поликлиники указывают номер или наименование кабинета, в котором размещается оборудование.

Специалист, осуществляющий оценку, проверяет заполнение **столбцов 1, 2 и 3** основного проверочного листа в соответствии с представленными оборотной ведомостью по нефинансовым активам поликлиники и территориальной программой гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, при необходимости корректирует заполнение основного проверочного листа. Если в **столбце 3**, по крайней мере, указано одно «Нет», проведение оценки достижения целевого значения критерия прекращается (в **столбце 7** соответствующей строки необходимо указать значение 0), целевое значение критерия считается недостигнутым (в строке «**Минимальное значение производственной нагрузки оборудования**» необходимо указать значение 0, в строке «**Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)**» необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.



Специалист, осуществляющий оценку, определяет перечень оборудования для проведения оценки производственной нагрузки. Если общее количество оборудования в основном проверочном листе составляет менее 5 единиц, необходимо провести оценку производственной нагрузки в отношении каждого из них. Иначе специалист, осуществляющий оценку, случайным образом выбирает 5 единиц оборудования для проведения оценки. Выбранное оборудование обозначается в основном проверочном листе – в **столбце 5** необходимо указать «Да».

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 6** – по собственному усмотрению выбирает и указывает дату проведения оценки: рабочий день поликлиники в течение рабочей недели, предшествующей недели заполнения основного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет вспомогательный проверочный лист в отношении оборудования, выбранного для проведения оценки производственной нагрузки на основании представленных документов: технические паспорта оборудования, правила внутреннего трудового распорядка поликлиники, локальные нормативные акты, утверждающие порядок организации работы кабинетов, в которых размещается оборудование, данные МИС о записи и явке пациентов на диагностические исследования с использованием оборудования за период в течение рабочей недели, предшествующей недели проведения оценки.

**Вспомогательный проверочный лист** (приложение 1) содержит таблицу, состоящую из шести столбцов.

**Столбец 1** вспомогательного проверочного листа содержит фиксированные сведения: формулировки показателей, на основании которых осуществляется расчет производственной нагрузки оборудования.

В **столбцы 2, 3, 4, 5 и 6** вспомогательного проверочного листа специалист, осуществляющий оценку, вносит значения показателей для каждой единицы оборудования, выбранного для проведения оценки. Каждый из этих столбцов



обозначается инвентарным номером оборудования в соответствии со **столбцом 1** основного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 1 «Дата проведения оценки в формате (ДД.ММ.ГГГГ)»** вспомогательного проверочного листа – указывает соответствующую дату в формате «ДД.ММ.ГГГГ» из **столбца 6** основного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 2 «Номер или наименование кабинета»** вспомогательного проверочного листа – указывает соответствующий номер или наименование кабинета из **столбца 4** основного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 3 «Продолжительность работы поликлиники для приема пациентов, минут»** вспомогательного проверочного листа – указывает количество минут в соответствии с режимом работы правилами внутреннего трудового распорядка поликлиники.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 4 «Продолжительность общего времени работы оборудования в сутки, минут»** вспомогательного проверочного листа – указывает общее количество минут в соответствии с техническим паспортом оборудования. При отсутствии технического паспорта, при отсутствии в нем указаний на ограничения продолжительности работы оборудования в течение суток или, если продолжительность работы оборудования в сутки в соответствии с техническим паспортом превышает время работы поликлиники, специалист, осуществляющий оценку, указывает значение **строки 3** вспомогательного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 5 «Продолжительность технических перерывов оборудования, минут»** вспомогательного проверочного листа – указывает общее количество минут перерывов в работе оборудования с целью проведения технического обслуживания оборудования, а также технологических перерывов в его работе в пределах времени



работы поликлиники для приема пациентов в соответствии с техническим паспортом оборудования. При отсутствии технического паспорта, при отсутствии в нем указаний на продолжительность технических перерывов в пределах времени работы поликлиники специалист, осуществляющий оценку, указывает в строке 5 значение 0.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку 6 «Продолжительность перерывов в работе кабинета с целью отдыха и питания работников, минут» вспомогательного проверочного листа – указывает количество минут перерывов в работе кабинета с целью отдыха и питания работников, осуществляющих диагностические исследования с использованием оборудования, в соответствии с локальным нормативным актом, утверждающим порядок организации работы кабинетов поликлиники с учетом времени технических перерывов оборудования – необходимо учитывать только время за пределами времени технических перерывов оборудования. При отсутствии порядка организации работы кабинетов поликлиники или при отсутствии в нем указаний на время проведения и продолжительность проведения перерывов в работе кабинета с целью отдыха и питания работников, а также, если отдых и питание работников осуществляется в пределах временем технических перерывов оборудования, специалист, осуществляющий оценку, указывает в строке 6 значение 0.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет строку 7 «Продолжительность перерывов в работе кабинета с целью санитарной обработки, минут» вспомогательного проверочного листа – указывает общее количество минут перерывов в работе кабинета с целью проведения влажных уборок с использованием моющих и дезинфицирующих средств, а также обеззараживания воздуха кабинетов в пределах времени работы поликлиники для приема пациентов в соответствии с локальным нормативным актом, утверждающим порядок организации работы кабинетов поликлиники с учетом



с учетом времени технических перерывов оборудования, времени с целью отдыха и питания работников – необходимо учитывать только время за пределами времени технических перерывов оборудования, времени с целью отдыха и питания работников. При отсутствии порядка организации работы кабинетов поликлиники или при отсутствии в нем указаний на время и продолжительность проведения перерывов в работе кабинета с целью санитарной обработки, а также, если санитарная обработка осуществляется в пределах времени технических перерывов оборудования, времени перерывов с целью отдыха и питания работников специалист, осуществляющий оценку, указывает в **строке 7** значение 0.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 8 «Продолжительность плановых перерывов, минут»** вспомогательного проверочного листа – указывает значение, рассчитанное по формуле:

$$T_{пп} = T_{тп} + T_{оп} + T_{со}, \text{ где}$$

$T_{пп}$  – продолжительность плановых перерывов;  $T_{тп}$  – продолжительность технических перерывов оборудования – значение строки 5 вспомогательного проверочного листа;  $T_{оп}$  – продолжительность перерывов в работе кабинета с целью отдыха и питания работников – значение строки 6 вспомогательного проверочного листа;  $T_{со}$  – продолжительность перерывов в работе кабинета с целью проведения санитарной обработки – значение строки 7 вспомогательного проверочного листа;

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 9 «Продолжительность работы оборудования для проведения обследования пациентов, минут»** вспомогательного проверочного листа – указывает общее количество минут в соответствии с продолжительностью слотов записи с подтвержденной явкой пациентов по данным МИС. Предварительно устанавливает связь между оборудованием и представленными данными МИС: по дате проведения оценки, по наименованию оборудования, по номеру или наименованию кабинета. При отсутствии таких данных МИС специалист,



осуществляющий оценку, указывает в **строке 9** значение 0, проведение оценки достижения целевого значения критерия прекращается (в **строке 10 «Производственная нагрузка оборудования, %»** вспомогательного проверочного листа необходимо указать значение 0), целевое значение критерия считается недостижимым (в **столбце 7** соответствующей строки основного проверочного листа необходимо указать значение 0, в **строке «Минимальное значение производственной нагрузки оборудования»** основного проверочного листа необходимо указать значение 0, в строке **«Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить проведение оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку 10 «Производственная нагрузка оборудования, %»** вспомогательного проверочного – указывает значение, округленное до целого числа, рассчитанное по формуле:

$$A_{об} = \frac{T_p}{T_{об} - T_{пп}} \times 100\%, \text{ где}$$

$A_{об}$  – производственная нагрузка оборудования;  $T_p$  – продолжительность работы оборудования для проведения диагностических исследований – значение строки 9 вспомогательного проверочного листа;  $T_{об}$  – продолжительность общего времени работы оборудования в сутки – значение строки 4 вспомогательного проверочного листа;  $T_{пп}$  – продолжительность плановых перерывов – значение строки 8 вспомогательного проверочного листа.

Если значение производственной нагрузки оборудования составляет менее 80 %, проведение оценки достижения целевого значения критерия прекращается (в **столбце 7** соответствующей строки основного проверочного листа необходимо указать полученное значение менее 80 %), целевое значение критерия считается недостижимым (в **строке «Минимальное значение производственной нагрузки оборудования»** основного проверочного листа необходимо указать полученное значение менее 80 %, в строке **«Достижение целевого значения критерия**



**(Да/Нет)»** основного проверочного листа необходимо указать «Нет»). Иначе необходимо продолжить оценку в отношении оборудования, выбранного для проведения оценки.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **столбец 7** основного проверочного листа – указывает значения **строки 10** вспомогательных проверочных листов.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Минимальное значение производственной нагрузки оборудования»** основного проверочного листа – указывает наименьшее значение производственной нагрузки оборудования в **столбце 7** основного проверочного листа.

Специалист, осуществляющий оценку, заполняет **строку «Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)»** основного проверочного листа. Если минимальное значение производственной нагрузки в **столбце 7** основного проверочного листа составляет 80 % и более, указывает «Да», иначе – «Нет».

Пример заполнения основного и вспомогательного проверочных листов оценки достижения целевого значения критерия «Производственная нагрузка оборудования, используемого для диагностических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клинико-диагностических лабораторий» представлен на рисунках 39 и 40.





Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия «Производственная нагрузка оборудования, используемого для диагностических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клинико-диагностических лабораторий»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница» Дата 20.02.2024

Инвентарный номер оборудования	Наименование оборудования	Оборудование находится в рабочем состоянии (Да/Нет)	Номер или наименование кабинета	Выбор оборудования для проведения оценки (Да)	Дата проведения оценки (в формате ДД.ММ.ГГГГ)	Производственная нагрузка оборудования, %
1	2	3	4	5	6	7
320224	Аппарат рентгеновский для рентгенографии стационарный цифровой	Да	215	Да	12.02.2024	72
562384	Компьютерный томограф рентгеновский спиральный	Да	225	Да	13.02.2024	
8215643	Аппарат ультразвуковой диагностики MINDRAY DC-40	Да	301	Да	14.02.2024	
8215644	Аппарат ультразвуковой диагностики MINDRAY DC-40	Да	303	Да	15.02.2024	
8215648	Аппарат ультразвуковой диагностики MINDRAY DC-40	Да	305			
3545952	Аппарат рентгеновский для маммографии стационарный цифровой	Да	310	Да	16.02.2024	
Минимальное значение производственной нагрузки оборудования						72
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)						Нет

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МЦАЦ»  
 Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
 Подпись Петрова

Рисунок 39. Пример заполнения основного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Производственная нагрузка оборудования, используемого для диагностических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клинико-диагностических лабораторий»



Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Производственная нагрузка оборудования, используемого для диагностических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клинико-диагностических лабораторий»

Наименование поликлиники Поликлиника № 1 ГБУЗ «Центральная районная больница»  
Дата 20.02.2024

Показатель	Инвентарный номер оборудования, выбранного для проведения оценки, в соответствии с основным проверочным листом				
	320224	562384	8215643	8215644	3545952
1	2	3	4	5	6
1. Дата проведения оценки (в формате ДД.ММ.ГГГГ)	12.02.2024	13.02.2024	14.02.2024	15.02.2024	16.02.2024
2. Номер или наименование кабинета	215	225	301	303	310
3. Продолжительность работы поликлиники для приема пациентов, минут	720	720	720	720	720
4. Продолжительность общего времени работы оборудования в сутки, минут	640				
5. Продолжительность технических перерывов оборудования, минут	15				
6. Продолжительность перерывов в работе кабинета с целью отдыха и питания работников, минут (с учетом пересечения со временем строки 5)	60				
7. Продолжительность перерывов в работе кабинета с целью санитарной обработки, минут (с учетом пересечения со времени строк 5 и 6)	45				
8. Продолжительность плановых перерывов, минут	120				
9. Продолжительность работы оборудования для проведения диагностических исследований, минут	375				
10. Производственная нагрузка оборудования, %	72				

ФИО, должность проводившего оценку  
Иванов И.И., руководитель РЦ ПМСП ГБУЗ «МИАЦ»  
Подпись Иванов

ФИО, должность представителя поликлиники  
Петрова А.А., главный врач ГБУЗ «ЦРБ»  
Подпись Петрова

Рисунок 40. Пример заполнения вспомогательного проверочного листа оценки достижения целевого значения критерия «Производственная нагрузка оборудования, используемого для диагностических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клинико-диагностических лабораторий»



#### **IV. ПРИМЕРЫ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ КРИТЕРИЕВ «НОВОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»**

Целью внедрения новой модели является повышение уровня удовлетворенности населения доступностью и качеством условий оказания медицинских услуг путем формирования модели работы, ориентированной на пациента.

Достижение цели станет возможным путем разделения потоков пациентов, соблюдения санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, эффективной организации пространства, управления запасами, стандартизации процессов, повышения качества и доступности медицинской помощи, а также повышения уровня вовлеченности персонала в улучшение процессов.

При этом в целях создания комфортной среды для работников, пациентов и посетителей поликлиник необходимо руководствоваться предложениями по организационно-планировочным решениям, изложенным в методических рекомендациях для руководителей медицинских организаций первичного звена здравоохранения, а также использовать при оформлении визуального образа объектов первичного звена здравоохранения Российской Федерации брендбук программы «Модернизация первичного звена здравоохранения».

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (далее – COVID-19) в целях обеспечения эпидемиологической безопасности персонала и посетителей при организации работы поликлиники необходимо руководствоваться в том числе:

приказом Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»;



временными методическими рекомендациями Минздрава России, версия 14 от 27.12.2021 «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»;

методическими рекомендациями Роспотребнадзора России МР 3.1.0170-20 от 30.03.2020 «Эпидемиология и профилактика COVID-19».

## Регистратура

Регистратура поликлиники является структурным подразделением, обеспечивающим формирование и распределение потоков пациентов, своевременную запись и регистрацию пациентов на прием к врачу, в том числе с применением информационных технологий.

Рекомендовано размещать регистратуру на первом этаже поликлиники, на площадях, рассчитанных в соответствии с плановым количеством посетителей, в непосредственной близости от входа в поликлинику. Также в непосредственной близости от входа в поликлинику рекомендовано размещать гардероб.

В соответствии с разделом IV санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации помещений, зданий, сооружений при осуществлении деятельности хозяйствующими субъектами, оказывающими медицинские услуги санитарных правил СП 2.1.3678-20, утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.12.2020 № 44 в зоне регистратуры необходимо предусмотреть освещение и температурный режим, соответствующие гигиеническим нормативам.

Пространство регистратуры необходимо организовывать с учетом эргономики, оформляется в едином стиле в соответствии с общими цветовыми решениями, используемыми в поликлинике, способствующими комфортному восприятию информационной среды.

Представленное ниже описание регистратуры через призму критериев новой модели, обеспечивает возможности рационального планирования



пространства поликлиники, организации эффективной логистики потоков пациентов и информации, доступности медицинских услуг.

### **Блок «Управление потоками пациентов»**

В зоне регистратуры в визуально доступном месте размещаются (рисунок 41):

стойка администратора холла. Администратор холла предоставляет посетителям информацию о дальнейшем маршруте в зависимости от цели визита посетителя в поликлинику, что позволяет эффективно распределять входящий поток, осуществляет индивидуальное информирование посетителей о режиме работы поликлиники, вариантах записи на прием к врачу и вызова врача на дом, осуществляет запись посетителя поликлиники на прием с помощью инфомата, а также, в рамках своих компетенций, осуществляет иные функции, направленные на повышение доступности предоставления медицинских услуг посетителям поликлиники;

информация о проводимых в поликлинике исследованиях (например, флюорографическом), приемах врачей-специалистов (например, посещение специалиста при наличии предварительной записи) и т.п., которые пациент может пройти, минуя регистратуру, что предотвращает скопление пациентов в зоне регистратуры;

информация об оказании платных медицинских услуг, а также подробная маршрутизация пациентов, обратившихся за их получением.

