

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Учебный центр бережливых технологий в здравоохранении

УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Коллективная монография

Под общей редакцией
Н. С. Брынзы,
Ю. С. Решетниковой,
А. А. Курмангулова

Тюмень
2023

УДК 614.2

ББК 51.1(2)

У67 Управление ресурсами в медицинской организации / Коллективная монография; под общей редакцией Н. С. Брынзы, Ю. С. Решетниковой, А. А. Курмангулова. – Тюмень: РИЦ «Айвекс», 2023. 324 с. с илл.

ISBN 978-5-906603-65-4

Коллективная монография направлена на рассмотрение теоретических и практических вопросов управления различными ресурсами в медицинских организациях. Книга предназначена для руководителей медицинских организаций, специалистов по организации здравоохранения и общественному здоровью всех уровней, сотрудников медицинских организаций, участвующих в реализации проектов по совершенствованию оказания медицинской помощи. Монография может быть рекомендована в качестве дополнительного учебного материала студентам образовательных организаций высшего и среднего медицинского и фармацевтического образования, обучающимся по программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации, магистрантам, ординаторам, аспирантам и докторантам.

Монография одобрена и рекомендована к изданию Ученым советом института общественного здоровья и цифровой медицины ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, протокол № 6 от 18 апреля 2023 г.

Рецензенты:

Берсенева Евгения Александровна – д. м. н., профессор, научный руководитель, ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора.

Эккерт Наталья Владимировна – д. м. н., доцент, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н. А. Семашко Института общественного здоровья имени Ф. Ф. Эрисмана, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет).

Евстафьева Юлия Валерьевна – к. м. н., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения, ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России.

© Коллектив авторов, 2023

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

Ануфриева Елена Владимировна

Асновская Анна Геннадьевна

Ахмедов Мурод Эркинович

Бессонова Марина Игоревна

Брынза Наталья Семеновна

Вохминцев Андрей Петрович

Галиулина Ольга Валерьевна

Горбунова Ольга Петровна

Дубинина Надежда Игоревна

Жеребцова Татьяна Александровна

Задоркина Татьяна Геннадьевна

Зими́на Юлия Рашидовна

Зольникова Наталья Евгеньевна

Ибрагимов Азиз Юлдашович

Ивко Светлана Аркадиевна

Кармацких Ольга Геннадьевна

Кельн Артем Александрович

Крошка Дмитрий Владимирович

Курмангулов Альберт Ахметович

Лапик Светлана Валентиновна

Леонтьев Сергей Леопольдович

Логинова Наталья Валерьевна

Лялина Людмила Владимировна

Матвеева Наталья Михайловна

Михайлова Диана Олеговна

Мищенко Екатерина Павловна

Морева Людмила Петровна

Немков Алексей Геннадьевич
Павлова Валерия Игоревна
Петелина Татьяна Ивановна
Пирогова Наталья Давыдовна
Плесовских Наталья Леонидовна
Попова Ольга Александровна
Потапов Александр Петрович
Ракитин Станислав Андреевич
Решетникова Юлия Сергеевна
Рустамова Хамида Елемесовна
Скочина Мария Владимировна
Скудных Антон Станиславович
Стрельников Сергей Сергеевич
Суханова Татьяна Вячеславовна
Тамразов Расим Ильхамович
Тарачила Елена Андреевна
Ткаченко Людмила Александровна
Трефилов Роман Николаевич
Ушакова Ольга Михайловна
Фёдоров Николай Михайлович
Цокова Татьяна Николаевна
Чепис Мария Владимировна
Чижов Роман Васильевич
Шилкин Кирилл Витальевич
Шуплецова Виктория Александровна
Яковлева Анна Сергеевна

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ РЕДАКТОРОВ	8
Раздел I. УПРАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНЫМИ РЕСУРСАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	11
ГЛАВА 1. Текущее техническое обслуживание и производственная нагрузка медицинского оборудования в рамках внедрения новой модели организации оказания медицинской помощи <i>(Жеребцова Т. А., Леонтьев С. Л., Михайлова Д. О., Ануфриева Е. В.)</i>	12
ГЛАВА 2. Управление запасами в медицинской организации на основе принципа вытягивания (метод канбан) <i>(Решетникова Ю. С., Курмангулов А. А., Шуплецова В. А., Ткаченко Л. А., Тарачила Е. А., Плесовских Н. Л., Пирогова Н. Д., Зимина Ю. Р., Морева Л. П.)</i>	29
ГЛАВА 3. Оптимизация работы процедурного кабинета как пример управления ресурсами медицинской организации на принципах бережливого производства <i>(Дубинина Н. И., Ивко С. А., Шилкин К. В.)</i>	51
ГЛАВА 4. Совершенствование подходов к планированию и оценке эффективности использования ресурсов микробиологических лабораторий <i>(Кармацких О. Г., Ануфриева Е. В., Асновская А. Г.)</i>	64
ГЛАВА 5. Информатизация тестирования на вирус папилломы человека и цервикального скрининга в медицинских организациях Калининградской области <i>(Задоркина Т. Г., Лялина Л. В.)</i>	78
ГЛАВА 6. Организация медицинской помощи первичному онкологическому пациенту и контроль за ее оказанием <i>(Тамразов Р. И., Павлова В. И., Кельн А. А., Матвеева Н. М., Ракитин С. А., Чижов Р. В., Фёдоров Н. М.)</i>	92

