



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Центр организации первичной медико-санитарной помощи

Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

**Рабочее совещание по вопросам создания и тиражирования
«Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»**

Москва
26.06.2019

2 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ



В рамках реализации проектов по улучшениям решаются следующие задачи:

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



3 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ



Проблемы, которые не решаются методами бережливого производства:

- **кадровая ситуация в медицинской организации**
- **увеличение объема оказываемых платных медицинских услуг**
- **обучение персонала IT-навыкам**
- **психологические особенности поведения посетителей медицинской организации**

4 РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ



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

Роль руководитель медицинской организации:

- **активное участие** во внедрении принципов бережливого производства,
- **выделение** необходимых **ресурсов**,
- **консультирование команды** по вопросам компетенции,
- **проявление интереса** к достижениям команды,
- **присутствие на стартовых совещаниях** (kick-off),
- **поощрение участников** рабочей группы (команды) проекта по результатам работы.
- **заинтересован в проведении обучения** сотрудников философии, принципам, инструментам и методам бережливого производства.

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

5 РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ



Типовые этапы реализации проектов по улучшению

6 месяцев (max)



Принято выделять следующие этапы реализации проекта по улучшению:

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

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

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

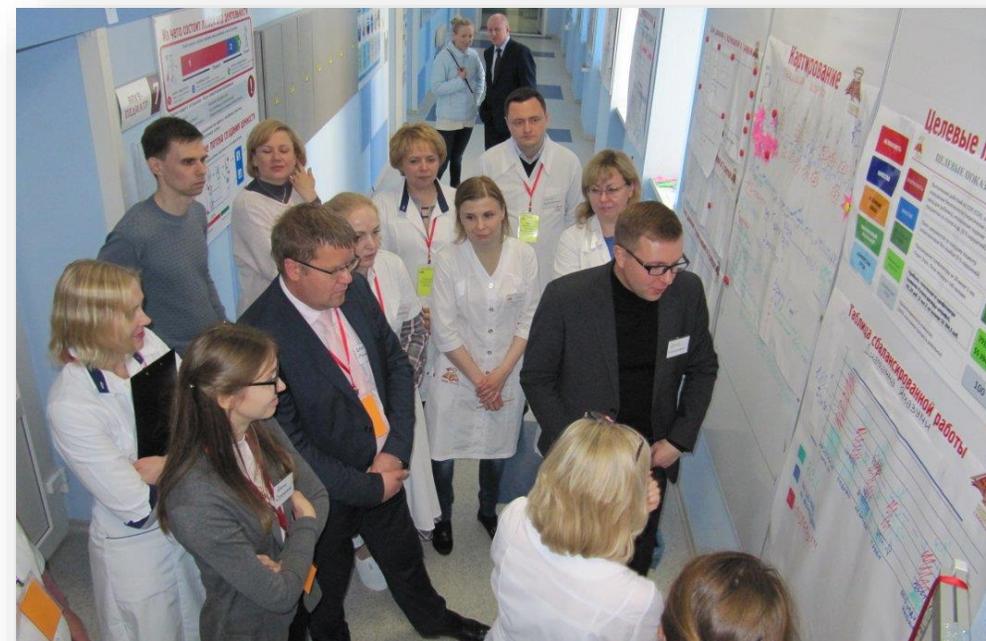
Этап 4 – «Закрепление результатов и закрытие проекта» – 3-4 недели. .

6 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



На первом этапе осуществляется:

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



Оптимальное количество проектов – не менее пяти.

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

7 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



Определение приоритетных (проблемных) направлений

Для этого используются подходы:

- 1) принятие решения на общем собрании после открытого обсуждения;
- 2) по результатам анкетирования пациентов и/или сотрудников медицинской организации;
- 3) с помощью листов проблем и листов предложений.
- 4) принятие инициативного решения о тиражировании лучших практик

ТФ-4. Лист проблем

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

ТФ-4. Лист предложений

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



Работа не начата



Работа запланирована



Работа выполняется



Работа выполнена качественно



Работа стандартизирована



ФОРМИРОВАНИЕ КОМАНДЫ ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

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

Признаки эффективной командной работы:

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

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

Оптимальная численность рабочей группы – от 5 до 7 человек.

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

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

9 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СТЕНДА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

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

На стенде необходимо отобразить (разместить):

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



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

10 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

В заголовке паспорта проекта по улучшению указывается наименование проекта

Наименование проекта должно:

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

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

Пример названия проекта:

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

The image shows a project passport form titled "Паспорт проекта. Название проекта". The form is divided into several sections. A red callout box highlights the first section, "Блок 1: Вовлеченные лица и рамки проекта". The text in the callout box explains that this block is located in the top-left corner of the passport and contains information about the project initiator, process, boundaries, and the project team. The text in the callout box is: "Блок 1: «Вовлеченные лица и рамки проекта» Данный блок размещается в левом верхнем углу паспорта проекта по улучшению. В данном блоке указывается: ■ заказчик проекта по улучшению, ■ процесс, ■ границы процесса, ■ Руководитель, ■ команда проекта. Блок является стандартным и не подлежит каким-либо изменениям, недопустимо внесение дополнительных участников."