В условиях распространения COVID-19 необходимо вносить соответствующие изменения в систему навигации поликлиники, а также в элемент «Информация о маршрутизации пациентов» системы информирования об организации деятельности поликлиники. Предусмотреть функциональные зоны с помощью наглядных средств визуализации: «красная» – зона для временной изоляции пациентов, инфицированных или подозрительных в отношении инфицирования вирусом SARS-CoV-2, «желтая» – зона для условно больных пациентов, «зеленая» – зона для условно здоровых пациентов.



Организовать эффективную маршрутизацию пациентов разных потоков, исключая или минимизирующую возможность их пересечения.



Рисунок 41. Элементы системы информирования об организации медицинской деятельности поликлиники и система навигации для управления потоками пациентов в зоне регистратуры

### Блок «Качество пространства»

Особое внимание необходимо уделять созданию условий для инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья (постановление Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 № 363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда»). В зоне регистратуры размещаются следующие элементы доступной среды (рисунки 42, 43):

- мнемосхемы;
- тактильные направляющие;
- таблицы со шрифтом Брайля;
- звуковые устройства и средства информации;
- изменяемый тип покрытия пола перед препятствиями и местом изменения направления движения.



На входе в поликлинику необходимо предусмотреть кнопку вызова персонала для маломобильных пациентов.

Для обеспечения возможности прямого контакта работников поликлиники с пациентом оборудуется «открытая» стойка регистратуры (рисунок 44), одно из рабочих мест которой необходимо адаптировать для работы с маломобильными гражданами, предусмотрев наличие низкой стойки, сидячего места и пр.



Рисунок 42. Пример организации доступной среды на входе в поликлинику



Рисунок 43. Пример организации доступной среды в поликлинике



В условиях распространения COVID-19 в открытой регистратуре необходимо установить временный защитный экран для обеспечения безопасности персонала (рисунок 45).

Система навигации в зоне регистратуры должна быть наглядна и понятна посетителям поликлиники, в том числе лицам с ограниченными возможностями здоровья. Для этого целесообразно использовать:

высококонтрастные цветовые обозначения;

оптимальную подсветку указателей;

цвета и подсветки для обозначения коридоров, стен, дверей, предметов интерьера;

матовую поверхность (под лучами света глянцевая поверхность дает блики, что затрудняет восприятие информации).



Рисунок 44. «Открытая» регистратура



Рисунок 45. «Открытая» регистратура с установленным временным защитным экраном





В зоне регистратуры размещаются элементы системы информирования об организации медицинской деятельности поликлиники, в том числе информационное табло (при технической возможности – электронное) с отображением актуального расписания приема врачей, работы кабинетов и подразделений, в которых оказывают медицинские и иные услуги с возможностью оперативной замены информации при необходимости.

Содержание элементов системы информирования об организации медицинской деятельности поликлиники, размещаемых в зоне регистратуры, должно быть структурировано. Следует избегать размещения материалов, отвлекающих посетителей поликлиники от основной информации.

В условиях распространения COVID-19 в системе информирования необходимо разместить актуальную информацию по профилактике COVID-19.

Система информирования об организации медицинской деятельности поликлиники должна быть доступна для маломобильных групп населения (рисунок 4б).

В зоне регистратуры могут быть размещены листы проблем и предложений, доступные для посетителей поликлиники.

Каждое рабочее место регистратуры должно быть оборудовано автоматизированным рабочим местом (АРМ), для работников колл-центра – АРМ, многоканальным телефоном, гарнитурой, и организованы по системе 5С.

В условиях распространения COVID-19 необходимо обеспечить усиление колл-центра поликлиники с использованием дополнительных выделенных телефонных линий и операторов для дистанционного оформления рецептов на лекарственные препараты, консультирования по вопросам дистанционного оформления листов нетрудоспособности.



Рисунок 46. Пример обеспечения доступности системы информирования об организации медицинской деятельности поликлиники маломобильному посетителю поликлиники

### **Блок «Управление запасами»**

Для хранения учетных форм № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее – медицинская карта) целесообразно организовать картоохранилище – отдельное помещение или закрытую зону регистратуры с ограниченным доступом. Медицинские карты в картоохранилище группируются по участковому принципу и (или) в алфавитном порядке (приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»). Рекомендуется введение цветовой маркировки медицинских карт по участкам с размещением «легенды» маркировки на торцевой части стеллажей (рисунок 47).

Для работы в картоохранилище оборудуются рабочие места для работников регистратуры, оснащенные АРМ.



Рисунок 47. Пример цветовой маркировки медицинских карт

Для организации доставки медицинских карт в кабинеты до начала приема, их движения между кабинетами и возврата в картоохранилище целесообразно использование специальной промаркированной тары (рисунок 48). Работники картоохранилища обеспечивают целостность, сохранность и порядок расположения медицинских карт.



Рисунок 48. Специально промаркированная тара для медицинских карт в картоохранилище



### **Блок «Стандартизация процессов»**

В работе работников регистратуры, в том числе колл-центра (рисунок 49), используются:

- речевые модули (рисунок 50);
- стандарты работы – алгоритмы;
- стандарты рабочего места;
- схема действий при возникновении нестандартных ситуаций («цепочка помощи»).

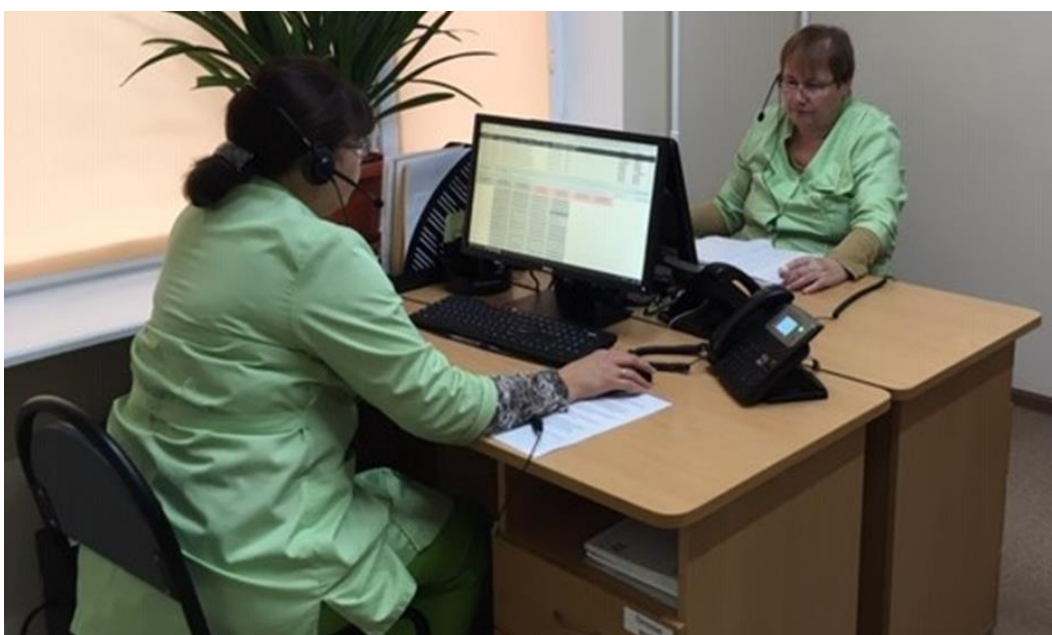


Рисунок 49. Колл-центр

### **Блок «Качество медицинской помощи» (качество медицинской деятельности)**

Персонал должен пройти подготовку по бесконфликтному поведению, придерживаться морально-этических норм и правил в процессе профессиональной деятельности, соблюдать требования и нормы законодательства в сфере защиты персональных данных, получаемых в ходе исполнения трудовых обязанностей (Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ).

Персонал должен уметь устанавливать профессиональный контакт и общаться с пациентами, в том числе имеющими нарушения речи, слуха, зрения,



как при их непосредственном обращении в поликлинику, так и по телефону, использовать звукоусиливающие устройства.

 <b>В начале разговора</b> 	
<p><b>- Алло</b> <b>- Говорите</b> <b>- Здрасьте</b></p>	<p><b>- Добрый день/утро/вечер!</b> <b>Чем могу вам помочь?</b></p>
<b>Обращение к человеку, если не знаете имени</b>	
<p><b>- Мужчина</b> <b>- Женщина</b> <b>- Девушка</b> <b>- Молодой человек</b></p>	<p><b>- Скажите, пожалуйста...</b> <b>- Будьте добры...</b> <b>- Я правильно вас понял(а)</b> <b>- Извините, что прерываю вас</b></p>
<b>Обращение к человеку при дублировании информации</b>	
<p><b>«Я же вам сказал (а)»</b> <b>«Повторяю вам еще раз»</b> <b>«Вы слышите меня?»</b></p>	<p><b>«Разрешите (позвольте), я вам повторю информацию»</b></p>

Рисунок 50. Речевой модуль

### Блок «Доступность медицинской помощи»

В зоне регистратуры размещена наглядная и понятная информация о доступных вариантах записи на прием: инфомат, колл-центр, электронные сервисы (единый портал государственных и муниципальных услуг, региональные порталы записи к врачу, мобильные приложения); сделан акцент на предварительной записи на прием и осуществлении приема строго по времени.

В зоне регистратуры предусмотрена возможность предварительной записи на прием без обращения в регистратуру (например, через инфомат).

При отсутствии единого колл-центра на уровне региона, колл-центр организуется на базе отдельной медицинской организации (юридического лица) как изолированная часть регистратуры.

Работники регистратуры регулярно и своевременно актуализируют сведения в расписании приема врачей, кабинетов и подразделений, в которых оказываются медицинские услуги.



Работники регистратуры осуществляют регистрацию вызовов врачей на дом по месту жительства (пребывания) пациентов, своевременно передают информацию врачам о зарегистрированных вызовах.

#### **Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»**

Работники регистратуры участвуют в реализации проектов по улучшению, подают предложения по улучшению работы поликлиники

#### **Кабинет приема, кабинет диагностики (функциональной, рентгеновской, ультразвуковой, эндоскопической)**

Важнейшими задачами поликлиники является снижение уровня заболеваемости и смертности среди прикрепленного населения путем осуществления мероприятий по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению. Первичная медико-санитарная помощь оказывается по территориально-участковому принципу, в плановой и неотложной форме.

Решение обозначенных задач и осуществление вышеуказанных мероприятий выполняется фельдшерами, акушерами, другими средними медицинскими работниками, врачами, ведущими амбулаторный прием (врачи-терапевты участковые/врачи-педиатры участковые/врачи общей практики (семейные врачи) и врачи-специалисты).

Оптимальные условия для осуществления указанного функционала создаются путем организации деятельности кабинетов приема в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, с учетом использования принципов бережливого производства, направленных на минимизацию всех видов потерь.



Диагностические кабинеты поликлиники обеспечивают выполнение исследований функции органов или тканей организма человека с использованием специальных процедур, приспособлений и методик, по итогу которых врачами-специалистами соответствующего профиля оформляются заключения. Внедрение единых подходов к организации работы диагностических кабинетов направлено на сокращение времени ожидания исследований, повышение уровня удовлетворенности населения их качеством и доступностью.

### **Блок «Управление потоками пациентов»**

В поликлинике формируются основные потоки пациентов:

поток пациентов, нуждающихся в неотложной медицинской помощи;

поток пациентов, обратившихся для прохождения диспансеризации/профилактического медицинского осмотра и других профилактических мероприятий;

поток пациентов, обратившихся за получением платных медицинских услуг.

С целью минимизации количества пересечений потоков пациентов, обратившихся за медицинской помощью в плановом порядке, организуют предварительную запись на прием (рисунок 51). Запись на первичный и повторный прием сбалансирована в соответствии с потребностями конкретной поликлиники и может варьироваться с учетом эпидемиологической ситуации, уровня заболеваемости и иных объективных причин.

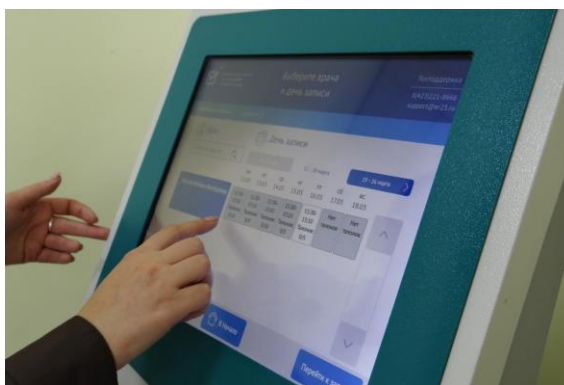


Рисунок 51. Предварительная запись на прием с использованием инфомата



Организацию расписания предварительной записи необходимо основывать на процессах составления, ведения и актуализации расписания приема в поликлиниках, а также на организационных решениях по повышению пропускной способности поликлиник за счет перераспределения функций между работниками и оптимизации процессов оказания медицинской помощи, изложенными в методических рекомендациях «Организация записи на прием к врачу, в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры».

Для приема пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в поликлинике организуется кабинет неотложной помощи (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»).

Работник регистратуры, выполняющий функции администратора холла, помогает пациентам, обращающимся в поликлинику для получения плановой помощи без предварительной записи, осуществить самозапись на прием к врачу, к которому доступна первичная самозапись, либо направляет его к дежурному врачу, в зависимости от повода обращения. Исключение составляют категории граждан, имеющих право на внеочередной прием в соответствии с действующим законодательством.

Минимизация количества пересечений потоков пациентов с различной степенью эпидемиологической опасности в поликлинике достигается, в том числе, путем организации отделения медицинской профилактики, расположенном в отдельном блоке (рисунок 52)





Рисунок 52. Отделение медицинской профилактики, организованное отдельным блоком

Для минимизации количества пересечений потоков условно здоровых и условно больных детей в детской поликлинике в соответствии с приказом Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» организуется кабинет здорового ребенка (рисунок 53).



Рисунок 53. Размещение единым блоком кабинетов профилактической направленности в детской поликлинике



Оптимальным вариантом разделения потоков пациентов, получающих медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и пациентов, обратившихся за получением платных медицинских услуг является создание отдельной организационной структуры – отделения платных медицинских услуг. При отсутствии такой возможности необходимо разделить вышеуказанные потоки пациентов по времени.

Для уменьшения количества возвратов пациентов в зону регистратуры для осуществления записи, запись на повторный прием, лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов (в том числе в иные медицинские организации) осуществляется с использованием МИС в кабинете врача, ведущего прием, или на сестринском посту.

С целью минимизации временных потерь и лишних передвижений пациента назначение и выписка рецептов на лекарственные препараты гражданам, имеющим право на бесплатное получение лекарственных препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой, в рамках оказания им первичной медико-санитарной помощи (приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов»), осуществляется непосредственно в кабинете лечащего врача.

### **Блок «Качество пространства»**

Система навигации поликлиники доступна и понятна, выполнена в едином стиле для всей медицинской организации, включая все ее удаленные подразделения (филиалы), обеспечивает быстрый поиск кабинетов.



У каждого кабинета приема, на двери либо рядом с ней, располагается табличка с указанием номера кабинета, должности и ФИО врача, ведущего прием (рисунок 54). Рекомендовано использовать технические решения, позволяющие заменять необходимую информацию в оперативном режиме, например, крепление на магнитных лентах, использование пластиковых самоклеящихся карманов из прозрачного полипропилена горизонтального или вертикального размещения.