Раздел II. УПРАВЛЕНИЕ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	111
ГЛАВА 7. Нематериальные активы и нематериальные ресурсы медицинских организаций: теория и практика управления <i>(Стрельников С. С., Ушакова О. М., Чепис М. В., Попова О. А., Вохминцев А. П., Скудных А. С., Цокова Т. Н.)...</i>	112
ГЛАВА 8. Опыт Тюменской области по работе с кадровым ресурсом сельского здравоохранения <i>(Горбунова О. П., Логинова Н. В., Немков А. Г., Суханова Т. В., Скочина М. В., Решетникова Ю. С.)</i>	128
ГЛАВА 9. Управление человеческими ресурсами специалистов сестринского дела в медицинской организации <i>(Лапик С. В.)</i>	142
ГЛАВА 10. Образовательный контур специалистов сестринского дела для профессиональной деятельности в медицинских организациях <i>(Галиулина О. В., Зольникова Н. Е.)</i>	165
ГЛАВА 11. Интеллектуальная викторина как способ мотивации к внедрению бережливого производства в медицинских организациях <i>(Ивко С. А., Дубинина Н. И., Шилкин К. В.)</i>	182
Раздел III. УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫМИ РЕСУРСАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	193
ГЛАВА 12. Телеконсультации «врач-врач» и «врач-пациент» на уровне фельдшерско-акушерских пунктов в Тюменской области <i>(Потапов А. П., Брынза Н. С., Немков А. Г., Решетникова Ю. С.)</i>	194

ГЛАВА 13. Роль телемедицинских технологий в оказании своевременной высокотехнологичной кардиологической помощи жителям отдаленных регионов Республики Узбекистан <i>(Рустамова Х. Е., Ибрагимов А. Ю., Ахмедов М. Э., Курмангулов А. А., Брынза Н. С.)</i>	233
ГЛАВА 14. Использование сайта как инструмента для эффективного взаимодействия в клиническом, научном и образовательном векторах деятельности кардиологического научного центра <i>(Бессонова М. И., Петелина Т. И., Мищенко Е. П.)</i>	249
ГЛАВА 15. Организация системы визуального управления с использованием информационного центра в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь <i>(Крошка Д. В., Трефилов Р. Н., Яковлева А. С., Курмангулов А. А.)</i>	286
ПОСЛЕСЛОВИЕ.....	323

ПРЕДИСЛОВИЕ РЕДАКТОРОВ

При совершенствовании любой системы здравоохранения одной из ключевых целей ставится поиск наиболее оптимальных методологических подходов к управлению медицинской организацией, особенно в периоды неопределенности или возникновения условий, заставляющих проявлять максимальную мобилизацию имеющихся ресурсов для решения приоритетных задач, возникающих, например, при развитии чрезвычайных ситуаций, эпидемиологических, техногенных и иных глобальных вызовов.

Развитие системы здравоохранения РФ и реализация проектов, направленных на совершенствование процесса предоставления населению безопасной, доступной и качественной медицинской помощи в условиях ограниченных финансовых и кадровых ресурсов, требует анализа большого объема информации о деятельности медицинских организаций. Современные методики управления как отдельно взятой медицинской организацией, так и в целом всей системой здравоохранения базируются на широкой доказательной базе и массиве первичных данных, позволяющих выделять реперные точки для разработки новых нормативов и стандартов, а также обеспечивающих возможность поиска более простых, но вместе с тем функциональных систем-агрегаторов, наделенных возможностями субстантивного представления основных результатов оценки ресурсов в шаблонизированном формате. Анализ полученной таким образом информации позволяет организатору здравоохранения своевременно выявлять проблемы и зоны риска в функционировании медицинских организаций и принимать корректирующие меры в целях устранения возможных или обнаруженных недостатков.