Блок 1: «Вовлеченные лица и рамки проекта»

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

В данном блоке указывается:

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

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

11 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Блок 2: «Обоснование выбора»

Данный блок размещается в правом верхнем углу паспорта проекта по улучшению

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

В блоке рекомендуется отразить следующие аспекты:

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

УТВЕРЖДАЮ:
Заведующий поликлиникой
Ф.И.О.
(подпись)

Паспорт проекта. Название проекта

СВЯЗАННО:
Заказчик государственного
Ф.И.О.
(должность, подпись)

Блок 2. Обоснование выбора проекта

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

Обоснование:

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

12 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Блок 3: «Цели и плановый эффект»

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

Цели должны быть:

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

Цели не должны содержать:

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

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

Цель:

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

Эффекты:

разработка стандарта обслуживания пациента регистратором
разработка маршрутных карт

Наименование цели, ед. изм.	Текущий показатель	Целевой показатель
Сокращение времени ожидания пациента при первичном обращении	2 дни	60 мин
Увеличение числа положительных отзывов при оформлении льготного рецепта	5 шт.	1 шт.
Разработаны планы по оптимизации процесса получения льготных лекарственных средств	Нет	Да
Сокращены расходы на приобретение лекарственных средств (сокращены расходы на 10% от факта)		

Эффекты:
Сокращение времени пребывания пациента в больнице при оформлении льготного рецепта с 180 минут до 15 минут.

13 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ

Блок 4: «Ключевые события проекта».

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

Эффективная/рекомендуемая продолжительность проекта – 4-6 месяцев.

Выделяют следующие этапы проекта:

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

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

Этап 3 «Внедрение» – **8-10 недель;**

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

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

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

Сроки:

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

Блок 4. Ключевые события и сроки

Сроки:
1. Оформление паспорта проекта 29.06.2018
2. Анализ текущей ситуации 15.05.18 – 29.09.18
– разработка текущей карты процесса 15.05.2018 – 28.08.2018
– поиск и выявление проблем 22.06.2018 – 14.01.2019
– разработка целевой карты процесса – 13.01.2018 – 21.01.2018
– разработка «дорожной карты» реализации проекта 21.08.2018 по 28.09.2018
kick-off 08.02.2019
3. Внедрение улучшений 01.10.2018 – 14.03.2019
4. Закрытие проекта 14.03.2019

14 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ. ВАЖНО!

При составлении паспорта проекта по улучшению:

1. Название, обоснование выбора и цели проекта должны быть связаны
2. Паспорт должен быть утвержден руководителем медицинской организации и согласован с руководителем и/или представителями Регионального центра первичной медико-санитарной помощи
3. При продолжительности проекта 12 месяцев и более необходимо разделить проект на полугодия с расчетом и постановкой целей на каждые 6 месяцев реализации проекта

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

СОГЛАСОВАНО:
Должность, инициалы
Ф.И.О.
(подпись, печать)

Паспорт проекта. Название проекта

Блок 1. Ключевые лица и роли проекта
Название проекта: [название] (название организации)
Пример: - Стратегия проекта [название] [название организации]
Руководитель проекта: - [название должности] [название организации]
Команда проекта: - [название должности], [название должности], [название должности], [название должности]

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

Блок 3. Цели и планируемый эффект

Наименование цели, сд. изм.	Текущий показатель	Планируемый показатель
Сокращение времени получения и выдачи лекарственных препаратов пациентам	7 дней	60 мин
Уменьшение числа повторной госпитализации при оформлении лекарственных рецептов	5 раз	3 раз
Разработка стратегии внедрения проекта [название] [название организации]	Нет	Да
Сокращение расходов при применении [название] [название организации]		
Сокращение расходов на [название] [название организации]		

Эффекты:
Сокращение времени пребывания пациента в поликлинике при оформлении лекарственного рецепта с 180 минут до 35 минут

Блок 4. Ключевые события и сроки

Сроки:

1. Формирование паспорта проекта 20.08.2018
2. Анализ текущей ситуации 15.08.18 – 20.08.18
- разработка рабочей карты проекта 15.08.2018 – 20.08.2018
- анализ и выработка стратегии 22.08.2018 – 14.09.2018
- разработка рабочей карты проекта – 14.09.2018 – 21.09.2018
- разработка стратегии внедрения проекта 21.09.2018 до 25.09.2018
- анализ 01.10.2018
3. Внедрение улучшений 01.10.2018 – 10.11.2018
4. Закрытие проекта 10.11.2018

15 ЭТАП 1. «ПОДГОТОВКА И ОТКРЫТИЕ ПРОЕКТА»

ОФОРМЛЕНИЕ ПАСПОРТА ПРОЕКТА ПО УЛУЧШЕНИЮ



Паспорт проекта

«Сокращение времени ожидания и обслуживания в регистратуре »

наименование медицинской организации

УТВЕРЖДАЮ:

Зам. глав. врача

И.И. Иванов

(подпись)

УТВЕРЖДАЮ:

Администратор регистратуры

С.С. Петров

(подпись)

Общие данные:

Заказчик: Иванов Иван Иванович, заместитель главного врача

Процесс: Сокращение времени ожидания и обслуживания пациентов в регистратуре

Границы процесса:

Начало: вход пациента в холл поликлиники

Окончание: получение талона на консультацию

Руководитель проекта: Петров Семен Семенович

Команда проекта: Сидоров И.П., Синицын А.В., Петухов Н.С.

Обоснование:

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

Цель:

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

Эффекты:

разработка стандарта обслуживания пациента регистратором

разработка маршрутных карт

Сроки:

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

16 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



На данном этапе проводится:

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

Данный этап завершается стартовым совещанием (Kick-off):

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

Результат данного этапа - план мероприятий по достижению целевого состояния

18 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ВАЖНО!