В кабинете приема могут быть размещены информационные материалы (макеты, анатомические модели, плакаты, прочие наглядные пособия), отражающие специфику/профиль кабинета (рисунок 55).

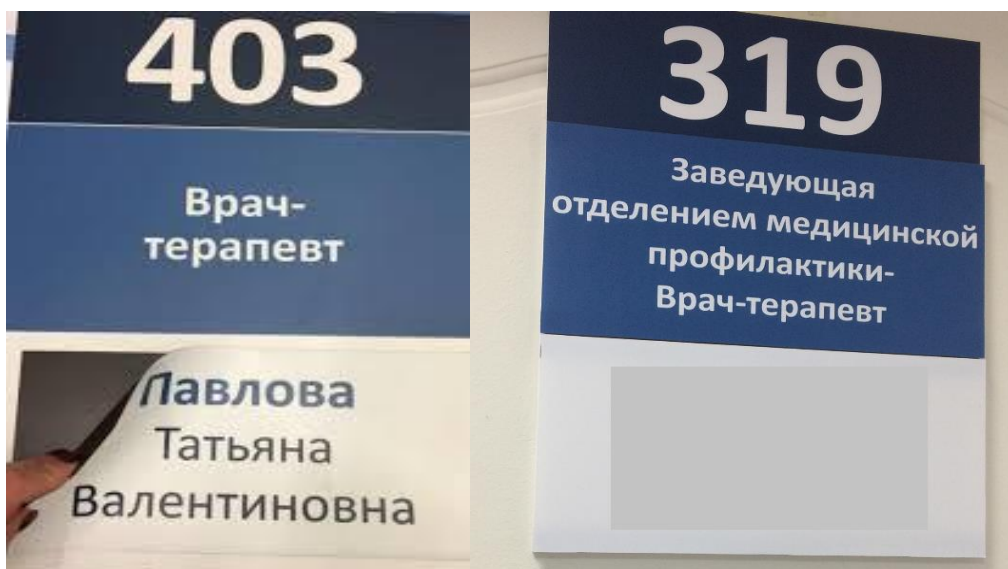


Рисунок 54. Таблички у кабинета с техническими решениями, позволяющими заменять необходимую информацию в оперативном режиме

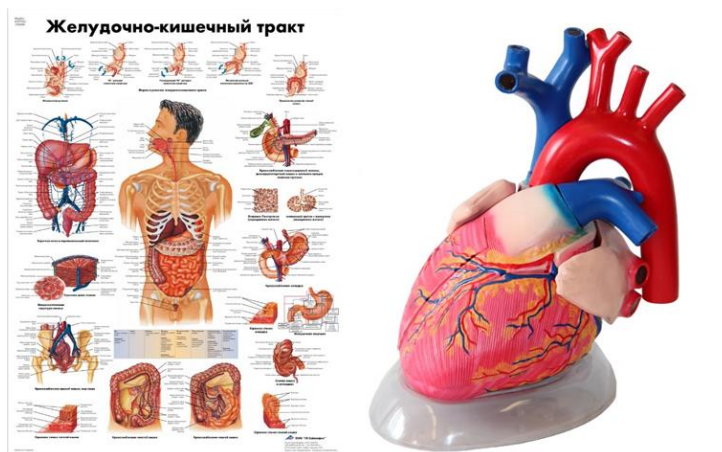


Рисунок 55. Примеры информационных материалов кабинета врача-специалиста



Кабинеты оборудованы в соответствии со стандартами оснащения кабинетов согласно порядкам оказания медицинской помощи по соответствующему профилю.

Рабочие места в кабинетах организованы по системе 5С, все предметы на рабочем месте легко найти и вернуть на свое место, расположены так, чтобы минимизировать лишние движения и перемещения (рисунок 56).

В кабинете размещены график уборки, в котором указываются ФИО ответственных за его соблюдение, проверочный лист соответствия кабинета системе 5С.



Рисунок 56. Рабочее место врача-терапевта, организованное по системе 5С.

Необходимо уделять внимание созданию условий для инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

Рекомендуется усовершенствовать способ вызова пациентов с ограничениями по зрению и слуху (например, система вызова пациента на основе визуально-акустических табло); для удобства слабослышащих в кабинете предусмотреть наличие индукционной петли и прочее.



### **Блок «Управление запасами»**

В поликлинике внедрен и отлажен механизм снабжения кабинетов материальными запасами – лекарственными препаратами/ медицинскими изделиями/ расходными материалами и пр. со склада медицинской организации по принципу «точно вовремя».

В кабинете в визуально доступном месте выделена зона для обеспечения снабжения кабинета необходимыми материальными запасами: размещены карточки, тара для сбора и поставки материальных запасов, стандарт осуществления снабжения кабинета материальными запасами.

Материальные запасы кабинетов обеспечены визуальными стандартами, имеется маркировка, сигнализирующая о необходимости их пополнения в соответствии с рассчитанной нормой снабжения кабинета (рисунок 57). Уровень запасов не превышает недельную норму расходования.

### **Блок «Стандартизация процессов»**

Минимизация потерь и повышение качества работы медицинских работников на приеме закреплена стандартами работы, которые понятны для использования, расположены на рабочем месте. Работа медицинских работников соответствует утвержденным стандартам. Стандарты пересматриваются по мере необходимости, но не реже 1 раза в год.

Доля времени приема, в течение которого медицинские работники создают ценность для пациента, составляет не менее 50 %. При этом для увеличения доли рабочего времени врачей в структуре рабочей смены для осуществления приема в том числе необходимо руководствоваться методическими рекомендациями «Модели организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с расширением зон ответственности среднего медицинского персонала».



Рисунок 57. Маркировка материальных запасов и визуализация их уровня

В кабинетах диагностики используются стандарты обслуживания оборудования, включающие в себя уход за оборудованием (чистка, санитарная обработка), плановые осмотры оборудования, алгоритм его эксплуатации и пр.

Разработаны алгоритмы действий в случае возникновения внештатных ситуаций.

### **Блок «Качество медицинской помощи»**

Оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями, протоколами и пр., в сроки, предусмотренные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Работники поликлиники обеспечивают внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.



Медицинская документация заполняется в соответствии с требованиями действующего законодательства, в том числе на дому и в электронном виде (приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению», приказ Минздрава России от 07.09.2020 № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов», приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов», приказ Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» и пр.).

Работники поликлиники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, соблюдая врачебную тайну, нормы и требования законодательства в сфере защиты персональных данных, получаемых в ходе исполнения трудовых обязанностей.

#### **Блок «Доступность медицинской помощи»**

Прием пациентов осуществляется строго по расписанию. Время приема врача регламентировано действующим законодательством (приказ Минздрава



России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога», приказ Минздрава России от 19.12.2016 № 973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта»).

В случае возникновения ситуации, которая повлекла за собой нарушение приема в соответствии со временем предварительной записи пациентов, возможно использование «цепочки помощи», которая представляет собой алгоритм действий сотрудников кабинета с целью привлечения к решению возникшей ситуации ответственных лиц.

Кабинет приема оборудован АРМ, где внедрена и работает МИС, позволяющая в ходе приема осуществлять запись на повторный прием, лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов, в том числе в иные медицинские организации.

#### **Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»**

Медицинские работники поликлиники участвуют в реализации проектов по улучшению, подают предложения по улучшению.

#### **Блок «Эффективность использования оборудования»**

Простои оборудования, используемого для диагностических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клинико-диагностических лабораторий, минимизированы и составляют не более 20 % от доступного рабочего времени. В случае, если простои оборудования превышают 20 %,





проводится оценка причин низкой производственной нагрузки, выявляются проблемы, принимаются управленческие решения, внедряются решения по улучшению, при необходимости реализуются проекты по улучшению.

### **Отделение (кабинет) медицинской профилактики**

Отделение (кабинет) медицинской профилактики в поликлинике организуют с учетом требований приказа Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». При организации работы отделения (кабинета) медицинской профилактики также рекомендуется учитывать методические рекомендации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России от 17.08.2021.

В условиях распространения COVID-19 при организации проведении профилактических осмотров и диспансеризации необходимо руководствоваться временными методическими рекомендациями Минздрава России от 06.07.2020 «По организации проведения профилактических осмотров и диспансеризации в условиях сохранения рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

#### **Блок «Управление потоками пациентов»**

В отделениях (кабинетах) медицинской профилактики формируются два типа потоков:

поток пациентов, предварительно записанных;

поток пациентов, обратившихся самостоятельно, в том числе проинформированных страховыми медицинскими организациями.

Кроме того, потоки пациентов в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики можно разделить в зависимости от повода посещения:



диспансеризация определенных групп взрослого населения, профилактический медицинский осмотр;

профилактическое консультирование (индивидуальное углубленное профилактическое консультирование, групповое углубленное профилактическое консультирование);

диспансерное наблюдение пациентов второй группы здоровья.

Для упорядочения вышеуказанных потоков пациентов в структуре отделения медицинской профилактики для взрослых рекомендуется предусмотреть следующие кабинеты:

кабинет организации диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

кабинет диагностики и коррекции основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний.

При организации кабинета медицинской профилактики для взрослых рекомендуется предусмотреть зонирование помещений для осуществления деятельности по организации диспансеризации/профилактических медицинских осмотров, диагностике и коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний.

Для оптимальной организации работы и обеспечения равномерной загрузки среднего медицинского персонала кабинета (отделения) медицинской профилактики необходимо разделить функции между работниками с учетом времени такта, необходимого для выполнения требуемого объема работ.

Количество пересечений потоков пациентов при прохождении диспансеризации/профилактического медицинского осмотра с иными потоками пациентов в поликлинике не должно превышать трех пересечений.

Снижение количества пересечений потоков пациентов, проходящих диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр, с иными потоками пациентов достигается организацией отделения медицинской профилактики отдельным компактным блоком, расположенным



в непосредственной близости от кабинетов, в которых проводятся исследования, входящие в объем диспансеризации/профилактического медицинского осмотра (кабинеты флюорографии, маммографии и пр.).

В структуре отделения медицинской профилактики рекомендуется предусмотреть создание анамнестического, процедурного, диагностического и прочих кабинетов для проведения профилактических мероприятий диспансеризации и профилактического медицинского осмотра.

### **Блок «Качество пространства»**

Система навигации поликлиники должна обеспечивать быстрый поиск отделения (кабинета) медицинской профилактики.

У каждого кабинета в составе отделения медицинской профилактики, на двери либо рядом с ней, размещается табличка с указанием номера и наименования кабинета, ФИО специалиста, ведущего прием.

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

С целью формирования у посетителей поликлиники мотивации и приверженности к ведению здорового образа жизни на всей территории поликлиники размещаются материалы профилактической направленности.

Отделение (кабинет) медицинской профилактики оснащается в соответствии с требованиями стандарта оснащения отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых, утвержденного приказом Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики инфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»).

Рабочие места в кабинете организованы по системе 5С, все предметы на рабочем месте легко найти и вернуть на свое место, расположены так, чтобы



минимизировать лишние движения и перемещения. В кабинете размещен проверочный лист соответствия кабинета системе 5С.

С целью сокращения временных затрат на проведение анкетирования граждан рекомендуется оборудовать место для самостоятельного заполнения анкет, а также проведения анкетирования с участием интервьюера, где разместить стол с письменными принадлежностями и чистыми анкетами для заполнения; возможно оборудование персональным компьютером для онлайн-анкетирования.

### **Блок «Управление запасами»**

В поликлинике внедрен и отлажен механизм снабжения кабинетов материальными запасами – лекарственными препаратами/ медицинскими изделиями/ расходными материалами и пр. со склада медицинской организации по принципу «точно вовремя».

В кабинете в визуальном доступном месте выделена зона для обеспечения снабжения кабинета необходимыми материальными запасами: размещены карточки, тара для сбора и поставки материальных запасов, стандарт осуществления снабжения кабинета материальными запасами.

Материальные запасы кабинетов обеспечены визуальными стандартами, имеется маркировка, сигнализирующая о необходимости их пополнения в соответствии с рассчитанной нормой снабжения кабинета. Уровень запасов не превышает недельную норму расходования.

### **Блок «Стандартизация процессов»**

Минимизация потерь и повышение качества работы работников отделения (кабинета) медицинской профилактики закреплены стандартами работы, которые понятны для использования, расположены на рабочих местах. Работа работников отделения соответствует утвержденным стандартам. Стандарты пересматриваются по мере необходимости, но не реже 1 раза в год.

Доля времени приема, в течение которого работники отделения (кабинета) медицинской профилактики создают ценность для пациента, составляет не менее 50 %. Доля соответствия времени цикла каждой операции времени такта



процессов «Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации» составляет не менее 70 %.

### **Блок «Качество медицинской помощи»**

Медицинская помощь (профилактическое консультирование при коррекции факторов риска, диспансерное наблюдение пациентов 2 группы здоровья) осуществляется на основе клинических рекомендаций, а также с использованием методических рекомендаций:

Российские национальные рекомендации «Кардиоваскулярная профилактика», 2022 г.;

Клинические рекомендации «Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых», 2018 г.;

«Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», 2020 г.;

«Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития», 2014 г. и прочие.

Проводится оценка эффективности диспансерного наблюдения в отделении (кабинете) медицинской профилактики пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском при отсутствии артериальной гипертензии: оценивается динамика доли пациентов, достигших снижения сердечно-сосудистого риска путем коррекции факторов риска от числа состоящих на диспансерном учете.

Работники отделения (кабинета) медицинской профилактики обеспечивают:

повышение уровня знаний медицинских работников по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формирования среди прикрепленного населения приверженности к здоровому образу жизни;

организацию и участие в проведении мероприятий по пропаганде здорового образа жизни среди населения, в том числе в рамках информационных кампаний;



информирование населения, включая средства массовой информации, о методах коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний и профилактики их осложнений.

работники отделения (кабинета) медицинской профилактики обеспечивают внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.

работники отделения (кабинета) медицинской профилактики осуществляют свою деятельность, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, соблюдая врачебную тайну, нормы и требования законодательства в сфере защиты персональных данных, получаемых в ходе исполнения трудовых обязанностей.

#### **Блок «Доступность медицинской помощи»**

Амбулаторный прием в отделении (кабинете) медицинской профилактики ведется в течение всего времени работы поликлиники, в плановом порядке по предварительной записи.

В случае возникновения ситуации, которая повлекла за собой нарушение начала профилактического приема, диспансеризации в соответствии со временем предварительной записи пациентов, возможно использование «цепочки помощи».

Рабочие места работников отделения (кабинета) медицинской профилактики оборудованы АРМ, обеспечивающими внесение первичных данных в электронную медицинскую карту, запись на повторный прием, лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов, в том числе в иные медицинские организации, формирование и обмен учетно-отчетными формами.

#### **Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»**

Работники отделения (кабинета) медицинской профилактики участвуют в реализации проектов по улучшению, подают предложения по улучшению.



## Процедурный кабинет

Процедурный кабинет организуют в поликлиниках в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации. Процедурный кабинет медицинской организации является специально организованным кабинетом, обеспечивающим выполнение забора проб биологических жидкостей на исследования (крови); внутривенных, внутримышечных, подкожных, внутрикожных инъекций и других лечебно-диагностических мероприятий.

### Блок «Управление потоками пациентов»

Можно выделить следующие потоки пациентов, направляемых в процедурный кабинет:

поток пациентов, направленных из отделения (кабинета) медицинской профилактики на забор крови в день обращения для исследования в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

поток пациентов, направленных на забор крови для исследования в плановом порядке (по предварительной записи);

поток пациентов, направленных на забор крови для исследования вне очереди («cito!»);

поток пациентов, направленных в процедурный кабинет для проведения лечебных манипуляций/инъекций.