Оценка эффективности управления ресурсами является одним из важнейших факторов развития медицинской организации. Следует иметь в виду, что для формирования системы оценки эффективности деятельности медицинских организаций, необходимо учитывать различные ресурсы, каждый из которых имеет свой уровень важности и влияния на функционирование отдельно взятой медицинской организации. При этом в системе показателей должны быть предусмотрены интересы и потребителей медицинских услуг – пациентов, и управляющих и надзорных органов, разрабатывающих требования о порядках и объемах оказания медицинской помощи, и структурах, финансирующих оказание медицинских услуг.

Выбор показателей, характеризующих эффективность использования ресурсов, базируется на различных данных, предусмотренных в утвержденных формах отчетности, например, бухгалтерской или статистической отчетности. Однако для создания системы сбалансированных показателей управления ресурсами сегодня могут использоваться и другие источники информации, которые позволяют оценивать деятельность медицинской организации более масштабно и всесторонне. Например, информационные технологии в настоящее время позволяют обеспечивать сбор и обработку целого ряда параметров, которые ранее не могли быть использованы для оценки деятельности медицинских организаций.

Профессиональным стандартом «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» определена трудовая функция F/01.8 «Управление ресурсами медицинской организации, взаимодействие с другими организациями», в соответствии с которой организатор здравоохранения должен знать основы управления ресурсами медицинской организации, методы управления кадровыми ресурсами и методы управления информационными ресурсами. Представленная монография призвана помочь руководителям медицинских организаций, независимо от их организационно-правовой формы, профиля, мощности и территориальной принадлежности, не только сформировать представление об объективной и релевантной характеристике результативности деятельности основных направлений системы управления ресурсами медицинской организацией (использование материальной и ресурсной базы, планирование и расходование финансов, эффективность кадрового потенциала), но и выявить позиции процесса управления в собственных медицинских организациях, нуждающиеся в оперативной корректировке и направленные на оптимизацию процесса оказания медицинской помощи.

В соответствии с предметной областью представленных в книге исследований и имеющемся детерминизме понятия ресурсов в нормативной правовой базе монография представлена тремя разделами, посвященными частным вопросам управления материальными ресурсами (Раздел I), кадровыми ресурсами (Раздел II) и информационными ресурсами (Раздел III) в медицинской организации. Использование представленных различными коллективами авторов результатов теоретических и практических исследований для аналитической работы в целях улучшения основной (медицинской) деятельности медицинских организаций возможно как на этапе оценки итогов отчетного периода, так и в ходе планирования мероприятий, способствующих повышению качества управления ресурсами.

Считаем важным подчеркнуть, что перед редакторами данной монографии стояла непростая задача – объединить в один труд опыт и наработки различных научных школ медицинского вузовского сообщества, представителей практического звена и сотрудников органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан. Была проделана значительная работа по стилистической правке текстов, исправлению логических и лексических неточностей, совершенствованию композиций текстов. При этом редакторы старались не вмешиваться в содержательную часть рукописей, ставя в приоритет личную позицию авторов по тем или иным вопросам, освещаемым в главах. Поэтому все материалы отражают персональную позицию авторов и мнение редакторов и издательства может не совпадать с мнением авторов. Ответственность за аутентичность и точность цитат, имен, названий, числовых данных и иных сведений, а также за соблюдение действующего законодательства РФ в области создания, правовой охраны и использования результатов интеллектуальной деятельности несут авторы публикуемых материалов. В то же время редакторы данной монографии надеются, что читатели воспримут книгу как целостное законченное научное произведение и смогут сориентироваться в многообразии сложных управленческих концепций, теорий, стратегий, а также выработать правильный подход к принятию решения в конкретной ситуации управления ресурсами медицинской организации!

Редакторы монографии:

Брынза Наталья Семеновна – д. м. н., доцент, Заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России.

Решетникова Юлия Сергеевна – к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России.

Курмангулов Альберт Ахметович – к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, руководитель учебного центра бережливых технологий в здравоохранении ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России.

ГЛАВА 15

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ВИЗУАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННОГО ЦЕНТРА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

Д. В. Крошка¹, Р. Н. Трефилов¹, А. С. Яковлева², А. А. Курмангулов³

¹ – Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины

² – Центр Обработки Металла «МОСТ-1»

³ – Тюменский государственный медицинский университет

Аннотация. В разделе представлены методологические и методические аспекты внедрения информационного центра при формировании системы визуального управления процессами медицинской организации. Ключевым этапом в рамках создания системы визуального управления обозначена декомпозиция целей на всех уровнях управления деятельностью организации. Представлен пошаговый алгоритм создания и функционирования информационного центра в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

Ключевые слова: инфоцентр; визуальное управление; SQDCM; бережливое производство; визуализация; стандартизация; целеполагание; принцип SMART.