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

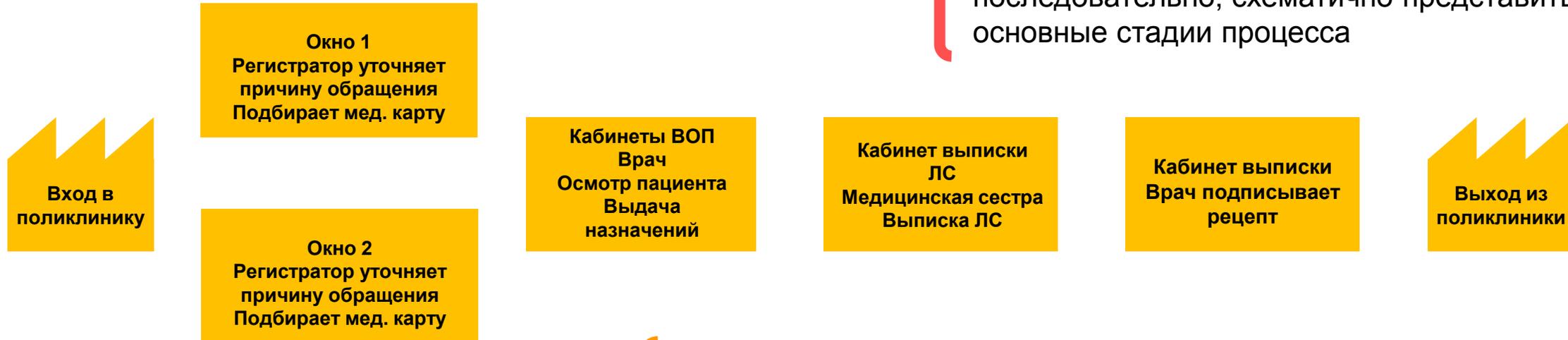


19 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)



Шаг 1. Указать на карте наименование рассматриваемого процесса

Шаг 2. Выстроить операции последовательно, схематично представить основные стадии процесса

1. Первоначальную визуализацию картирования потока проводят вручную (с использованием клейких стикеров или карандаша с ластиком)

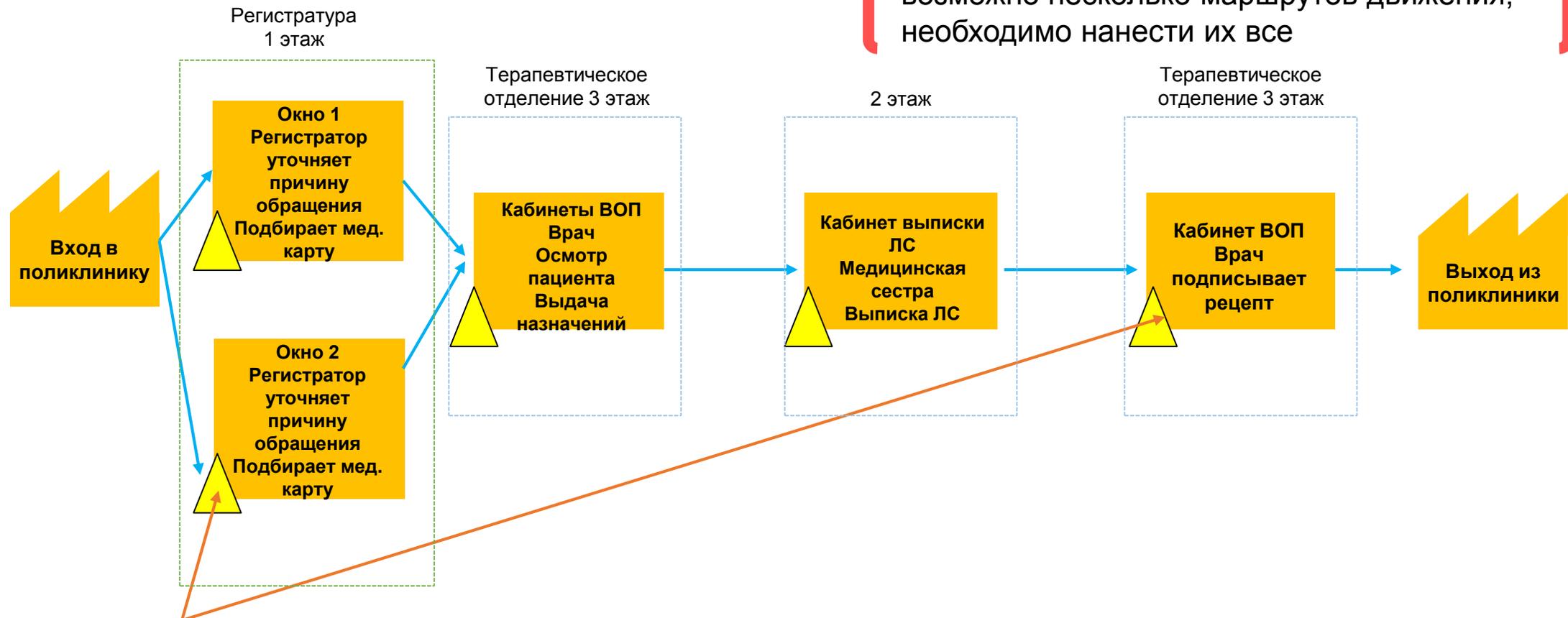
2. При описании текущего состояния процесса, следует собрать образцы всех бланков и документов, которые используются на каждом этапе

20 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)



Шаг 3. Нанести линии движения пациента от одного процесса к другому. Если возможно несколько маршрутов движения, необходимо нанести их все

При скоплении пациентов между отдельными процессами – нанести знаки, обозначающие очередь

21 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)



Шаг 4. Отобразить на карте ПСЦ продолжительность каждого элемента, операции, манипуляции, длительность и дальность перемещений

На карту наносятся минимальная и максимальная продолжительность каждой операции, время ожидания и выявленные избыточные запасы (например, очередь).