Разделение указанных потоков пациентов способствует повышению доступности, сокращению времени ожидания медицинской услуги. Разделение потоков возможно во времени и в пространстве.

### Блок «Качество пространства»

Система навигации поликлиники должна обеспечивать быстрый поиск процедурного кабинета.



У каждого процедурного кабинета, на двери либо рядом с ней, располагается табличка с указанием наименования, номера кабинета и ФИО работника, ведущего прием (осуществляющего манипуляции). Рекомендовано использовать технические решения, позволяющие заменять необходимую информацию в оперативном режиме (например, крепление на магнитных лентах, использование пластиковых самоклеящихся карманов из прозрачного полипропилена горизонтального или вертикального размещения).

Процедурный кабинет должен быть оснащен в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, отвечать всем требованиям СанПиН.

В целях соблюдения санитарно-эпидемиологических норм рекомендуется предусмотреть выдачу пациентам бахил.

Рабочие места в кабинете организованы по системе 5С, все предметы на рабочем месте легко найти и вернуть на свое место, расположены так, чтобы минимизировать лишние движения и перемещения. В кабинете размещен проверочный лист соответствия кабинета системе 5С, график уборки и ответственные за его соблюдение.

Для разделения входящих и выходящих потоков пациентов в планировке процедурного кабинета рекомендуется предусмотреть организацию отдельного входа и выхода.

В целях обеспечения инфекционной безопасности целесообразно условное разделение процедурного кабинета на функциональные зоны: стерильную (асептическую) зону, рабочую зону, зону дезинфекции (хозяйственную зону).

В стерильной (асептической) зоне рекомендуется разместить манипуляционный стол для хранения стерильных материалов, упаковок, кожных антисептиков и инфузионных растворов, которые могут понадобиться в течение рабочей смены; медицинский шкаф для хранения лекарственных препаратов и стерильных упаковок.





В рабочей зоне размещаются манипуляционный стол для забора крови на лабораторные исследования или выполнения внутривенных вливаний, кушетка, рабочий стол для заполнения медицинской документации, холодильник.

В хозяйственной зоне размещаются: двухсекционные раковины с подводкой горячей и холодной воды, оборудованные смесителями, дозаторами с жидким мылом и растворами антисептиков. С целью осуществления бесперебойного горячего водоснабжения кабинет оборудуется электрическим водонагревателем. В кабинетах, в которых проводится обработка инструментов, дополнительно предусматривается специальная раковина, тумбочка для хранения моющих и дезинфицирующих средств, контейнеры для дезинфекции, стойки-тележки и контейнеры для сбора медицинских отходов класса А, Б.

При организации рабочего пространства учитывается, что перемещения процедурной медсестры должны быть минимальными, последовательными и соответствовать последовательности действий в стандарте операции.

Необходимо уделять внимание созданию условий для инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья.

Рекомендуется усовершенствовать способ вызова пациентов с ограничениями по зрению и слуху (например, система вызова пациента на основе визуально-акустических табло); для удобства слабослышащих в кабинете предусмотреть наличие индукционной петли и пр.

### **Блок «Управление запасами»**

В поликлинике внедрен и отлажен механизм снабжения кабинетов материальными запасами – лекарственными препаратами/ медицинскими изделиями/ расходными материалами и пр. со склада медицинской организации по принципу «точно вовремя».

В процедурном кабинете в визуально доступном месте выделена зона для обеспечения снабжения кабинета необходимыми материальными запасами: размещены карточки, тара для сбора и поставки материальных запасов, стандарт осуществления снабжения кабинета материальными запасами.



Материальные запасы кабинета обеспечены визуальными стандартами, имеется маркировка, сигнализирующая о необходимости их пополнения в соответствии с рассчитанной нормой снабжения кабинета. Уровень запасов не превышает недельную норму расходования.

### **Блок «Стандартизация процессов»**

Процессы забора крови и проведения лечебных манипуляций усовершенствованы с учетом минимизации потерь и стандартизированы.

Минимизация потерь и повышение качества работы работников процедурного кабинета понятны для использования, расположены на рабочих местах. Работа работников отделения соответствует утвержденным стандартам. Стандарты пересматриваются по мере необходимости, но не реже 1 раза в год.

Разработанные стандарты должны соответствовать действующим нормативным документам:

Федеральный закон Российской Федерации от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

приказ Минздрава России от 09.01.2018 № 1н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи»;

приказ Минздрава России от 31.08.2016 № 646н «Об утверждении правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения»;

приказ Минздрава России от 23.08.2010 № 706н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств»;

приказ Росздравнадзора от 15.02.2017 № 1071 «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора»;



ГОСТ Р 53079.4-2008 «Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований. Часть 4. Правила ведения преаналитического этапа»;

ГОСТ Р 52623.4-2015 «Национальный стандарт Российской Федерации. Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств»;

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.12.2020 № 44 «Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»;

Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»;

«Определение степени достоверности причинно-следственной связи «Неблагоприятная побочная реакция – лекарственное средство» (классификация и методы). Методические рекомендации» (утв. Росздравнадзором 02.10.2008) и пр.

### **Блок «Качество медицинской помощи»**

Работники процедурного кабинета обеспечивают внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»).

Работники процедурного кабинета осуществляют свою деятельность, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии, соблюдая нормы



и требования законодательства в сфере защиты персональных данных, получаемых в ходе исполнения трудовых обязанностей.

**Блок «Доступность медицинской помощи»**

Прием плановых пациентов осуществляется строго по предварительной записи. Исключение составляют категории граждан, имеющих право на внеочередной прием в соответствии с действующим законодательством.

**Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»**

Работники процедурного кабинета участвуют в реализации проектов по улучшению, подают предложения по улучшению.



## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРМ	–	автоматизированное рабочее место
Графики работы	–	графики сменности рабочего времени с учетом структуры рабочего времени медицинских работников поликлиники
Комплект медицинской документации	–	медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у) и приложенные к ним бланки учетной формы № 131/у
ЛНА	–	локальный нормативный акт
Медицинская карта	–	учетная форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
Медицинская организация	–	медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь
МИС	–	медицинская информационная система
МЭЭ	–	медико-экономическая экспертиза
Новая модель	–	«Новая модель организации оказания медицинской помощи»
НПА	–	нормативный правовой акт
Оценка	–	оценка достижения целевых значений критериев новой модели
Профилактические мероприятия	–	перечень осмотров, консультаций, исследований, входящих в объем диспансеризации, профилактического медицинского осмотра
ЭКМП	–	экспертиза качества медицинской помощи



## ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Бережливое производство** – концепция управления, основанная на устранении всех видов потерь путем формирования непрерывного потока создания ценности с охватом всех процессов организации и их постоянного совершенствования через вовлечение персонала (синонимы: технологии бережливого производства, бережливые технологии; lean-технологии; технологии, направленные на рациональное использование времени пациента и медицинского работника, обеспечение комфортности условий предоставления медицинских услуг).

**Возврат по потоку** – перемещение к месту выполнения предшествующих операций процесса с целью продолжения движения по потоку создания ценности.

**Время такта** – расчетный показатель, отражающий скорость, с которой следует оказывать медицинские услуги, чтобы соответствовать темпу их потребления, исходя из установленного плана, определяемый как отношение доступного рабочего времени за определенный период (например, смена, сутки, месяц и т. д.) к плану на этот период.

**Время цикла** – фактическое время, необходимое работнику<sup>20</sup> для выполнения операции в рамках определенного процесса.

**Выравнивание нагрузки** – перераспределение действий между участниками процесса и/или изменение количества участников процесса с целью приведения времени цикла ко времени такта и обеспечения равномерного протекания потока создания ценности.

**Действие** – элементарная единица деятельности.

**Демонстрационное оборудование** – средство для распространения информации в виде алфавитно-цифрового изображения, в том числе электронного.

---

<sup>20</sup> в случае выполнения одной и той же операции несколькими работниками в рамках одного процесса, время цикла определяется как отношение среднего фактического времени каждого работника к количеству работников, выполняющих данную операцию.



**Завершенный проект по улучшению** – проект по улучшению, закрытый в пределах планового срока реализации с достижением целевых значений показателей и оформлением стандартов работы и/или рабочих мест.

**Зона комфортных условий ожидания** – место в здании поликлиники, предназначенное для обеспечения комфортных условий пребывания пациентов, их законных представителей и членов их семей, а также для лиц, сопровождающих пациентов, на период времени ожидания между приемами.

**Информационный центр** – инструмент визуального управления процессами, используемый для оперативной оценки результативности деятельности по достижению целей организации, выработки необходимых управленческих решений за счет формирования каналов постоянной обратной связи между участниками процессов внутри и между уровнями управления (синоним: информационный стенд).

**Лучшая практика** – практика организации процесса, оформленная в виде комплекта документов, включающего описание и стандарты, при которой достигаются и поддерживаются лучшие в сравнении с аналогичными практиками других поликлиник значения показателей безопасности, качества, исполнения заказа, затрат и корпоративной культуры (синонимы: коробочное решение, передовой опыт).

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

**Новая модель организации оказания медицинской помощи** – система мер организационного и управленческого характера, направленная на повышение удовлетворенности граждан доступностью и качеством медицинской помощи, эффективное использование временных, материальных, финансовых и кадровых ресурсов отрасли здравоохранения, основными принципами организации



оказания медицинской помощи в рамках которой являются ориентированность на потребности пациента, бережное отношение к временному ресурсу как основной ценности за счет оптимальной логистики реализуемых процессов (синонимы: новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь; технологии, направленные на рациональное использование времени пациента и медицинского работника, обеспечение комфортности условий предоставления медицинских услуг).

**Операция** – совокупность взаимосвязанных действий, приводящая к достижению результата, необходимого для создания продукта/услуги для заказчика (внутреннего и/или внешнего), но не имеющего самостоятельного законченного значения.

**Пересечение потоков пациентов** – осуществление последовательного обслуживания пациентов из разных потоков без предварительной записи на одном рабочем месте.

**Поликлиника** – самостоятельная медицинская организация или обособленное подразделение медицинской организации, оказывающее первичную медико-санитарную помощь: поликлиника, детская поликлиника, поликлиническое отделение, детское поликлиническое отделение, консультативно-диагностический центр, консультативно-диагностический центр для детей.

**Показатель** – характеристика достижения цели, поддающаяся оценке/ измерению и используемая для определения эффективности деятельности по ее достижению (стратегической цели, цели).

**Поток пациентов** – перемещение пациентов с одной целью посещения поликлиники по цепочке взаимосвязанных процессов или операций.

**Поток создания ценности** – перемещение ресурсов и их преобразование в продукт/услугу в системе процессов от принятия заказа до получения





продукта/услуги заказчиком, включающее все действия, как создающие, так и не создающие ценность.

**Предварительная запись на прием** – заблаговременное закрепление в структуре рабочего времени медицинского работника временного интервала для осуществления приема пациента.

**Предложение по улучшению** – предложение работника или группы работников, направленное на устранение конкретных потерь в деятельности поликлиники, зарегистрированное в установленном порядке.

**Проект по улучшению** – совокупность последовательных мероприятий по изменению процесса с применением бережливого производства, направленных на улучшение значений показателей безопасности, качества, исполнения заказа, затрат и корпоративной культуры, выполняемых рабочей группой в условиях временных и ресурсных ограничений.

**Процесс** – совокупность взаимосвязанных операций, приводящая к созданию продукта/услуги для заказчика (внутреннего и/или внешнего).

**Рабочее место** – зона трудовой деятельности работника, оснащенная необходимыми мебелью, инструментами, оборудованием и материалами для выполнения работ, предусмотренных должностной инструкцией.

**Система информирования об организации медицинской деятельности поликлиники** – организационно-техническая система, направленная на удовлетворение запросов посетителей на информацию, а также проактивное информирование посетителей об организации медицинской деятельности медицинской организации, для принятия решений по вопросам получения медицинской помощи.

**Стандарт** – документ, в котором для добровольного и многократного применения устанавливаются характеристики объекта стандартизации, а также правила и принципы в отношении объекта стандартизации (синоним: документ по стандартизации).



**Стандарт организации** – стандарт, утвержденный юридическим лицом для совершенствования производства и обеспечения качества продукции, выполнения работ, оказания услуг.

**Стандарт работы** – стандарт организации, описывающий действия, операции и/или процессы, порядок и правила их осуществления.

**Стандарт рабочего места** – стандарт организации, описывающий перечень и размещение мебели, инструментов, оборудования и материалов на рабочем месте.

**Тиражирование лучшей практики** – внедрение лучшей практики в медицинской организации, не являющейся ее разработчиком, осуществляемое посредством адаптации и применения решений лучшей практики.

**Точка ветвления маршрутов** – точка пространства в здании поликлиники, а также на ее территории, в которой у посетителя возникает необходимость в принятии решения о направлении движения к пункту назначения.

**Уровень «Новой модели организации оказания медицинской помощи»** – соответствие поликлиники целевым значениям определенных критериев «Новой модели организации оказания медицинской помощи».

**Ценность** – свойство продукта/услуги, выражающееся его полезностью с точки зрения заказчика (ожидаемое качество, количество, цена, срок получения).

**Элемент системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности медицинской организации** – информация определенного тематического содержания об организации медицинской деятельности медицинской организации, размещенная на носителе информации и распространяемая с помощью демонстрационного оборудования.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС «Консультант Плюс».
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» // СПС «Консультант Плюс».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» // СПС «Консультант Плюс».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» // СПС «Консультант Плюс».
5. ГОСТ Р 56020-2020. Бережливое производство. Основные положения и словарь. Москва, 2020. 15 с.
6. ГОСТ Р 56908-2016. Бережливое производство. Стандартизация работы. Москва, 2016. 15 с.
7. ГОСТ Р 56407-2023. Бережливое производство. Основные инструменты и методы их применения. Москва, 2023. 16 с.
8. Брендбук программы «Модернизация первичного звена здравоохранения» (Электронный ресурс) / Версия 1.0. – 122 с. – Режим доступа: <https://chosmp.ru/wp-content/uploads/2022/07/Brendbuk-PMPZZ.pdf>. (Дата обращения: 14.11.2024).
9. Вялов А.В. Бережливое производство / А.В. Вялов. – Комсомольск-на-Амуре: ФГБОУ ВПО «Комсомольский-на-Амуре государственный технический университет», 2014. – 100 с.



10. Лайкер Д. Лидерство на всех уровнях бережливого производства. Практическое руководство / Д. Лайкер. – Москва: Альпина Бизнес Букс, 2014. – 261 с.
11. Марчвински Ч. Иллюстрированный глоссарий по бережливому производству / Ч. Марчвински, Д. Шук. – Москва: Альпина Бизнес Букс, 2005. – 125 с.
12. Методические рекомендации для руководителей медицинских организаций первичного звена здравоохранения: Методические рекомендации / О.М. Драпкина, А.В. Концевая, Е.С. Иванова [и др.]. – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2021. – 126 с. – ISBN 978-5-6046966-0-6. – DOI 10.15829/FPPMSP-OPPMSP-2021. – EDN KGFGXA.
13. Модели организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению с расширением зон ответственности среднего медицинского персонала: Методические рекомендации № 1-21 / В.И. Стародубов, И.А. Купеева, А.Ш. Сененко [и др.]. – М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2021. – 68 с. – ISBN 978-5-94116-065-5. – DOI 10.21045/978-5-94116-065-5-2021-1-68. – EDN DQQUNA.
14. Организация процесса снабжения лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и прочими материалами в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, на основе принципа вытягивания: Методические рекомендации / Е.В. Каракулина, Г.Г. Введенский, И.Н. Ходырева [и др.]. М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2023. – 58 с. – ISBN 978-5-6051340-8-4. – DOI 10.15829/FPPMSP-JIT-2023. EDN LPIIJN.
15. Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры: Методические рекомендации № 12-23 / Е.Г. Камкин, Е.В. Каракулина, П.С. Бакулин [и др.]. – издание третье, переработанное и дополненное. – М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023. – 65 с.