С 2019 года на территории Российской Федерации реализуется национальный проект «Здравоохранение», частью которого является федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» [1, 2]. В рамках федерального проекта в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее – МО), осуществляются мероприятия по оптимизации их работы, сокращению времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные МО, упрощению процедуры записи на прием к врачу. Федеральным проектом предусмотрено создание и тиражирование «Но-

вой модели организации оказания медицинской помощи» (далее – новая модель).

Методологической основой создания и тиражирования новой модели является концепция бережливого производства [3]. Под бережливым производством понимают концепцию управления, основанную 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) [4, 5, 6].

Бережливое производство в сфере охраны здоровья основано на общих принципах бережливого производства: стратегическая направленность, ориентация на создание ценности для потребителя, организация потока создания ценности для потребителя, постоянное улучшение, вытягивание, сокращение потерь, визуализация и прозрачность, приоритетное обеспечение безопасности, построение корпоративной культуры на основе уважения к человеку, встроенное качество, принятие решений, основанных на фактах, установление долговременных отношений с поставщиками, соблюдение стандартов [3–6].

С целью повышения скорости, эффективности и результативности принятия управленческих решений, при создании и тиражировании новой модели в МО внедряют визуальное управление, в рамках которого принятие управленческих решений выполняется на основе анализа визуальной информации о процессах [3]. Визуальное управление осуществляется в соответствии с целями и их целевыми показателями^{17,18}, определенными посредством декомпозиции стратегических целей¹⁹ организации [7, 8].

Для осуществления визуального управления процессами, в организации создается система информационных центров (далее – инфоцентр; синоним: информационный стенд), используемых на различных уровнях управления. Инфоцентры применяются 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.

¹⁷ Показатель – характеристика достижения цели, поддающаяся оценке/измерению и используемая для определения эффективности деятельности по её достижению (стратегической цели, цели).

¹⁸ Целевой показатель – численное значение показателя, к которому следует стремиться для достижения стратегической цели, цели.

¹⁹ Стратегические цели – система основных ориентиров долгосрочного развития организации, в соответствии с которой разрабатывается стратегия по основным направлениям деятельности организации.

Использование инфоцентра позволяет решить четыре основные задачи организации визуального управления в МО:

- агрегация и визуализация информации о состоянии процессов, достижении целевых показателей;
- принятие управленческих решений на основе фактов и обеспечение их прозрачности;
- формирование и развитие вертикальных и горизонтальных каналов коммуникаций;
- вовлечение персонала в улучшение процессов.

Агрегация и визуализация информации о состоянии процессов, достижении целевых показателей обеспечивается за счет:

- сбора и концентрации данной информации в одном месте;
- визуализации данной информации с помощью различных графических, в том числе инфографических, элементов, в которых отражаются целевые и фактические показатели;
- представление данной информации в форме динамических рядов с возможностью использования знаков позиционирования.

Принятие управленческих решений на основе фактов и обеспечение их прозрачности достигается за счет:

- выявления отклонений от целевых показателей, сигнализирующих о необходимости выработки и применения корректирующих действий;
- целостности и наглядности информации, представленной в инфоцентре;
- выявления проблем непосредственно в местах их возникновения;
- доступности информации для всех работников.

Формирование и развитие вертикальных и горизонтальных каналов коммуникаций осуществляется за счет:

- проведения у инфоцентров оперативных совещаний, позволяющих выявлять проблемы и разногласия между разными участниками процесса внутри одного уровня управления;
- формирования единого информационного поля посредством обмена информацией между разными уровнями управления;
- использование единой терминологии у различных участников процесса;
- создания канала коммуникаций для эскалации проблем на вышестоящие уровни управления.

Вовлечение персонала в улучшения процессов обеспечивается за счет их привлечения к управлению процессами с помощью инфоцентра

и направлено на формирование корпоративной культуры бережливого производства.

Организация визуального управления процессами осуществляется в рамках двух последовательных этапов: декомпозиции целей и внедрения инфоцентров (рисунок 1).



Рисунок 1 – Блок-схема внедрения визуального управления процессами посредством инфоцентров

ДЕКОМПОЗИЦИЯ ЦЕЛЕЙ

Планирование деятельности организации, руководствуясь принципом стратегической направленности, при организации визуального управления определяется стратегическая цель организации, которая декомпозируется с целью обеспечения ее достижения.

Декомпозиция цели – метод разделения целей на два и более компонента таким образом, чтобы достижение целевых показателей компонентов обеспечивало достижение цели.