22 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)

Шаг 5. Вычисление времени протекания процесса (ВПП)



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

23 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

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

Примеры проблем:

- небезопасные факторы окружающей среды, рабочего пространства;
- очереди и ожидания;
- неоптимальная логистика (лишние перемещения, запутанные маршруты);
- ошибки (в расписании приема), несоответствия (размещение подразделений и кабинетов не соответствует имеющейся навигации);
- значительные колебания и вариабельность в процессах или операциях;
- поломки (оборудование, транспортные средства);
- излишние запасы;
- неравномерность загрузки персонала и оборудования;
- перегрузка персонала и оборудования;
- «узкие места» (места снижения пропускной способности кабинета);
- отсутствие или несоблюдение требований стандартов, регламентов, инструкций и порядков.

В дальнейшем – проанализировать причины появления проблем, чтобы выбрать наиболее эффективный метод устранения этих причин

24 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ПЕРВЫЙ ЭТАП. ШАГИ ПОСТРОЕНИЯ КАРТЫ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПСЦ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (текущее состояние)



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

1. Длительное ожидание у регистратуры
2. Длительное ожидание у кабинета врача
3. Длительное ожидание перед кабинетом выписки ЛС
4. Отсутствие оперативной информации об остатках ЛС

ВПП min = 8260''
ВПП max = 11251''



ВТОРОЙ ЭТАП. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ

На карте целевого потока:

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

На этапе составления карты целевого ПСЦ задать следующие вопросы:

- какие операции могут быть объединены?
- какие операции могут быть исключены, как не добавляющие ценность или как лишний этап обработки?
- как организовать логистику пациентов и персонала?
- какие запасы можно сократить и до какого уровня?
- как оптимально расставить оборудование, какое оборудование должно быть модернизировано и(или) заменено?
- какие процедуры должны быть изменены?
- насколько хорошо мы понимаем требования/желания заказчиков и насколько мы руководствуемся ими при принятии решений?

26 КАРТИРОВАНИЕ ПСЦ С АНАЛИЗОМ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ



ВТОРОЙ ЭТАП. ПОСТРОЕНИЕ КАРТЫ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ

Карта процесса «Выписка льготного рецепта» (целевое состояние)



ВПП = 1400''

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

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ

Методы для поиска коренных причин:

метод 5 «Почему?»;

вопросная техника 5W1H (метод Кипплинга);

диаграмма Исикавы;

диаграмма взаимосвязей;

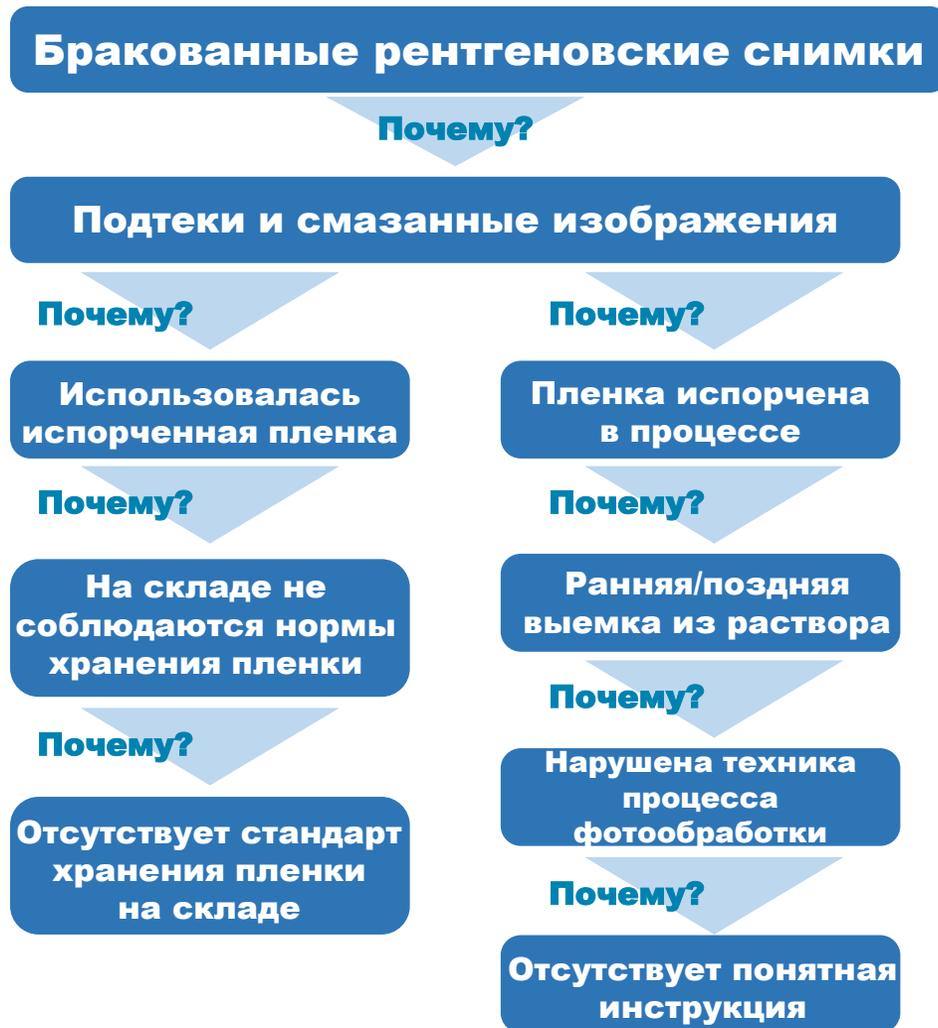
пирамида проблем.



28 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ



Выявление проблем и работа с ними. Метод 5 «Почему?»