- ISBN 978-5-94116-135-5. – DOI 10.21045/978-5-94116-135-5-2023. – EDN AVCXUJ.
16. Методические рекомендации для руководителей медицинских организаций первичной медико- санитарной помощи, том II. Основные процессы первичной медико- санитарной помощи: Методические рекомендации / В.С. Фисенко, С.В. Глаголев, Е.Г. Камкин [и др.]. – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2024. – 194 с ISBN 978-5-6051340-1-5. DOI: 10.15829/FPPMSP-OPPMSP-2024. EDN TBXCNS.
  17. Методические рекомендации «Система информирования об организации медицинской деятельности медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» / Каракулина Е.В., Ходырева И.Н., Крошка Д.В. [и др.] – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2024, – 121 с. ISBN: 978-5-6052598-3-1. doi: 10.15829/ROPNIZ-k9-2024. EDN MFOKBVJ.
  18. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь / Каракулина Е.В., Вергазова Э.К., Ходырева И.Н. и др. – Москва, 2019. – 82 с.
  19. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16).
  20. Ротер М. Тойота Ката. Лидерство, менеджмент и развитие сотрудников / М. Ротер. – Санкт-Петербург: Питер Пресс, 2014. – 304 с.
  21. Ротер М. Учитесь видеть бизнес-процессы. Практика построения карт потоков создания ценности / М. Ротер, Д. Шук. – Москва: Альпина Бизнес Букс, 2005. – 144 с.



## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике» (для медицинских организаций, проводящих профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию взрослого населения)

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Перечень мероприятий оцениваемого процесса	Номер кабинета или его наименование	Организация разделения потоков пациентов		Наличие пересечений потоков (Да/Нет)
		в пространстве (Да/Нет)	во времени (Да/Нет)	
1	2	3	4	5
Определение уровня глюкозы крови экспресс-методом				
Определение уровня общего холестерина крови экспресс-методом				
Забор крови (с целью выполнения общего анализа крови, определения уровня глюкозы и общего холестерина крови, ПСА)				
Взятие мазка с поверхности шейки матки				
Электрокардиография				
Измерение внутриглазного давления				
Флюорография				
Маммография				
Эзофагогастродуоденоскопия				
Краткое профилактическое консультирование				
Осмотр врачом-терапевтом				
Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом				
Общее количество пересечений, единица:				
Достижение целевого значения (Да/Нет):				

ФИО, должность проводившего оценку

ФИО, должность представителя поликлиники

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике» (для медицинских организаций, проводящих профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию детского населения)

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Перечень мероприятий оцениваемого процесса	Номер или наименование кабинета	Организация разделения потоков пациентов		Наличие пересечений потоков (Да/Нет)
		в пространстве (Да/Нет)	во времени (Да/Нет)	
1	2	3	4	5
Осмотр врача-педиатра				
Осмотр врача – детского хирурга				
Осмотр врача-стоматолога детского				
Осмотр врача-невролога				
Осмотр врача – детского уролога-андролога				
Осмотр врача – акушера-гинеколога				
Осмотр врача – травматолога-ортопеда				
Осмотр врача-офтальмолога				
Осмотр врача-оториноларинголога				
Взятие крови для общего анализа				
Исследование уровня глюкозы в крови				
Эхокардиография				
Электрокардиография				
Ультразвуковое исследование почек				
Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов				
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов репродуктивной сферы				
Нейросонография				
Флюорография				
Общее количество пересечений, единица:				
Достижение целевого значения (Да/Нет):				

ФИО, должность проводившего оценку  
 \_\_\_\_\_  
 Подпись \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники  
 \_\_\_\_\_  
 Подпись \_\_\_\_\_



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Наименование должности медицинского работника, оказывающего платные медицинские услуги	Номер или наименование кабинета, в котором медицинский работник оказывает платные медицинские услуги	Организация разделения потоков пациентов		Наличие пересечений потоков (Да/Нет)
		в пространстве (Да/Нет)	во времени (Да/Нет)	
1	2	3	4	5
Общее количество пересечений, единица:				
Достижение целевого значения (Да/Нет):				

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_





Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество возвратов пациента по потоку создания ценности, обусловленных организацией процесса оказания медицинской помощи в поликлинике»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Наименование подпроцесса процесса, в рамках которого осуществляется движение пациента по потоку создания ценности	Наличие стандарта процесса (регистрационный номер стандарта/ Нет/ Не проводится	Границы процесса – начало процесса (начало потока)	Границы процесса – завершение процесса (окончание потока)	Номер (наименование) кабинета или поста поликлиники, через которые пациент перемещается по потоку создания ценности в границах процесса в соответствии с его стандартом																Количество возвратов по потоку создания ценности, единица
				5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Предварительная запись пациентов на прием к врачу (через интернет, инфомат, по телефону, при обращении в регистратуру)																				
Оформление листков нетрудоспособности, справок о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение)																				



Наименование подпроцесса процесса, в рамках которого осуществляется движение пациента по потоку создания ценности	Наличие стандарта процесса (регистрационный номер стандарта/ Нет/ Не проводится	Границы процесса – начало процесса (начало потока)	Границы процесса – завершение процесса (окончание потока)	Номер (наименование) кабинета или поста поликлиники, через которые пациент перемещается по потоку создания ценности в границах процесса в соответствии с его стандартом												Количество возвратов по потоку создания ценности, единица	
Принятие гражданина на медицинское обслуживание в медицинской организации/снятие гражданина с медицинского обслуживания в медицинской организации																	
Лечебно-диагностический прием врача в поликлинике																	
Оформление листов нетрудоспособности, в т.ч. электронных, справок о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение																	



Наименование подпроцесса процесса, в рамках которого осуществляется движение пациента по потоку создания ценности	Наличие стандарта процесса (регистрационный номер стандарта/ Нет/ Не проводится	Границы процесса – начало процесса (начало потока)	Границы процесса – завершение процесса (окончание потока)	Номер (наименование) кабинета или поста поликлиники, через которые пациент перемещается по потоку создания ценности в границах процесса в соответствии с его стандартом												Количество возвратов по потоку создания ценности, единица	
Оформление медицинской документации (выписки, направления, в том числе на врачебную комиссию, санаторно-курортное лечение, оформление санаторно-курортных карт, формы № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» и др.)																	
Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения																	
Проведение профилактического медицинского осмотра взрослых																	
Проведение углубленной диспансеризации																	
Проведение диспансеризации детского населения																	
Проведение профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних																	
Диспансерное наблюдение																	
Льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан																	



Наименование подпроцесса процесса, в рамках которого осуществляется движение пациента по потоку создания ценности	Наличие стандарта процесса (регистрационный номер стандарта/ Нет/ Не проводится	Границы процесса – начало процесса (начало потока)	Границы процесса – завершение процесса (окончание потока)	Номер (наименование) кабинета или поста поликлиники, через которые пациент перемещается по потоку создания ценности в границах процесса в соответствии с его стандартом												Количество возвратов по потоку создания ценности, единица		
Лекарственное обеспечение в условиях дневного стационара																		
Проведение профилактических прививок																		
Организация направления, оформления, приема и сопровождения пациента в дневном стационаре																		
Оформление листа врачебных назначений, в том числе назначение лекарственных препаратов через врачебную комиссию																		
Экспертиза временной нетрудоспособности на приеме																		
Экспертиза временной нетрудоспособности на дому																		
Экспертиза временной нетрудоспособности в дневном стационаре																		
Проведение эндоскопических исследований																		
Проведение различных видов лучевой диагностики																		



Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

Наименование подпроцесса процесса, в рамках которого осуществляется движение пациента по потоку создания ценности	Наличие стандарта процесса (регистрационный номер стандарта/ Нет/ Не проводится)	Границы процесса – начало процесса (начало потока)	Границы процесса – завершение процесса (окончание потока)	Номер (наименование) кабинета или поста поликлиники, через которые пациент перемещается по потоку создания ценности в границах процесса в соответствии с его стандартом												Количество возвратов по потоку создания ценности, единица	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Проведение ультразвуковой диагностики																	
Проведение функциональных методов исследований																	
Проведение исследований биологических материалов человека с использованием лабораторных методов диагностики																	
Организация и проведение консультаций с применением телемедицинских технологий																	
Наибольшее количество возвратов по потоку создания ценности, единиц																	
Достижение целевого значения критерия																	

ФИО, должность проводившего оценку

ФИО, должность представителя поликлиники

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество посадочных мест в  
зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой  
мощности поликлиники»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Плановая мощность поликлиники	Расчетное количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей, единиц	Наличие зоны (зон) комфортных условий ожидания для посетителей, организованной в соответствии с рекомендациями (Да/Нет)	Фактическое количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей, единица
1	2	3	4
Достижение целевого значения (Да/Нет):			

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Точки ветвления маршрутов	Пункты назначения			Результат по каждой точке ветвления маршрутов, секунда
	_____, секунда	_____, секунда	_____, секунда	
1	2	3	4	5
Этаж ____				
Этаж ____				
Этаж ____				
Время принятия решения, секунда:				
Достижение целевого значения (Да/Нет):				

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Элемент системы информирования	Условия				Выполнение условий (Да/Нет)
	Наличие (Да/Нет)	Уместность (Да/Нет)	Актуальность (Да/Нет)	Доступность (Да/Нет)	
1	2	3	4	5	6
Информация о размещении элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники					
Информация о наименовании (полном и сокращенном) медицинской организации, режиме работы, контактная информация медицинской организации (телефон, адрес электронной почты, адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», почтовый адрес)					
Информация о создании юридического лица и перечне лицензий на осуществление медицинской деятельности					
Информация о структуре медицинской организации					
Информация о системе управления медицинской деятельностью медицинской организации. График приема граждан руководителем медицинской организации и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты, номера кабинета					
Контактная информация органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального фонда обязательного медицинского страхования, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (телефон, адрес электронной почты, адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», адрес)					
Правила поведения пациента в поликлинике					
Информация о порядке ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента					
Информация о медицинских работниках поликлиники (об уровне их образования и об их квалификации)					
Расписание приема врачей поликлиники					
Информация о противодействии коррупции					
Информация о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья					





Элемент системы информирования	Условия				Выполнение условий (Да/Нет)
	Наличие (Да/Нет)	Уместность (Да/Нет)	Актуальность (Да/Нет)	Доступность (Да/Нет)	
1	2	3	4	5	6
Информация о страховых медицинских организациях, осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации и перечне страховых медицинских организаций, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию					
Информация о видах, условиях и формах оказываемой медицинской помощи в поликлинике					
Информация о порядке, об объемах и условиях предоставления медицинской помощи в соответствии с ППГ и ТППГ					
Информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных ТППГ					
Информация о маршрутизации пациентов поликлиники					
Информация о правилах записи на первичный прием, консультацию, диагностические исследования и правилах подготовки к ним					
Информация о внеочередном приеме (оказании медицинской помощи) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации					
Информация о сроках и порядке проводимой диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре					
Информация об иммунопрофилактике инфекционных болезней (вакцинации) в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям					
Информация о профилактике социально-значимых заболеваний, о существующих способах отказа от потребления алкоголя и табака, оказание медицинской помощи при никотиновой, алкогольной или наркотической зависимости					
Информация о необходимости экстренного обращения за медицинской помощью при жизнеугрожающих состояниях, заболеваниях и их осложнениях, а также обучении пациентов, имеющих высокий риск развития жизнеугрожающих состояний, и членов их семей правилам первой помощи при этих состояниях					
Информация о предоставлении платных медицинских и иных услуг (правила предоставления; перечень оказываемых платных медицинских услуг; информация о ценах (тарифах) на медицинские услуги; сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; примеры оформления документов (договор, акт), необходимых для получения платных медицинских услуг)					



Элемент системы информирования	Условия				Выполнение условий (Да/Нет)
	Наличие (Да/Нет)	Уместность (Да/Нет)	Актуальность (Да/Нет)	Доступность (Да/Нет)	
1	2	3	4	5	6
Информация о льготном лекарственном обеспечении (в том числе перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения; перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей; перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций; перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой)					
Нормативные правовые акты (в том числе изданные федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующие вопросы организации медицинской деятельности, включая: преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах; оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях					
Доля элементов системы информирования об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям, %:					
Достижение целевого значения (Да/Нет):					

ФИО, должность проводившего оценку

ФИО, должность представителя поликлиники

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_





Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_  
Рабочее место \_\_\_\_\_

Признаки реализации шагов организации рабочего места по системе 5С	Соответствие признаку реализации шагов (Да/Нет)
Шаг1. Сортировка	X
Отсутствует неисправная и неиспользуемая мебель	
Отсутствует неисправная и неиспользуемая организационная техника (например, принтер, сканер, монитор, проектор, оборудование видеоконференцсвязи и прочее)	
Отсутствуют лишние провода: провода не подключены к приборам и источникам питания; избыточная длина проводов приводит к их провисанию и естественному сматыванию	
Отсутствуют лишние личные вещи: одежда и обувь не соответствует сезону; количество одежды, обуви и посуды превышает количество работников	
На стенах отсутствуют неактуальные сведения, имеющие отношения к профессиональной деятельности работников (например, стандарты работы, стандарты рабочих мест, фото, сертификаты, благодарственные письма, свидетельства и прочее); сведения, не имеющие отношения к профессиональной деятельности работников; сведения; размещение которых не является обязательным в соответствии с действующими нормативным требованиям	
Отсутствуют иные неисправные и неиспользуемые предметы обстановки и оборудование: светильники, канцелярские предметы: флипчарт, маркерная доска, брошюратор и прочее; оборудование: весы, ростомер и прочее; бытовая техника: кулер, кофе-машина, чайник и прочее	
Отсутствуют поврежденные и неиспользуемые расходные материалы: одноразовые бумажные полотенца, одноразовые пеленки, дезинфицирующие средства, моющие средства и прочее	
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствует неисправная и неиспользуемая организационная техника: монитор, системный блок, принтер, сканер, факс и прочее	
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствуют неисправные и неиспользуемые канцелярские предметы: лотки, подставки, стаканы, степлер, дырокол, калькулятор, ручки, карандаши и прочее	
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствуют иные неисправные и неиспользуемые предметы и оборудование: пульсоксиметр, тонометр, термометр и прочее	
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствуют поврежденные и неиспользуемые расходные материалы: маски, перчатки, шпатели и прочее; канцелярские расходные материалы: бумага, стикеры, скрепки и прочее	
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствуют неактуальные справочники и неиспользуемые литературные источники	
На рабочем столе/ рабочих столах отсутствуют лишние личные вещи: личные вещи не используются в профессиональной деятельности работника	
В шкафу/ шкафах, стеллаже/ стеллажах, тумбе/тумбах отсутствуют неисправные и неиспользуемые предметы и оборудование: пульсоксиметр, тонометр, термометр и прочее	
В шкафу/ шкафах, стеллаже/ стеллажах, тумбе/тумбах отсутствуют поврежденные расходные материалы: маски, перчатки, шпатели и прочее; канцелярские расходные материалы: бумага, стикеры, скрепки и прочее	
В шкафу/ шкафах, стеллаже/ стеллажах, тумбе/тумбах отсутствуют неактуальные справочники и неиспользуемые литературные источники	
В шкафу/ шкафах, стеллаже/ стеллажах, тумбе/тумбах отсутствуют лишние личные вещи: одежда и обувь не соответствует сезону, количество одежды, обуви и посуды превышает количество работников кабинета	
Организована зона временного хранения: установлен порядок, зона обозначена	