Руководитель МО, привлекая своих заместителей, руководителей структурных подразделений и служб, декомпозирует стратегическую цель путем построения дерева целей (рисунок 2), постепенно разворачивая ее от своих заместителей, руководителей структурных подразделений и служб до конкретных работников. Дерево целей – инструмент представления совокупности целей и целевых показателей их достижения, разделенных на составные части (компоненты) посредством применения метода декомпозиции и структурированных по иерархическому принципу с учетом уровней управления и подчиненности.

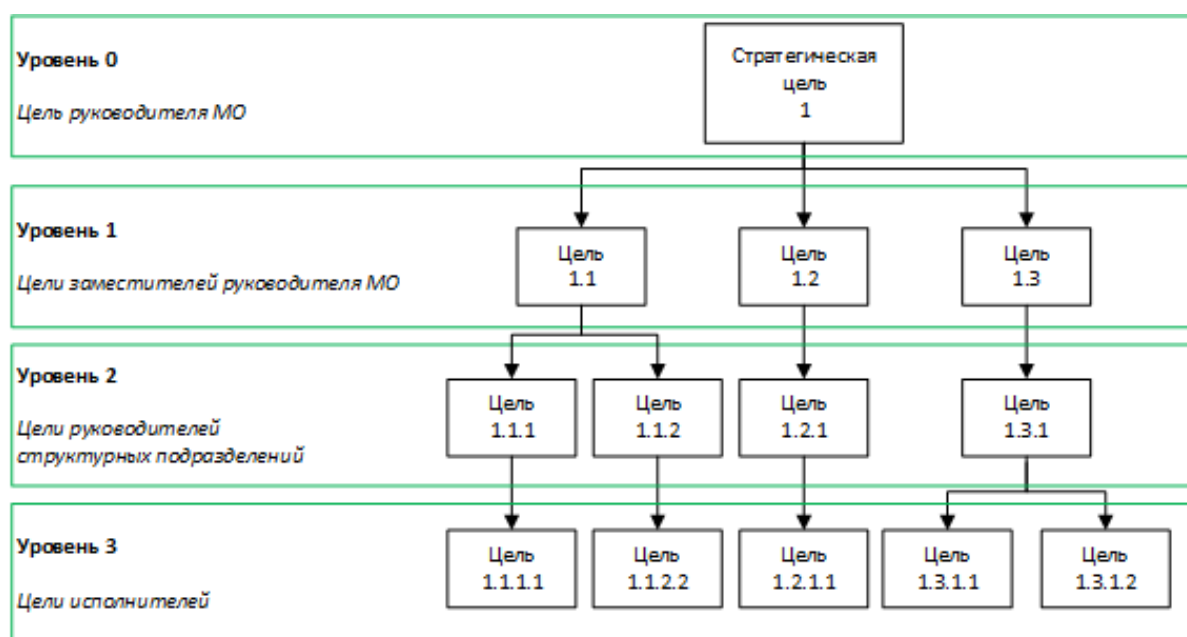


Рисунок 2 – Схема дерева целей медицинской организации

Такой подход к установлению целей «сверху-вниз» является логическим способом разделения целей, сформулированных для всей организации, на цели, за выполнение которых несут ответственность подразделения более низких уровней управления и их руководители. При этом достижение целей нижних уровней является необходимым и достаточным условием для достижения целей верхних уровней.

Дерево целей позволяет:

- выстроить связь между целями разного уровня;
- распределить ответственность за достижение целей с учетом полномочий работников;
- связать отчетность с целями;
- эффективно планировать мероприятия по достижению целей за счет визуализации их взаимосвязи;

- определить влияние направлений деятельности МО на достижение стратегической цели.

Принципы декомпозиции целей: деление по уровням управления; возрастание сложности достижения целей с повышением уровня управления; увеличение количества целей при переходе от верхних уровней управления к нижним (рисунок 3).