Шаг 1. Зафиксировать проблему, которую необходимо решить путем устранения коренных причин

Шаг 2. Задать вопрос «Почему» необходимое количество раз, каждый раз стрелкой обозначая причинно-следственную связь. (На любом этапе может возникнуть не один, а несколько возможных вариантов ответа на вопрос. В этом случае у нас появляется несколько «веток»)

Шаг 3. Если при ответе на вопросы у нас появляется несколько «веток», обозначаем их все, как показано на рисунке слева

Шаг 4. Анализ «Почему» заканчивается в тот момент, когда каждую из выявленных причин мы сможем решить одним действием

Выявление проблем и работа с ними. Метод 5W1H

Метод применяется в качестве предварительного решения, чтобы было легче приступать к поиску коренных причин (например, с использованием метода 5 «Почему?»).

В комплекс входят следующие вопросы:

- 1. Кто (who)?**
- 2. Что (what)?**
- 3. Когда (when)?**
- 4. Где (where)?**
- 5. Почему (why)?**
- 6. Как (how)?**

При ответе на вопросы:

- нельзя пропускать вопросы, даже если кажется, что ответ прост и очевиден;
- необходимо давать конкретные, подробные ответы на вопросы



30 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. МЕТОД 5W1H

Вопрос

What?

When?

Where?

Why?

How?

Перевод

Что?

Когда?

Где?

Почему?

Как?

Комментарий

В чем заключается проблема?

Длительное время ожидания

Когда проблема имеет место быть?

В первой половине дня, между 8:00 и 9:00

Где обнаружена проблема?

Перед кабинетом забора крови

Почему это является проблемой?

Некомфортное ожидание, риск конфликтов пациентов в очереди

При каких обстоятельствах возникла проблема?

Все пришли к одному времени

31 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. МЕТОД 5W1H



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

Кто?

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

Что?

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

Когда?

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

Где?

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

Почему?

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

Как?

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





ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ

Используется **5 основных направлений** вероятной проблемы:

- 1. Machines** (Оборудование) – оборудование и приспособления, которые используются для выполнения данного процесса
- 2. Methods** (Метод) – методика, технология, которой необходимо следовать для получения результатов
- 3. Materials** (Материал) – «сырье», из которого будет сделан готовый продукт
- 4. Men** (Человек) – персонал. Человеческий фактор
- 5. Environment** (Окружающая среда) – условия окружающей среды

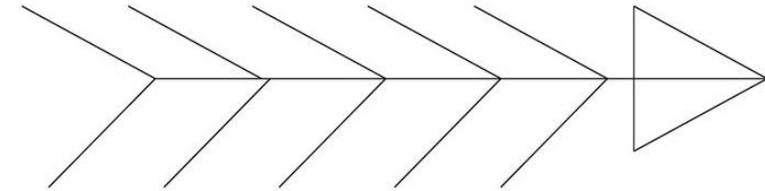


Диаграмма Исикавы (или «рыбья кость») – графическая визуализация, обеспечивающая системный подход к определению фактических причин возникновения проблем