Признаки реализации шагов организации рабочего места по системе 5С	Соответствие признаку реализации шагов (Да/Нет)
В зоне временного хранения отсутствуют предметы без навешенных «красных» ярлычков с указанием даты и причины помещения в зону временного хранения	
В зоне временного хранения отсутствуют предметы с просроченным сроком временного хранения, указанным в «красном» ярлычке	
1.1. Общее количество признаков реализации шага 1	20
1.2. Количество признаков реализации шага 1, в отношении которых установлено соответствие	
1.3. Результат подтверждения реализации шага 1 (Да/Нет): если значение в строке 1.2 соответствует значению 16 и более – указать «Да», иначе указать «Нет»	
Шаг 2. Создание порядка	X
Размещение мебели, организационной техники, оборудования и предметов удобно для работников	
Полки и ящики не хранят «пустоту»	
Определены места расположения мебели: мебель зафиксирована в месте расположения или место расположения мебели обозначено с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	
Определены места расположения организационной техники: техника зафиксирована в месте расположения или место расположения техники обозначено с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	
Определены места расположения оборудования: оборудование зафиксировано в месте расположения или место расположения оборудования обозначено с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	
Определены места расположения предметов обстановки: предметы зафиксированы в месте расположения или место расположения предметов обозначено с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	
Провода зафиксированы с помощью специальных средств и приспособлений, упорядочены с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	
Определены места хранения личных вещей с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	
Определены места хранения канцелярских предметов с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	
Определены места хранения расходных материалов с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	
Соблюдается правило 30 секунд (любой предмет рабочего места необходимо найти не более чем за 30 секунд)	
2.1. Общее количество признаков реализации шага 2	11
2.2. Количество признаков реализации шага 2, в отношении которых установлено соответствие	
2.3. Результат подтверждения реализации шага 2 (Да/Нет): если значение в строке 2.2 соответствует значению 9 и более – указать «Да», иначе указать «Нет»	
Шаг 3. Соблюдение чистоты	X
Отсутствуют признаки загрязнения поверхностей пола, стен, потолка, окна, подоконника, раковины, а также элементов их конструкции	
Отсутствуют признаки загрязнения открытых поверхностей мебели и предметов обстановки	
Отсутствуют признаки загрязнения закрытых поверхностей мебели	
Отсутствуют признаки загрязнения организационной техники	
Отсутствуют недоступные для уборки углы помещения	
Отсутствуют недоступные для уборки открытые источники отопления	
3.1. Общее количество признаков реализации шага 3	6



Признаки реализации шагов организации рабочего места по системе 5С	Соответствие признаку реализации шагов (Да/Нет)
3.2. Количество признаков реализации шага 3, в отношении которых установлено соответствие	
3.3. Результат подтверждения реализации шага 3 (Да/Нет): если значение в строке 3.2 соответствует значению 5 и более – указать «Да», иначе указать «Нет»	
Шаг 4. Стандартизация	X
Установлен порядок применения организации рабочего места по системе 5С, утвержденный локальным нормативным актом медицинской организации	
Имеется стандарт рабочего места, рабочее место соответствует стандарту	
В стандарте рабочего места установлен стандартный запас расходных материалов, уровень запасов расходных материалов рабочего места не превышает уровень стандартного запаса	
Используется проверочный лист для оценки соответствия рабочего места стандарту	
Используется график уборки	
Установлен порядок удаления лишних предметов с рабочего места	
Установлен стандартный перечень документов, документация рабочего места соответствует стандартному перечню	
4.1. Общее количество признаков реализации шага 4	7
4.2. Количество признаков реализации шага 4, в отношении которых установлено соответствие	
4.3. Результат подтверждения реализации шага 4 (Да/Нет): если значение в строке 4.2 соответствует значению 6 и более – указать «Да», иначе указать «Нет»	
Шаг 5. Совершенствование	X
Работники обучены по вопросам применения метода организации рабочего места по системе 5С: имеется документ государственного образца о прохождении обучения давностью не более 5 лет от даты проведения оценки	
Проводятся регулярные проверки организации рабочего места по системы 5С: установлен порядок проведения проверок, утвержденный локальным нормативным актом медицинской организации, имеются результаты проверок с отметкой об устранении несоответствий давностью не более 1 года, рабочее место включено в план проведения проверок на текущий календарный год	
Стандарт рабочего места обновляется или рассматривается для принятия решения об обновлении не реже 1 раза в год в соответствии с реестром стандартов медицинской организации	
Внедряются предложения по улучшению организации рабочего места по системе 5С: не менее одного предложения по улучшению в течение последнего года в соответствии с журналом регистрации предложений по улучшению медицинской организации	
Внедрена система поощрения работников на основе результатов организации рабочего места по системе 5С: локальный нормативный акт медицинской организации	
5.1. Общее количество признаков реализации шага 5	5
5.2. Количество признаков реализации шага 5, в отношении которых установлено соответствие	
5.3. Результат подтверждения реализации шага 5 (Да/Нет): если значение в строке 5.2 соответствует значению 4 и более – указать «Да», иначе указать «Нет»	

ФИО, должность проводившего оценку

ФИО, должность представителя поликлиники

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Предварительный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов, хранящаяся на складе/складах поликлиники»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Наименование элемента системы управления материальными запасами поликлиники	Наличие элемента (Да/Нет)	Элемент предусмотрен локальным нормативным актом/ актами (Да/Нет)	Актуальность элемента (Да/Нет)	Элемент реализуется (Да/Нет)	Выполнение условий (Да/Нет)
1	2	3	4	5	6
Действует локальный нормативный акт/ акты о порядке организации снабжения материальными запасами в поликлинике		X		X	
Организован предметно-количественный учет материальных запасов посредством плана-графика годовой закупки, учета остатков, поступления, расходования, дефектных и простроченных единиц	X		X		
Осуществляется отпуск лекарственных препаратов в соответствии с Инструкцией по предоставлению сведений субъектами обращения лекарственных средств в ФГИС МДЛП	X		X		
Обеспечена возможность определять количество материальных запасов на текущий момент времени	X		X		
Организовано участие работников склада/ складов поликлиники в планировании количества и сроков поставки материальных запасов	X		X		
Обозначены места хранения материальных запасов с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка, цветовое кодирование, информационный стенд, в том числе с учетом сроков годности и последовательности поступления материальных запасов	X		X		
Функционирует система подачи сигналов о необходимости восполнения объема материальных запасов	X		X		
Разработан стандарт рабочего места работников склада/ складов поликлиники	X		X		
Разработаны стандарты работы работников склада/ складов поликлиники	X		X		
Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)					

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов, хранимая на складе/складах поликлиники»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Наименование номенклатурной позиции материального запаса	Единица измерения	Категория	Объем годовой закупки	Объем остатков	Объем поставки	Объем расхода	Общий объем на складе/складах (документы)	Общий объем на складе/складах (факт)	Количество дефектных единиц (факт)	Количество просроченных единиц (факт)	Доля объема годовой закупки (документы)	Доля объема годовой закупки (факт)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		1.2.6										
		1.2.13										
		1.2.25										
		1.2.27										
		1.2.30										
		1.2.34										
		1.2.50										
		1.2.56										
		1.4.2										
		1.4.23										
		1.6.6										
		1.6.16										
		2.1.1										
		2.1.2										
		2.2.1										
		2.3.1										
		2.3.2										
		2.3.3										
		2.3.4										
		2.3.5										
Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)												
Максимальное значение доли объема годовой закупки, хранимая на складе/ складах поликлиники, %												
Количество дефектных и просроченных материальных запасов, единиц												
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)												

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_







Предварительный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов, хранящаяся в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
 Профиль кабинета поликлиники \_\_\_\_\_ Номер или наименование кабинета \_\_\_\_\_

Наименование элемента системы снабжения материальными запасами кабинетов в поликлиники	Наличие элемента (Да/Нет)	Элемент предусмотрен локальным нормативным актом/ актами (Да/Нет)	Актуальность элемента (Да/Нет)	Элемент реализуется (Да/Нет)	Выполнение условий (Да/Нет)
1	2	3	4	5	6
Действует локальный нормативный акт/ акты о порядке организации снабжения кабинетов материальными запасами в поликлинике		X		X	Да
Организован предметно-количественный учет материальных запасов в кабинете посредством учета остатков, поступления, расходования, дефектных и просроченных единиц хранения	X		X		
Обеспечена возможность определять количество материальных запасов в кабинете на текущий момент времени	X		X		
Установлены объемы недельной нормы расходования материальных запасов в кабинете	X		X		
Обозначены места хранения материальных запасов в кабинете с помощью способов и инструментов метода визуализации: маркировка, оконтуривание, разметка и прочее	X		X		
Определены и обозначены места хранения дефектных единиц материальных запасов, единиц материальных запасов с прошедшим сроком годности	X		X		
Функционирует система подачи сигналов о необходимости восполнения объема материальных запасов в соответствии с объемом недельной нормы хранения	X		X		
Разработан стандарт снабжения кабинета материальными запасами	X		X		
Разработаны стандарты рабочих мест работников кабинета	X		X		
Предварительная оценка пройдена (Да/Нет)					

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

















Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает рекомендации)»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_  
 Дата \_\_\_\_\_  
 Должность \_\_\_\_\_  
 Табельный номер \_\_\_\_\_  
 Кабинет \_\_\_\_\_

Показатель	Стандарт работы	Наблюдение 1	Наблюдение 2	Наблюдение 3	Минимальное значение доли времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (наименьшее значение из столбцов 2, 3, 4, 5), %
1	2	3	4	5	6
Общее время приема (осмотра, консультации), секунд					X
Общее время выполнения медицинским работником действий, создающих ценность для пациента (время, в течение которого медицинский работник проводит опрос, физикальное обследование, инструментальное обследование, забор биоматериалов для лабораторного исследования, лечебные мероприятия, консультирование), секунд					X
Доля времени приема (осмотра, консультации), в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента, %					

ФИО, должность проводившего оценку

ФИО, должность представителя поликлиники

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Доля отклонения времени цикла каждой операции от времени такта процессов  
«Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации», «Вакцинация»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Наименование процесса	Процесс проводится (осуществляется в поликлинике (Да/Нет))	Доля отклонения времени цикла от времени такта, %
1	2	3
Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения		
Проведение профилактического медицинского осмотра взрослых		
Проведение углубленной диспансеризации		
Проведение диспансеризации детского населения		
Проведение профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних		
Проведение профилактических прививок		
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)		

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_





## Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Отношение количества случаев оказания медицинской помощи с неоплатой или уменьшением оплаты медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

№ п/п	Месяцы периодов	Отчетный период: _____				Период, предшествующий отчетному: _____			
		МЭЭ		ЭКМП		МЭЭ		ЭКМП	
		Количество случаев, всего единиц	Количество случаев с нарушениями, единиц	Количество случаев, всего единиц	Количество случаев с нарушениями, единиц	Количество случаев, всего единиц	Количество случаев с нарушениями, единиц	Количество случаев, всего единиц	Количество случаев с нарушениями, единиц
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
Общее количество									
Количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными нарушениями на 100 проведенных экспертиз за отчетный период									
Количество случаев оказания медицинской помощи с выявленными нарушениями на 100 проведенных экспертиз за период, предшествующий отчетному									
Значение критерия, %									
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)									

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Отношение суммы неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи и суммы штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

№ п/п	Месяцы периодов	Отчетный период: _____				Период, предшествующий отчетному: _____			
		МЭЭ		ЭКМП		МЭЭ		ЭКМП	
		Количество случаев, всего, единиц	Сумма финансовых санкций, рублей	Количество случаев, всего, единиц	Сумма финансовых санкций, рублей	Количество случаев, всего, единиц	Сумма финансовых санкций, рублей	Количество случаев, всего, единиц	Сумма финансовых санкций, рублей
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
Общее количество									
		Сумма финансовых санкций на 100 проведенных экспертиз за отчетный период							
		Сумма финансовых санкций на 100 проведенных экспертиз за период, предшествующий отчетному							
		Значение критерия, %							
		Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)							

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля времени приемов врача для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Наименование должности врача	Дата оцениваемого приема (в формате ДД.ММ.ГГГГ)	Номер или наименование кабинета	Время приема, минута	Время приема по предварительной записи, минута	Доля времени, отведенного для приема по предварительной записи, %
1	2	3	4	5	6
Минимальная доля времени, отведенного для приема по предварительной записи, %:					
Достижение целевого значения (Да/Нет):					

ФИО, должность проводившего оценку

ФИО, должность представителя поликлиники

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Петрова \_\_\_\_\_



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Наименование должности врача	Дата оцениваемого приема (в формате ДД.ММ.ГГГГ)	Номер или наименование кабинета	Время приема по предварительной записи (в формате ЧЧ.ММ – ЧЧ.ММ)	Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, %
1	2	3	4	5
Минимальная доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, %:				
Достижение целевого значения (Да/Нет):				

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Проверочный лист достижения целевого значения критерия «Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Количество записей на прием в поликлинику всеми доступными способами, запись	Количество записей на прием в поликлинику при обращении в регистратуру, запись	Доля записей, совершенных при обращении в регистратуру, %	Достижение целевого значения (Да/Нет)
1	2	3	4

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_









Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_  
 Дата \_\_\_\_\_  
 Табельный номер \_\_\_\_\_  
 Дата открытия проекта \_\_\_\_\_  
 Дата закрытия проекта \_\_\_\_\_  
 Проект \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Признак соответствия проекта по улучшению условиям критерия	Соответствие признаку (Да/Нет)
1	2
Дата закрытия проекта по улучшению соответствует отчетному периоду – находится в пределах между датой первого и последнего дней отчетного периода включительно.	
Срок реализации проекта по улучшению не превышает 26 недель.	
Имеется локальный нормативный акт о реализации проекта по улучшению, в котором в состав рабочей группы в роли руководителя проекта включен соответствующий руководитель или заместитель руководителя поликлиники, указанные даты реализации проекта по улучшению, а также дата утверждения локального нормативного акта, соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	
Имеется паспорт проекта по улучшению, согласованный с региональным центром организации первичной медико-санитарной помощи, утвержденный руководителем поликлиники, в котором улучшаемый процесс и его границы, цели, показатели достижения цели, планируемые эффекты и обоснование соответствуют названию проекта по улучшению, плановая дата закрытия проекта по улучшению соответствуют локальному нормативному акту о реализации проекта по улучшению, в состав рабочей группы в роли руководителя проекта включен соответствующий руководитель или заместитель руководителя поликлиники, указанные даты соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	
Название проекта по улучшению отражает улучшаемый процесс, раскрывает суть улучшений или выражает эффект от реализации улучшений, соотносится с целями проекта по улучшению.	
Дата закрытия проекта по улучшению не отклоняется от плановой даты, указанной в паспорте проекта по улучшению и локальном нормативном акте о реализации проекта по улучшению, более чем на 4 недели.	
Имеется карта текущего состояния процесса, на которой процесс и обозначенные места входа и выхода из процесса соответствуют процессу и границам процесса в паспорте проекта по улучшению, обозначены выявленные проблемы в процессе, указанные даты составления карты соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	
Имеется карта целевого состояния процесса, на которой целевое состояние процесса соответствует целям, показателям достижения цели паспорта проекта по улучшению, указанные даты составления карты соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	
Имеется лист коренных причин выявленных проблем, в котором указанные проблемы соответствуют карте текущего состояния процесса.	