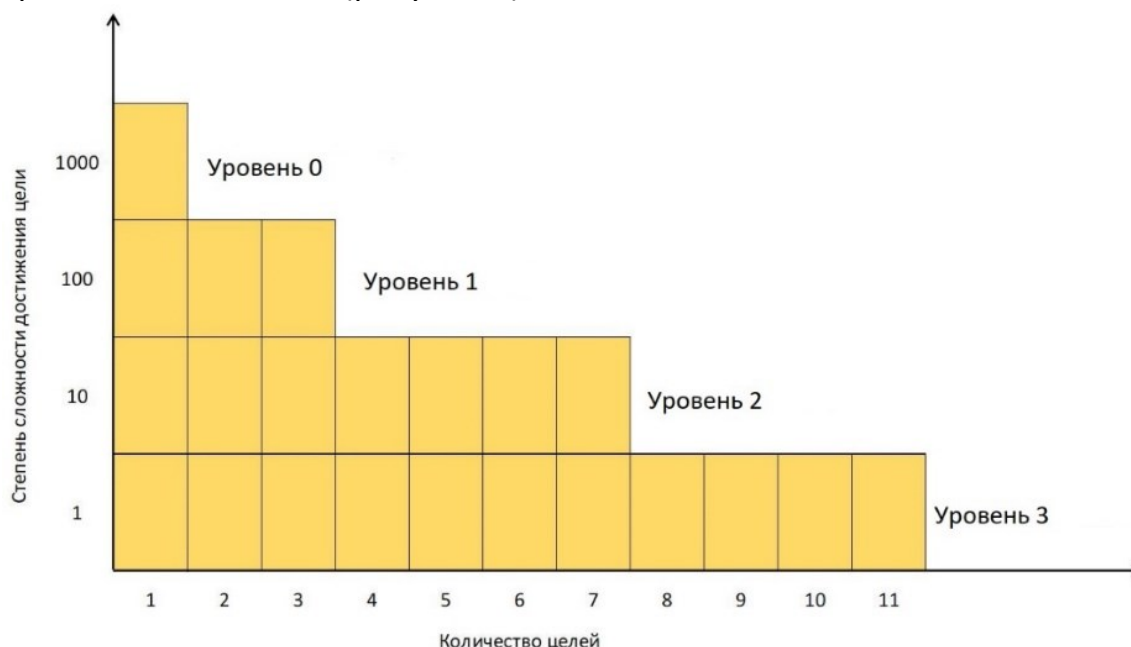


Рисунок 3 – Визуальное представление принципов декомпозиции целей

Для декомпозиции целей МО и построения дерева целей необходимо выполнить следующие шаги:

1. Определить стратегические цели МО.

Источниками информации для формирования стратегических целей МО могут быть территориальная программа обязательного медицинского страхования, государственное задание, федеральные и региональные программы развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (например, паспорт регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи»), поручения Президента Российской Федерации и т. п. Например, стратегическая цель – получение МО полного объема финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, определенного в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации на плановый период.

2. Определить признак, по которому будет проводится декомпозиция целей.

В качестве признаков для декомпозиции целей могут использоваться: продукция (медицинская услуга), процессы, функции, направления деятельности.

Признак «продукция (медицинские услуги)»: оказание медицинской помощи в неотложной форме, оказание медицинской помощи в связи с заболеванием, проведение профилактического медицинского осмотра, проведение диспансеризации и прочее.

Признак «процессы»: работа регистратуры медицинской организации, лечебно-диагностический прием врача, лечебно-диагностический прием на дому, профилактический прием, лекарственное обеспечение, вакцинация, работа дневного стационара, экспертиза временной нетрудоспособности, диагностические исследования, управление ресурсами в медицинской организации, управление качеством и безопасностью в медицинской организации, снабжение медицинской организации, техническое обслуживание медицинского оборудования и прочее.

Признак «функций»: лечебная, профилактическая, экспертная, организационно-методическая, финансово-экономическая, хозяйственная, управление ресурсами и пр.

Признак «направления деятельности»: проведение мероприятий по профилактике заболеваний, проведение мероприятий по лечению заболеваний и состояний, проведение мероприятий по медицинской реабилитации, проведение мероприятий по наблюдению за течением беременности, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения и прочее (определены проводимыми в МО мероприятиями).

3. Провести декомпозицию целей для всех уровней управления МО, определить измеримые целевые показатели для каждого компонента цели.

Для всех уровней управления, выполняется последовательное разделение целей на компоненты от верхних уровней управления к нижним. Декомпозированные цели будут иметь управленческую ценность, если при их формулировке достигнута ясность, не допускающая произвольного толкования. При этом они определены в измеримых количественных показателях, содержат значения, которые необходимо достичь.

Для формулирования и постановки целей при декомпозиции, следует руководствоваться принципом SMART (от англ. smart – умный): определить конкретный результат, который должен быть достигнут; определить критерий измерения для оценки достижения цели; учесть достижимость цели при текущих ресурсах и ограничениях; определить

значимость цели за счет оценки влияния на достижение стратегической цели; установить временные границы для выполнения цели. Если какой-либо принципов не применен по отношению к цели, то она поставлена некорректно. Передача такой цели исполнителю недопустима.

При проведении SMART анализа целей одного уровня, необходимо осуществлять анализ их достижимости с учетом одновременного участия ответственных в выполнении нескольких из них. Для расчета могут быть использованы сведения о фонде рабочего времени, продолжительности выполнения операций, времени протекания процессов. При этом результаты оценки должны подчиняться математической логике. Пример SMART анализа цели одного из процессов приведен в таблице 1.