33 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ

Оборудование

Метод

Материал

Шаг 1. Определяем процесс исследования. Начинаем рисовать диаграмму

Большое количество бракованных рентгеновских снимков

Шаг 2. Обозначаем на графике основные крупные направления

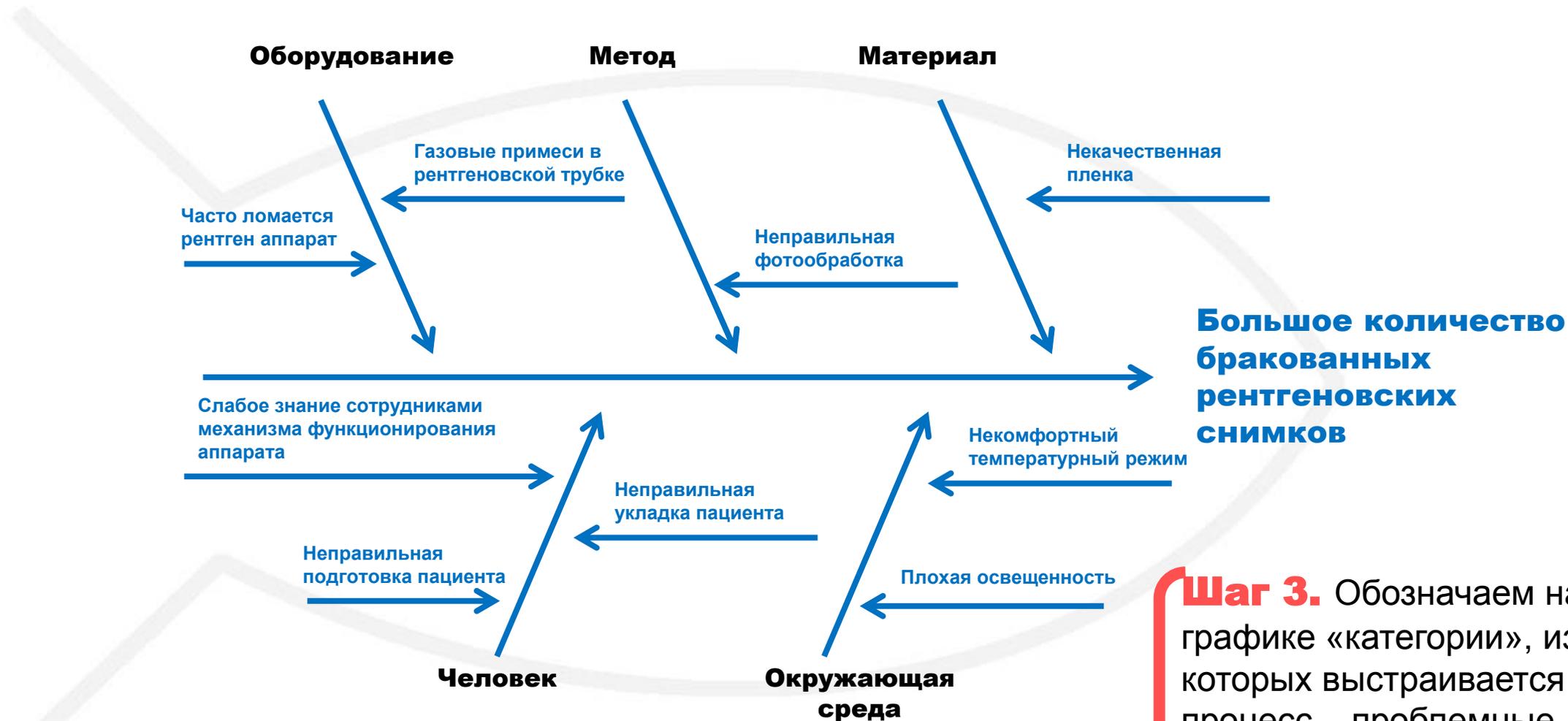
Человек

Окружающая среда

34 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ



Шаг 3. Обозначаем на графике «категории», из которых выстраивается процесс – проблемные моменты для каждого направления

35 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



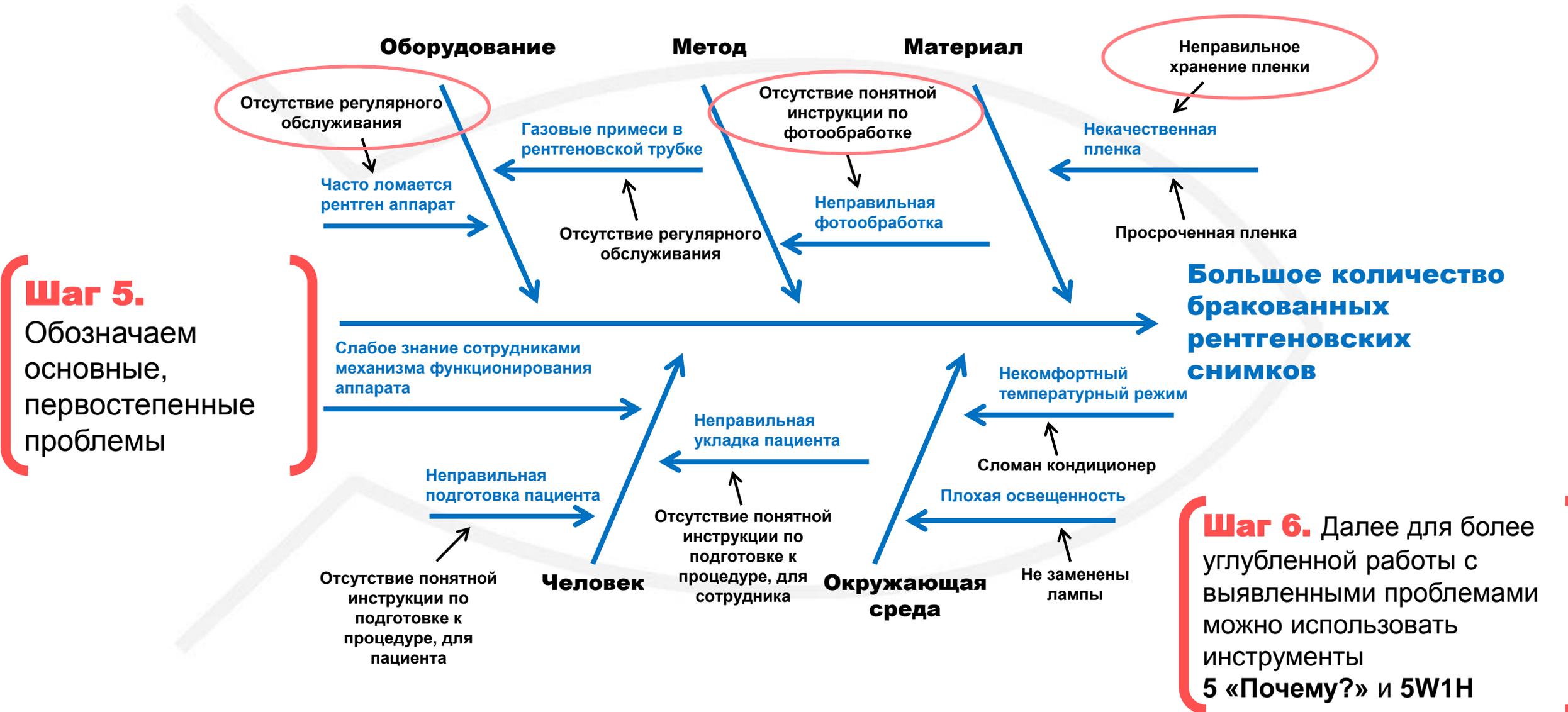
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ



36 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА ИСИКАВЫ





ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ДИАГРАММА СВЯЗЕЙ

Позволяет выявить, устранение какой причины поможет решить сразу несколько других

Шаг 1. В центре пишем название проблемы

Шаг 2. Вокруг проблемы обозначаем источники проблемы

Шаг 3. Обозначаем графически стрелками связи между источниками по формату «причина-следствие»

Шаг 4. Фиксируем под каждым источником количество «входящих» и «исходящих» стрелок

Шаг 5. Анализ. Устранение источников с наибольшим количеством «исходящих» стрелок позволит убрать все основные проблемы