Признак соответствия проекта по улучшению условиям критерия	Соответствие признаку (Да/Нет)
Имеется план мероприятий по достижению целевого состояния процесса, в котором мероприятия соответствуют целям, показателям достижения цели паспорта проекта по улучшению, проблемам карты текущего состояния процесса и листа коренных причин выявленных проблем, указанные даты, а также дата утверждения плана мероприятий, соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	
Имеется диаграмма Ганта, в которой мероприятия соответствуют плану мероприятий по достижению целевого состояния процесса, указанные даты соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	
Имеются данные мониторинга устойчивости улучшений, в которых показатели соответствуют целям, показателям цели паспорта проекта по улучшению, указанные даты соответствуют срокам реализации проекта по улучшению.	
Достигнутые значения показателей по результатам реализации проекта по улучшению в соответствии с данными мониторинга устойчивости улучшений составляют не менее 75 % от значений показателей достижения цели паспорта проекта по улучшению.	
Имеются документы по стандартизации, закрепляющие результаты улучшений в процессе, которые размещены на рабочих местах участников процесса в поликлинике.	
Проект по улучшению соответствует условиям критерия (Да/Нет)	

ФИО, должность проводившего оценку

ФИО, должность представителя поликлиники

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению  
деятельности поликлиники в течение последних 12 месяцев»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

Элемент внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике	Наличие элемента (Да/Нет)	Актуальность элемента (Да/Нет)	Элемент содержит сведения в соответствии с типовой формой (Да/Нет)
1	2	3	4
Положение о подаче предложений по улучшению в поликлинике			
Заявления работников поликлиники на предложение по улучшению			
Журнал регистрации предложений по улучшению работников поликлиники			
1. Дата первого дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)			
2. Дата последнего дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)			
3. Количество работников поликлиники, человек			
4. Количество работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению, человек			
5. Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению, %			
6. Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 20 % (Да/Нет)			
7. Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 30 % (Да/Нет)			

ФИО, должность проводившего оценку

ФИО, должность представителя поликлиники

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_





Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

Элемент внедрения системы подачи предложений по улучшению в поликлинике	Наличие элемента (Да/Нет)	Актуальность элемента (Да/Нет)	Элемент содержит сведения в соответствии с типовой формой (Да/Нет)
1	2	3	4
Положение о подаче предложений по улучшению в поликлинике			
Заявления работников поликлиники на предложение по улучшению			
Журнал регистрации предложений по улучшению работников поликлиники			
1. Дата первого дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)			
2. Дата последнего дня отчетного периода (в формате ДД.ММ.ГГГГ)			
3. Количество месяцев в отчетном периоде, в которые были направлены предложения по улучшению на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению			
4. Количество предложений по улучшению в отчетном периоде, направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению, единиц			
5. Количество реализованных предложений по улучшению в отчетном периоде, единиц			
6. Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в отчетном периоде, %			
7. Достижение целевого значения критерия для второго уровня, 40 % (Да/Нет)			
8. Достижение целевого значения критерия для третьего уровня, 60 % (Да/Нет)			

ФИО, должность проводившего оценку

ФИО, должность представителя поликлиники

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Вспомогательный проверочный лист 1 достижения целевого значения критерия  
«Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение  
комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

№ п/п	Месяцы отчетного периода	Количество предложений по улучшению, направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению, единиц
1	2	3
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
Количество месяцев в отчетном периоде, в которые были направлены предложения по улучшению на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению		
Количество предложений по улучшению в отчетном периоде, направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению, единиц		

ФИО, должность проводившего оценку

ФИО, должность представителя поликлиники

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_





Основной проверочный лист достижения целевого значения критерия  
«Количество процессов, управляемых через информационный центр»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

№ п/п	Признак управления процессами поликлиники через информационный центр	Соответствие признаку (Да/Нет)
1	2	3
1	Наличие утвержденного порядка организации работы информационного центра (далее – стандарт информационного центра)	
2	Стандарт информационного центра предполагает размещение сведений о целях, в соответствии с которыми осуществляется управление процессами организации, устанавливает порядок оформления, ведения и обновления таких сведений в информационном центре	
3	Сведения о целях, в соответствии с которыми осуществляется управление процессами организации, размещенные в информационном центре, содержат ссылки на актуальные нормативные акты, в соответствии с которыми они установлены	
4	Стандарт информационного центра предполагает размещение сведений для оперативного управления по блокам: безопасность, качество, исполнение заказов, затраты, корпоративная культура, – в соответствии с формой визуализации показателей, устанавливает порядок оформления, ведения и обновления таких сведений в информационном центре	
5	Сведения для оперативного управления в информационном центре размещены в соответствии с формой визуализации показателей согласно стандарту информационного центра	
6	Целевые значения, содержащиеся в сведениях для оперативного управления информационного центра, соответствуют целям, в соответствии с которыми осуществляется управление процессами организации.	
7	Стандарт информационного центра предполагает размещение сведений о проблемах, выявленных в рамках оперативного управления, в соответствии с формой регистрации проблем, устанавливает порядок оформления, ведения и обновления таких сведений в информационном центре	
8	Сведения о проблемах в информационном центре размещены в соответствии с формой регистрации проблем согласно стандарту информационного центра	
9	Проблемы, размещенные в информационном центре, соответствуют сведениям для оперативного управления	
10	Стандарт информационного центра предполагает размещение сведений о реализуемых проектах по улучшению, направленных на решение выявленных проблем, устанавливает порядок оформления, ведения и обновления таких сведений в информационном центре	
11	Сведения о реализуемых проектах по улучшению, размещенные в информационном центре, соответствуют сведениям о проблемах, выявленных по результатам оперативного управления	
12	Стандарт информационного центра устанавливает порядок проведения совещаний у информационного центра не реже 1 раза в неделю	
Количество процессов, управляемых через информационный центр в соответствии с данными вспомогательных проверочных листов, единиц		
Достижение целевого значения критерия (Да/Нет)		

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Вспомогательный проверочный лист достижения целевого значения критерия «Количество процессов, управляемых через информационный центр»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_  
Наименование процесса \_\_\_\_\_  
Наименование подпроцесса \_\_\_\_\_  
Блок оперативного управления \_\_\_\_\_

№ п/п	Признак управления процессом через информационный центр	Соответствие признаку (Да/Нет)
1	2	3
1	Показатель/ показатели процесса/ подпроцесса соответствует блоку оперативного управления информационного центра, в котором он размещен	
2	Сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса представлены в соответствии с формой визуализации согласно стандарту информационного центра	
3	В информационном центре представлены сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса за предшествующий период – всего не менее трех последовательных периодов, предусмотренных формой визуализации показателя/ показателей процесса/ подпроцесса	
4	Сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса содержат данные о целевом значении показателя/ показателей	
5	Сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса содержат данные о периодичности внесения значений показателя/ показателей, датах внесения значений показателя/ показателей	
6	Сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса содержат данные об ответственном исполнителе	
7	Сведения о показателе/ показателях процесса/ подпроцесса являются актуальными (внесены в соответствии с периодичностью согласно стандарту информационного центра)	
8	Для выявленных отклонений показателя/ показателей процесса/ подпроцесса от целевого значения имеются указания на проблемы, вызвавшие их возникновение, которые размещены в информационном центре в соответствии с формой регистрации проблем согласно стандарту информационного центра	
9	Выборочная проверка (в отношении не менее одного решения) подтвердила реализацию действий, направленных на устранение проблем, выявленных по результатам оперативного управления на основании показателя/показателей процесса/подпроцесса	
Процесс управляется через информационный центр (Да/Нет)		

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_





Вспомогательный проверочный лист оценки достижения целевого значения критерия «Производственная нагрузка оборудования, используемого для диагностических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клиничко-диагностических лабораторий»

Наименование поликлиники \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Показатель	Инвентарный номер оборудования, выбранного для проведения оценки, в соответствии с основным проверочным листом				
	2	3	4	5	6
1					
1. Дата проведения оценки (в формате ДД.ММ.ГГГГ)					
2. Номер или наименование кабинета					
3. Продолжительность работы поликлиники для приема пациентов, минут					
4. Продолжительность общего времени работы оборудования в сутки, минут					
5. Продолжительность технических перерывов оборудования, минут					
6. Продолжительность перерывов в работе кабинета с целью отдыха и питания работников, минут (с учетом пересечения со временем строки 5)					
7. Продолжительность перерывов в работе кабинета с целью санитарной обработки, минут (с учетом пересечения со времени строк 5 и 6)					
8. Продолжительность плановых перерывов, минут					
9. Продолжительность работы оборудования для проведения диагностических исследований, минут					
10. Производственная нагрузка оборудования, %					

ФИО, должность проводившего оценку \_\_\_\_\_

ФИО, должность представителя поликлиники \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_



Отдельные категории материальных запасов

Таблица 1

Медицинские изделия

Таблица	Группа <sup>1</sup>	Подгруппа <sup>21</sup>	Наименование категории
1	2	-	Вспомогательные и общепольничные медицинские изделия
1	2	6	Инъекторы лекарственных средств/ вакцин
1	2	13	Ланцеты
1	2	25	Перчатки медицинские
1	2	27	Пипетки и сопутствующие изделия
1	2	30	Полотенца медицинские и сопутствующие изделия
1	2	34	Растворы/ газы для санитарной обработки/обслуживания медицинских изделий и сопутствующие изделия
1	2	50	Халат медицинский
1	2	56	Прочие вспомогательные и общепольничные медицинские изделия
1	4	-	Медицинские изделия для акушерства и гинекологии
1	4	2	Зеркала вагинальные
1	4	23	Прочие медицинские изделия для акушерства и гинекологии
1	6	-	Медицинские изделия для манипуляций/восстановления тканей/органов человека
1	6	6	Повязки и сопутствующие изделия
1	6	16	Шовные материалы и сопутствующие изделия

Таблица 2

Иные материальные запасы

Таблица	Группа	Подгруппа	Наименование категории материальных запасов
2	1	-	Лекарственные препараты
2	1	1	Лекарственные препараты для деятельности поликлиники
2	1	2	Лекарственные препараты для деятельности дневного стационара поликлиники
2	2	-	Горюче-смазочные материалы
2	2	1	Бензин
2	3	-	Прочие материальные запасы
2	3	1	Печатная продукция
2	3	2	Бланки
2	3	3	Журналы
2	3	4	Бумага
2	3	5	Направления, изготовленные типографским способом

<sup>21</sup> в соответствии с приказом Минздрава России от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий».



Типовой перечень процессов и подпроцессов  
медицинских организаций

Наименование процесса	Наименование подпроцесса
Работа регистратуры медицинской организации	Предварительная запись пациентов на прием к врачу (через интернет, инфомат, по телефону, при обращении в регистратуру)
	Распределение входящих потоков пациентов, в том числе по неотложным показаниям
	Подбор и доставка медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у), в кабинеты врачей, ведение картотеки поликлиники
	Ведение архива медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у)
	Ведение расписания специалистов, в том числе в электронном виде, своевременное внесение изменений в расписание, оповещение пациентов в случае отмены/изменения времени приема врача, предварительный обзвон пациентов с целью контроля их готовности к посещению поликлиники
	Оформление листков нетрудоспособности, справок о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение)
	Принятие гражданина на медицинское обслуживание в медицинской организации/снятие гражданина с медицинского обслуживания в медицинской организации
	Регистрация вызовов врача на дом, организация посещений пациентов на дому после вызова скорой медицинской помощи
	Распределение результатов лабораторных, инструментальных исследований по медицинским картам пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у)
Лечебно-диагностический прием врача	Лечебно-диагностический прием врача в поликлинике
	Оформление листков нетрудоспособности, в т.ч. электронных, справок о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение



Наименование процесса	Наименование подпроцесса
	Оформление медицинской документации (выписки, направления, в том числе на врачебную комиссию, санаторно-курортное лечение, оформление санаторно-курортных карт, формы № 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» и др.)
Лечебно-диагностический прием на дому	Врачебный осмотр пациента на дому врачом
	Оказание неотложной помощи на дому
	Организация стационара на дому
	Проведение симптоматической и обезболивающей терапии на дому при оказании паллиативной помощи
Профилактический прием	Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения
	Проведение профилактического медицинского осмотра взрослых
	Проведение углубленной диспансеризации
	Проведение диспансеризации детского населения
	Проведение профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних
	Диспансерное наблюдение
Лекарственное обеспечение	Льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан
	Лекарственное обеспечение в условиях дневного стационара
	Определение потребности в лекарственных препаратах, медицинских изделиях и расходных материалах, формирование заявки на льготное лекарственное обеспечение
	Осуществление контроля за правильным хранением и рациональным расходом лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов в подразделениях медицинской организации
Вакцинация	Формирование списков контингентов (лиц), подлежащих вакцинопрофилактике
	Проведение профилактических прививок
	Регистрация профилактических прививок и формирование прививочной картотеки, регистрация поствакцинальных реакций и осложнений
	Хранение, транспортировка, утилизация иммунобиологических препаратов
	Проведение медицинского осмотра перед проведением вакцинации и после нее
Работа дневного стационара	Организация направления, оформления, приема и сопровождения пациента в дневном стационаре
	Оформление листа врачебных назначений, в том числе назначение лекарственных препаратов через врачебную комиссию
	Экспертиза временной нетрудоспособности на приеме



Наименование процесса	Наименование подпроцесса
Экспертиза временной нетрудоспособности	Экспертиза временной нетрудоспособности на дому
	Экспертиза временной нетрудоспособности в дневном стационаре
Диагностические исследования	Проведение эндоскопических исследований
	Проведение различных видов лучевой диагностики
	Проведение ультразвуковой диагностики
	Проведение функциональных методов исследований
	Проведение исследований биологических материалов человека с использованием лабораторных методов диагностики
	Организация и проведение консультаций с применением телемедицинских технологий
Управление ресурсами медицинской организации	Управление материальными ресурсами
	Управление финансовыми ресурсами
	Управление кадровыми ресурсами
Управление качеством и безопасностью в медицинской организации	Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности
	Организация работы врачебной комиссии медицинской организации
	Организация рассмотрения обращений граждан
Снабжение медицинской организации	Приемка материальных ресурсов (доставка, проверка качества входящих материальных ресурсов, учет)
	Оперативное управление материальными ресурсами (перемещение материальных ресурсов внутри медицинской организации, осуществление закупок в медицинской организации) и пр.
	Организация работы склада лекарственных препаратов и медицинских изделий в медицинской организации (учет, движение, хранение лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов)
	Мониторинг и оценка исполнения договоров/контрактов
	Доставка в структурные подразделения и кабинеты лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов точно вовремя по принципу «вытягивания» в нужном количестве
	Централизованная стерилизация
	Сортировка, упаковка и стерилизация изделий медицинского назначения многоразового использования в центральном стерилизационном отделении
	Выдача стерильных изделий медицинского назначения в кабинеты и структурные подразделения медицинской организации