Декомпозиция целей должна соответствовать математической логике и иерархии: стратегическая цель получается путем математических операций с целями, цели верхнего уровня получают путем математических операций с целями нижнего уровня (рисунок 4).

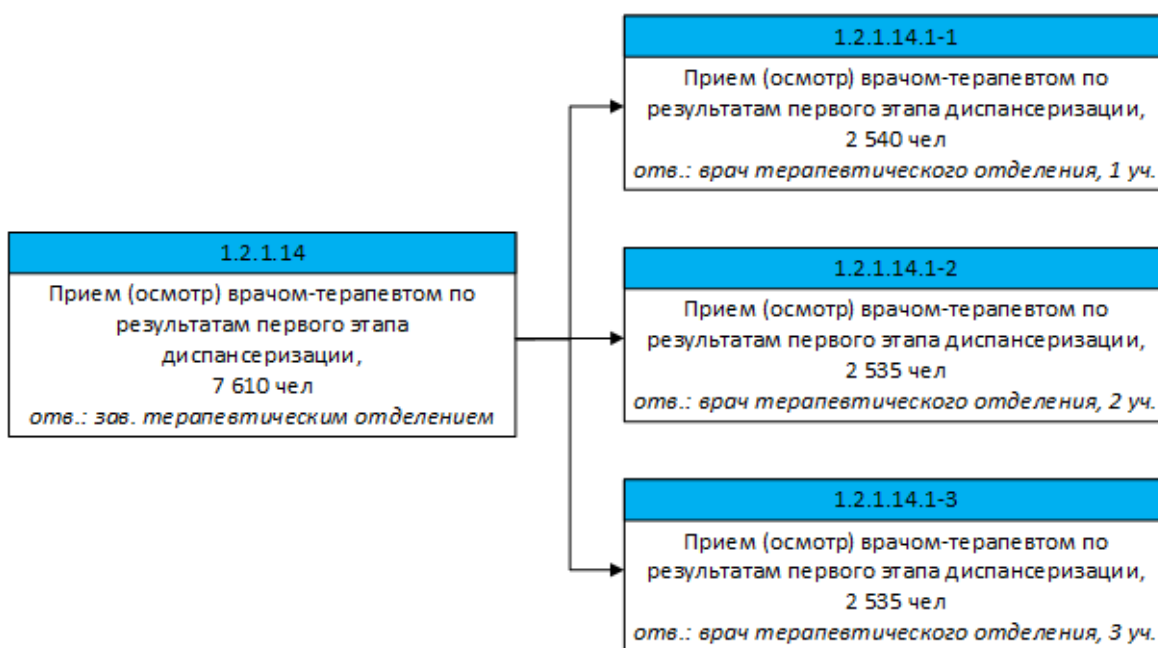


Рисунок 4 – Пример соответствия дерева целей медицинской организации математической логике и иерархии (уровням управления)

Составные части дерева целей должны охватывать всю МО и быть взаимодополняющими. При проведении декомпозиции целей необходимо придерживаться правила баланса натуральных и стоимостных показателей: например, декомпозиция на уровне заместителей руководителя МО от стоимостных к натуральным целевым показателям (рисунок 5).

Таблица 1 – SMART анализ цели «Проведение профилактических медицинских осмотров взрослых»

Буква	Принцип	Проверочные вопросы	Ответ на проверочный вопрос
S	Конкретность (англ. specific)	Какой результат, должен быть достигнут при выполнении цели?	Проведение профилактических медицинских осмотров взрослых
M	Измеримость (англ. Measurable)	Какое значение показателя должно быть, чтобы цель была достигнута?	4 787 законченных случаев
A	Достижимость (англ. attainable)	Достаточно ли у исполнителя цели ресурсов для ее достижения? Нет ли ограничений, которые будут препятствовать достижению цели?	Укомплектованность штатов по должностям ²⁰ (расчетная величина/укомплектовано): врач по мед. профилактике 0,9/2,5; мед. сестра отделения мед. профилактики (далее – ОМП) 0,6/2; фельдшер ОМП 0,3/1,5; врач-рентгенолог 0,1/3; рентгенолаборант 0,2/3; фельдшер смотрового кабинета 0,5/1,5. Заявка на приобретение мед. изделий и прочих расходных материалов утверждена приказом главного врача от 16.12.2019 № 14. Заявка составлена с учетом планируемой половозрастной структуры населения, привлекаемого к прохождению диспансеризации и профилактических мед. осмотров в 2020 году. На обеспечение выполнения заявки, предусмотрено финансирование
R	Значимость (англ. relevant)	Возможно ли достижение стратегической цели без выполнения данной цели?	3,2 % от полного объема финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи на 2020 год
T	Ограниченность во времени (англ. time-bound)	Каков срок достижения цели?	31.12.2020

²⁰ Анализ достижимости цели проводился с учетом одновременного участия ответственных в выполнении целей «Проведение профилактических медицинских осмотров взрослых» и «Проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения».