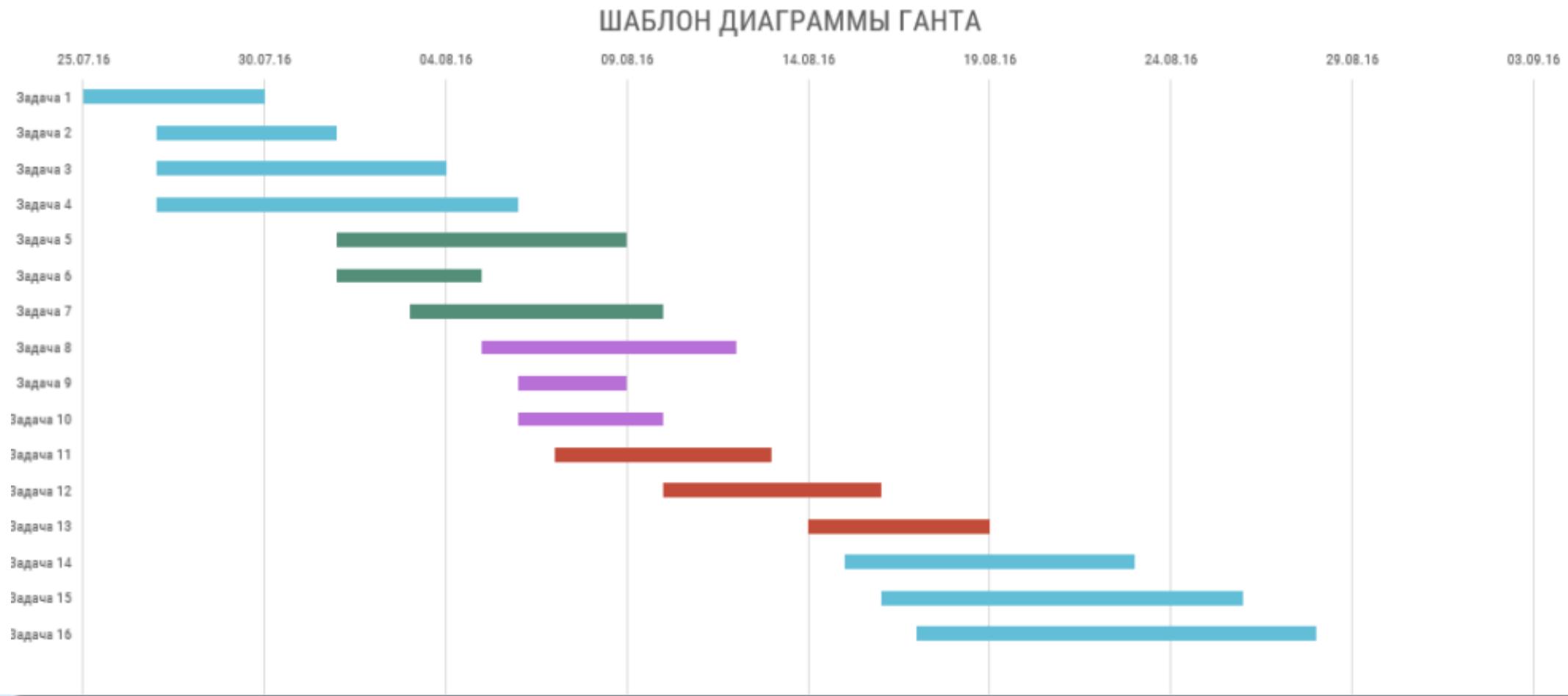
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ И РАБОТА С НИМИ. ПИРАМИДА ПРОБЛЕМ



39 ЭТАП 2. «ДИАГНОСТИКА И ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ»



СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЯ ПОТОКА



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



ПРОВЕДЕНИЕ KICK-OFF

Kick-off проводится совместно с представителями:

- органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья
- территориального ФОМС
- территориального органа Росздравнадзора
- территориального органа Роспотребнадзора
- РЦ ПМСП
- руководства медицинской организации
- командой проекта



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

На данном этапе осуществляется:

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



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

42 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



На данном этапе проводится:

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

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

Пересмотр разработанных стандартов улучшенных процессов:

- не реже 1 раза в год;

Обновление имеющихся стандартов по мере необходимости:

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



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

43 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



Мониторинг устойчивости улучшений, внедренных в результате реализации проекта

План проведения мониторинга:

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



44 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



МОНИТОРИНГ УСТОЙЧИВОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ПРОЦЕССА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

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

46 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ КАРТЫ (СОК)

Основные требования к рабочему стандарту:

- краткость
- использование средств визуализации (фотографии, эскизы)
- отражение последовательности выполнения элементов
- отражение требований к безопасному производству работ