Наименование процесса	Наименование подпроцесса
Техническое обслуживание медицинского оборудования	Обеспечение текущего технического обслуживания медицинского оборудования (контроль технического состояния медицинского оборудования, контроль качества выполняемых работ по техническому обслуживанию медицинского оборудования, текущий ремонт) и пр.
Транспорт	Обеспечение транспортными услугами кабинета (отделения) неотложной медицинской помощи
	Обеспечение транспортными услугами административного отдела медицинской организации
	Организация доставки биоматериала в централизованные лаборатории
	Организация доставки материальных ресурсов в структурные подразделения медицинской организации
	Организация и проведение технического обслуживания автотранспортных средств
Санитарное содержание	Уборка помещений в соответствии с классом чистоты (А, Б, В, Г)
	Хранение, использование уборочного инвентаря
	Сбор и утилизация отходов разных классов опасности



Формы стандартов работы

Форма	Описание
Алгоритм	Описание последовательности действий для достижения результата в виде понятных исполнителю команд
Блок-схема	Графическая модель алгоритма, в которой отдельные действия изображаются в виде блоков различной формы, соединенных между собой линиями, указывающими направление последовательности
Инструкция	Текстовое описание правил по выполнению определенной работы с указанием порядка, способа выполнения и необходимых ресурсов
Проверочный лист	Перечень последовательных действий с отметками результатов их выполнения, на основании которого определяется достижение поставленной задачи
Рабочая инструкция	Подробное описание порядка выполнения поставленных заданий и ведение записей по ним
Регламент	Документ, определяющий порядок взаимодействия подразделений и работников организации в рамках определенного процесса
Речевой модуль (скрипт)	Шаблон логически законченных речевых конструкций, используемых с целью профессионального общения в определенной стандартной ситуации
Сводная таблица операций	Документ по стандартизации процессов, содержащий сводную информацию о стандартах операций, составляющих данный процесс
Стандартная операционная карта	Документ, содержащий описание последовательности действий при выполнении операции с указанием времени выполнения каждого действия, ключевые указания в отношении безопасности, контроля качества, требуемых навыков, критических действий, стандартного запаса; наглядную графическую часть, информацию об инструментах и приспособлениях, необходимых для выполнения операции
Стандартная операционная процедура	Документ, содержащий описание последовательности действий при выполнении процедуры, приводящей к запланированному результату



## ТИПОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

о подаче и реализации предложений по улучшению в

---

(наименование медицинской организации)

### 1. Введение

Настоящее Положение о подаче и реализации предложений по улучшениям в \_\_\_\_\_ (далее – Положение) вводится как инструмент вовлечения персонала в процесс постоянного совершенствования деятельности

---

(наименование медицинской организации)

### 2. Область применения, ответственность

2.1. Положение определяет порядок подачи и рассмотрения Предложений по улучшениям (далее – ППУ) в соответствии с блок схемой (рисунок 1), а также порядок вознаграждения участников процесса подачи и реализации ППУ.

2.2. Руководство и организацию работ по подаче и реализации ППУ осуществляет ответственный за работу с ППУ \_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями данного положения.

2.3. Ответственность за разработку, изменение и пересмотр настоящего Положения несет \_\_\_\_\_.

2.4. Ответственность за соблюдение требований настоящего Положения на уровне структурных подразделений несут руководители данных структурных подразделений \_\_\_\_\_.

2.5. Положение распространяется на всех работников \_\_\_\_\_.

---

(наименование медицинской организации)



### 3. Обозначения, сокращения

В настоящем Положении применяются следующие сокращения:

МО – медицинские организации;

ППУ – предложение по улучшению;

### 4. Термины и определения

В настоящем Положении используются следующие термины и определения:

Автор ППУ – любой работник \_\_\_\_\_,

(наименование медицинской организации)

который в результате творческого труда заполнил бланк ППУ и передал его в установленном порядке руководителю структурного подразделения.

Материальное стимулирование – это экономические формы и методы побуждения людей, основанные на использовании материальной заинтересованности человека в повышении уровня денежной оплаты труда, в получении дополнительного денежного вознаграждения, вещественных побудителей, других стимулов (предоставление льгот и дополнительных услуг).

Нематериальное стимулирование – это система мер, не связанная с денежными выплатами, направленная на побуждение персонала к эффективной работе для достижения целей организации.

Комиссия по ППУ – группа работников \_\_\_\_\_,

(наименование медицинской организации)

определенная приказом и ответственная за внедрение ППУ.

Предложение по улучшению (ППУ) – предложение работника или группы работников медицинской организации, направленное на устранение конкретных потерь в деятельности данной организации, зарегистрированное в установленном порядке.



## 5. Требования

5.1. ППУ признаются любые предложения, являющиеся полезными для \_\_\_\_\_ и способствующие:

улучшению условий труда;

улучшению организации труда;

повышению безопасности труда;

улучшению экологической обстановки;

оптимизации лечебно-диагностического и профилактического процессов;

повышению качества и безопасности оказываемых услуг;

сокращению материальных и нематериальных затрат.

5.2. Не признаются в качестве ППУ предложения:

дублирующие требования нормативных документов и распоряжения руководства;

однотипные (поданные ранее в том же подразделении);

являющиеся констатацией общеизвестных фактов и другие предложения, не отвечающие определению ППУ.

## 6. Порядок подачи ППУ

6.1. Создание заявление на ППУ.

6.1.1. ППУ может подать любой работник или группа работников МО. При этом в случае подачи ППУ группой работников, его автором считается каждый работник, входящий в нее.

6.1.2. Для подачи ППУ, автор ППУ оформляет бланк «Заявление на предложение по улучшению» (рисунок 2).

6.1.3. Бланк «Заявление на предложение по улучшению» размещается в свободном доступе, в местах, определенных руководителями структурных подразделений.

6.1.4. В бланке «Заявление на предложение по улучшению» автор ППУ заполняет следующие поля:



предложение по улучшению;  
до реализации;  
после реализации;  
ожидаемые эффекты от принятых решений;  
ФИО автора предложения по улучшению;  
структурное подразделение;  
должность;  
дата подачи предложения по улучшению;  
подпись автора предложения по улучшению.

6.1.5. Автор ППУ передает Заявление на ППУ руководителю структурного подразделения.

6.2. Оценка корректности Заявления на ППУ.

6.2.1. Оценку корректности Заявления на ППУ осуществляет руководитель структурного подразделения.

6.2.2. В ходе оценки руководитель проверяет корректность информации, внесенной в обязательные для заполнения поля бланка. В случаях выявления некорректного заполнения руководитель возвращает заявление автору ППУ для внесения корректирующих записей.

6.2.3. Руководитель структурного подразделения передает корректно заполненное Заявление на ППУ секретарю Комиссии по ППУ.

6.3. Регистрация заявления и внесение его в повестку заседания Комиссии по ППУ.

6.3.1. Регистрацию заявлений на ППУ осуществляет секретарь Комиссии по ППУ.

6.3.2. Секретарь Комиссии по ППУ в день подачи заявления на ППУ вносит информацию в Журнал «Регистрация предложений по улучшению» (рисунок 3). Информация из заявления на ППУ переносится в соответствующие поля.



6.3.3. Секретарь Комиссии по ППУ вносит в поле «Дата рассмотрения Комиссией по ППУ» дату ближайшего предстоящего заседания Комиссии по ППУ в соответствии с графиком работы Комиссии по ППУ.

6.3.4. Секретарь Комиссии по ППУ информирует руководителя автора ППУ о дате заседания Комиссии по ППУ.

6.3.5. Непосредственно перед заседанием Секретарь Комиссии по ППУ формирует повестку заседания из всех зарегистрированных на данный момент ППУ и передает ее руководителю Комиссии по ППУ.

## 7. Порядок работы Комиссии по ППУ

### 7.1. Состав комиссии.

7.1.1. Формирование Комиссии по ППУ осуществляет лицо, ответственное за работу с ППУ.

7.1.2. Комиссия состоит из руководителя, экспертов и секретаря.

7.1.3. Руководителем Комиссии по ППУ является лицо, ответственное за работу с ППУ.

7.1.4. В роли экспертов Комиссии по ППУ могут выступать:

Руководитель МО;

Профильные заместители руководителя МО;

Руководители структурных подразделений;

Наиболее компетентные работники МО.

7.1.5. Секретарь Комиссии по ППУ назначается приказом руководителя МО.

7.1.6. Руководитель Комиссии по ППУ определяет состав экспертов для каждого заседания исходя из количества заявлений на ППУ, внесенных в повестку.

### 7.2. Рассмотрение ППУ.

7.2.1. Комиссия по ППУ оценивает соответствие ППУ требованиям пп. 5.1.1. - 5.1.2., актуальность, новизну, необходимость реализации предложения.



7.2.2. В случае соответствия ППУ требованиям Комиссия по ППУ принимает решение «Предложение рекомендовано к реализации».

7.2.3. В случаях, когда ППУ не соответствует требованиям, Комиссия по ППУ принимает решение о необходимости доработки ППУ. Если доработка ППУ не позволит обеспечить выполнения требований или отсутствует необходимость в его реализации, то Комиссия по ППУ принимает решение «Предложение отклонить». В противном случае – «Предложение отправить на доработку».

7.2.4. Оценка Комиссии по ППУ является окончательной. Принятые решения секретарь Комиссии по ППУ вносит в Журнал «Регистрация предложений по улучшению» в графу «Статус предложения» и в Заявление на предложение по улучшению в графу «Статус предложения: отклонено/ отправлено на доработку/ рекомендовано к реализации».

7.2.5. ППУ со статусом «Предложение рекомендовано к реализации» подготавливаются к реализации.

7.2.6. ППУ со статусом «Предложение отклонить» снабжаются пояснительной запиской о причинах отклонения и возвращаются автору предложения по улучшению.

7.2.7. ППУ со статусом «Предложение отправить на доработку» снабжаются пояснительной запиской с рекомендациями по доработке и возвращаются автору предложения по улучшению.

### 7.3. Подготовка ППУ к реализации.

7.3.1. К внедрению принимаются ППУ, прошедшие оценку Комиссии по ППУ, имеющие статус «рекомендовано к реализации» и согласованные с руководителем МО.

7.3.2. Комиссия по ППУ разрабатывает план реализации ППУ:

определяет перечень необходимых мероприятий;

определяет лиц, ответственных за выполнение мероприятий.

7.3.3. Комиссия согласует с руководителем МО сроки реализации ППУ.





7.3.4. Секретарь комиссии по ППУ подготавливает проект локального нормативного акта по реализации ППУ и направляет его на утверждение руководителем МО.

## 8. Поощрение авторов ППУ.

8.1. Поощрение работников МО, принимающих участие в формировании и подаче ППУ реализуется в соответствии с Положением о материальном стимулировании персонала и Положением о нематериальной мотивации.

8.1.1 Ходатайство о поощрении работников за подачу ППУ может направлять прямой (непосредственный) руководитель автора ППУ, руководитель Комиссии по ППУ.

## 9. Отчетные формы

9.1. К отчетным формам относится выписка из Журнала «Регистрации предложений по улучшению» по итогам каждого месяца и года.

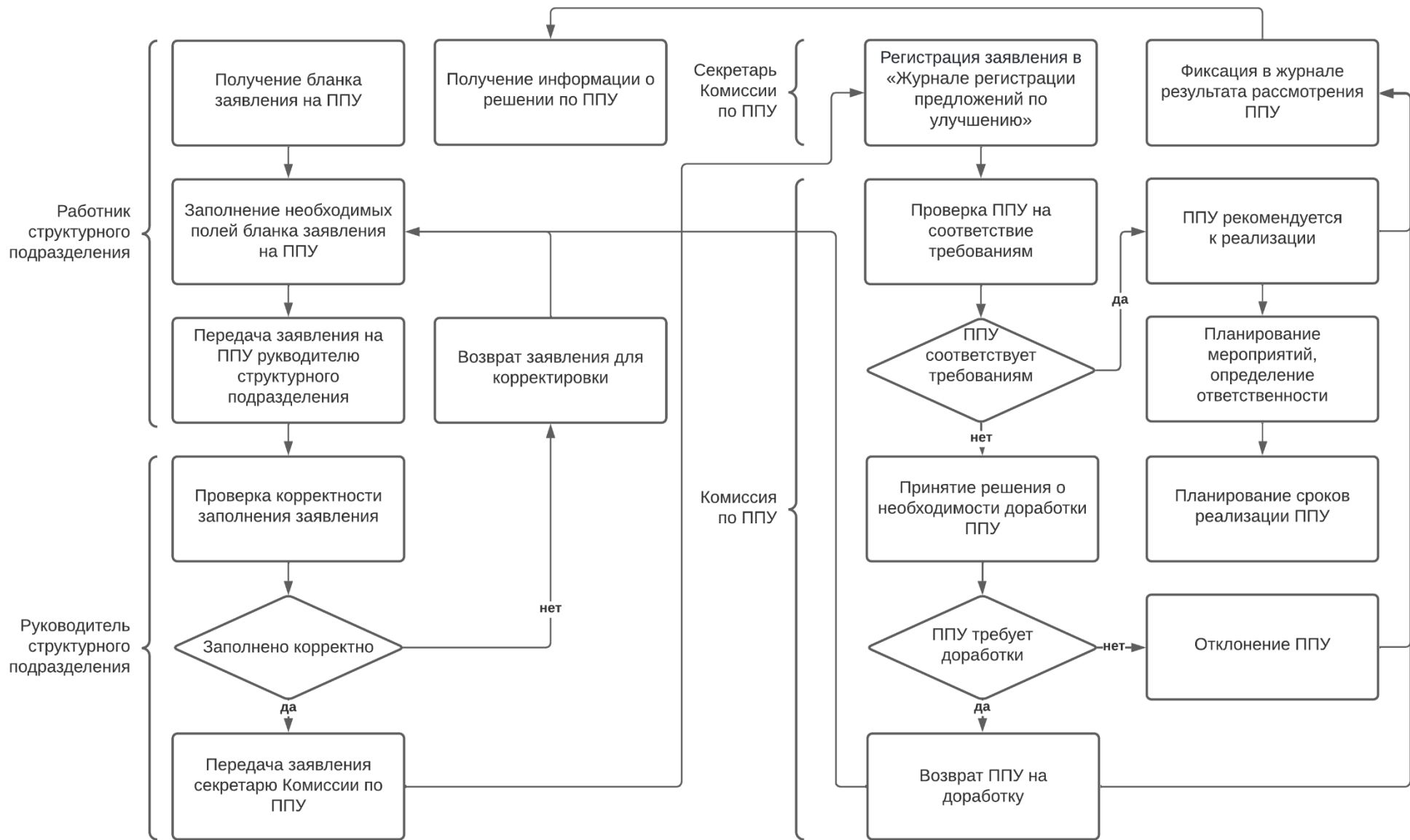


Рисунок 1. Блок-схема подачи и рассмотрения предложений по улучшению



Заявление на предложение по улучшению

Предложение по улучшению:					
	До реализации		После реализации		
	Фото, описание, эскиз		Фото, описание, эскиз		
Ожидаемые эффекты от принятых решений:					
ФИО автора предложения по улучшению	Структурное подразделение	Должность	Дата подачи предложения по улучшению	Подпись автора предложения по улучшению	Статус предложения: отклонено/отправлено на доработку/рекомендовано к реализации

Рисунок 2. Форма бланка «Заявления на Предложение по улучшению»



№ п/п	Дата регистрации заявления	ФИО автора заявления предложения по улучшению	Структурное подразделение	Должность автора предложения по улучшению	Краткое содержание предложения	Дата рассмотрения Комиссией по ППУ	Статус предложения

Рисунок 3. Форма журнала «Регистрация Предложений по улучшению»

# ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

## Наши контакты:



Москва, Петроверигский пер.,  
д.10, стр. 3



+7 (495) 212-07-13



[www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)



[vk.com/gnicpmru](https://vk.com/gnicpmru)



[t.me/fgbunmictpm](https://t.me/fgbunmictpm)