Наименование: МО		Стандартная операционная карта (СОК)		СОК №1.1	
Подразделение	Область	Код: №	Время: табл. сек.	Забор крови из вены мелкого животного (сестрой вакуумной системой)	Действует с: 10.12.2018
Получатель		3	320	Забор крови из вены мелкого животного (сестрой вакуумной системой)	1/1
№ шага	Рабочая последовательность и используемый инструмент/прибор	Время, сек.	Ходов, м	Ключевые узлы/шаги	Система оповещения
1	Проверить наличие инструмента, подготовить прибор на стол для забора крови	1			
2	Проверить и установить дату срока годности	1:30	5		
3	Поставить прибор	5			
4	Оценить место инъекции, выбрать точку инъекции, продезинфицировать кожу.	5			
5	Направить иглу во в/в вену после инъекции, проверить наличие крови в игле	10			
6	Место инъекции продезинфицировать, закрыть иглу, обработать место инъекции антисептиком и обработать до полного высыхания антисептика	60			
7	Взять иглу, снять с нее защитный колпачок, вставить и иглопроводить до ушка	10			
8	Снять защитный колпачок с другой стороны иглы, продезинфицировать иглу, обработать иглу. Большой палец правой руки на 1-3 секунды нажать на иглу. Извлечь иглу	6			
9	Дать игле 10-30 секунд встать в вертикальное положение	15			
10	Взять ее с левой стороны, вставить пробирку и извлечь иглу до ушка и удерживать ее	6			
11	Направить иглу в пробирку. Снять или ослабить иглу	3			
12	Направить кровь в пробирку до конца, вынуть пробирку	10			
13	Проверить количество и качество крови	5			
14	Установить пробирку в штатив	5			
15	Демонстрировать технику введения иглы в вену животного, вставить иглу, проверить наличие крови в игле (собрать 1 мл крови)	10			
16	Положить иглу в лоток для отхода класса Б	10			
17	Наклеить на иглу наклейку с датой введения	30			
18	Обработать руки и инструменты, дезинфекция, снять перчатки и поместить в емкость для отхода класса Б	60			
19	Обработать руки антисептиком (Дезинфекция 10, Диги 10, Диги 10, Диги 10)	1:00			
Итого		4:08	5		

Правила составления СОК

1. СОК составляется путем непосредственного наблюдения операции.

Количество наблюдений - не менее 7 – 10 циклов. Наблюдать операцию необходимо при выполнении ее разными операторами из числа наиболее эффективных

2. Содержание СОК описать простым и понятным языком

3. Каждый этап разработки, каждый пункт СОК нужно согласовывать с работником, который эту операцию выполняет

4. СОК должен размещаться на одном листе формата А4

- Допускается размещение СОК на большем количестве листов, либо использование листа формата А3
- Второй и последующие листы СОК могут быть оформлены в виде приложения к СОК, в котором даются детальные пояснения по выполнению какого-либо из шагов рабочей последовательности
- Если стандартизируемая операция слишком емкая, следует рассмотреть возможность разделения ее на несколько более простых

47 ЭТАП 4 «ЗАКРЕПЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ЗАКРЫТИЕ ПРОЕКТА»



Пересмотр разработанных стандартов улучшенных процессов:

не реже 1 раза в год;

обновление имеющихся стандартов по мере необходимости:

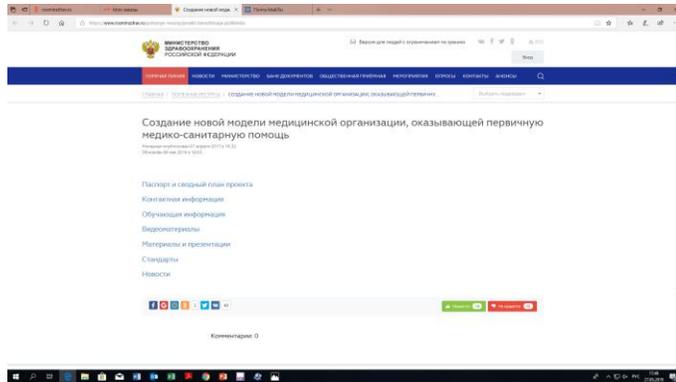
- в том числе при дополнительном оснащении структурных подразделений новым медицинским оборудованием (техникой) или ее модернизации,
- внедрении новых методик и пр.

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

ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ



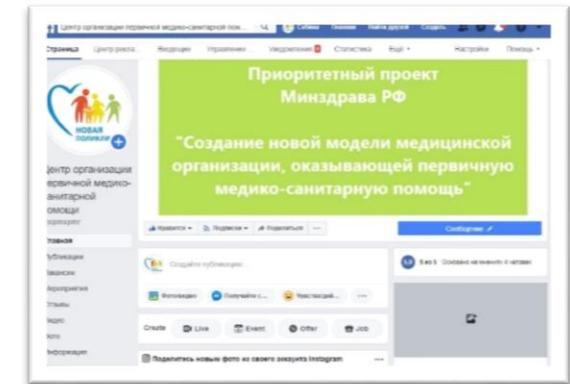
<https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/proekt-berezhlivaya-poliklinika/standarts>



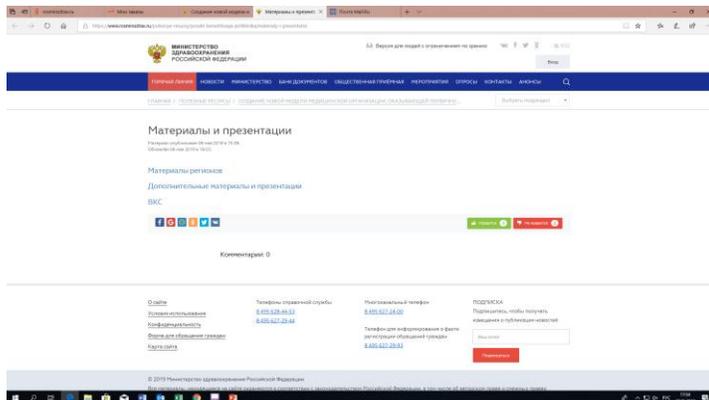
https://www.instagram.com/cpmssp_mr/
страница в Instagram



<https://www.facebook.com/cpmsspnr/>
страница на Facebook



<https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/proekt-berezhlivaya-poliklinika/materialy-i-prezentatsii>
вкладка «Дополнительные материалы и презентации»



<https://www.youtube.com/бережливаяполиклиника>
канал ЦПМСП на YouTube