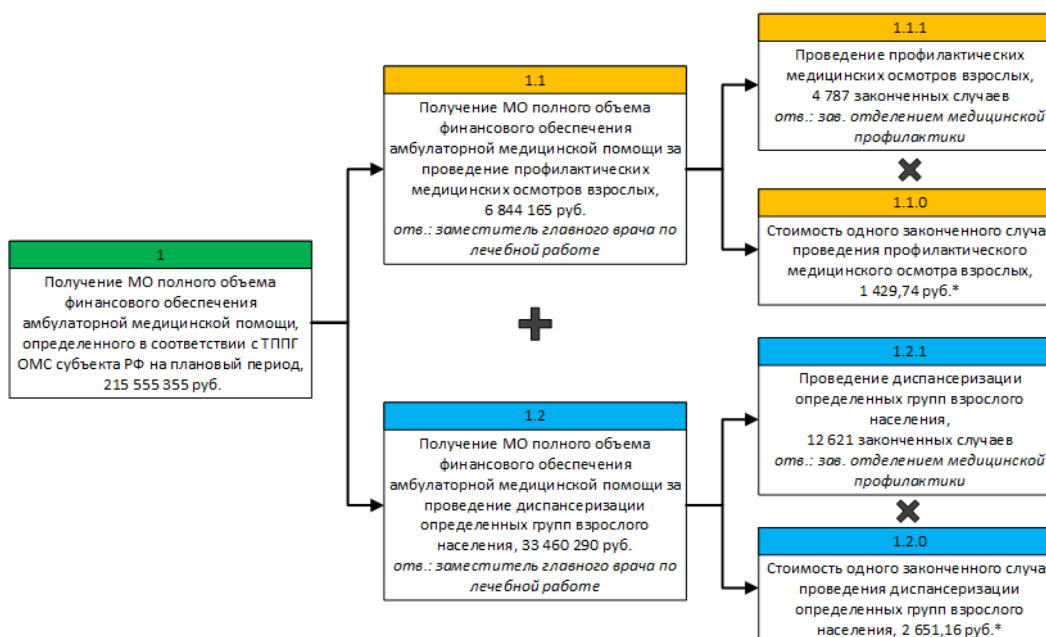


Рисунок 5 – Пример выполнения правила баланса натуральных и стоимостных показателей в дереве целей медицинской организации

При проведении декомпозиции допускается проводить каскадирование цели, если для ее достижения не требуется разделять цель на части. Каскадирование цели – трансляция цели верхнего уровня управления на нижние уровни без изменения наименования и целевого показателя самой цели.

4. Определить ответственных за достижение целей на каждом уровне.

При декомпозиции целей с одного уровня управления на следующий выделяются участники процессов и распределяются их роли относительно целей:

- владелец цели;
- исполнитель цели;
- контролёр цели.

Владелец цели – руководитель более высокого уровня управления, который декомпозирует свою цель на сотрудников нижестоящего уровня управления, находящихся в его непосредственном подчинении. Владелец стратегической цели МО является руководителем МО.

Исполнитель цели – сотрудник, на которого декомпозирует цель ее владелец.

Контролёр цели – независимый от владельца и исполнителя цели сотрудник, ответственный за проверку отчета о достигнутом результате. Контролеры целей назначаются для целей, находящихся на и выше уров-

ня управления, на котором выполнен переход стоимостных целевых показателей к натуральным (рисунок 6).

Во избежание искажения оценки достижения цели (конфликта интересов), не допускается совмещать роли ее исполнителя и контролёра.

Деятельность каждого работника должна быть направлена на достижение цели. Каждый работник несет ответственность за ее достижение в рамках своих полномочий. Таким образом, декомпозиция целей ведет к декомпозиции ответственности. Декомпозиция ответственности должна соответствовать следующим требованиям:

- соответствовать структуре системы управления МО, ее структурного подразделения МО и полномочиям сотрудников;
- фокусировать ответственность на ключевых целях, без достижения которых не будет достигнута стратегическая цель.

Если цель не находится в зоне ответственности и полномочий сотрудников, ответственным за ее достижение является руководитель МО.

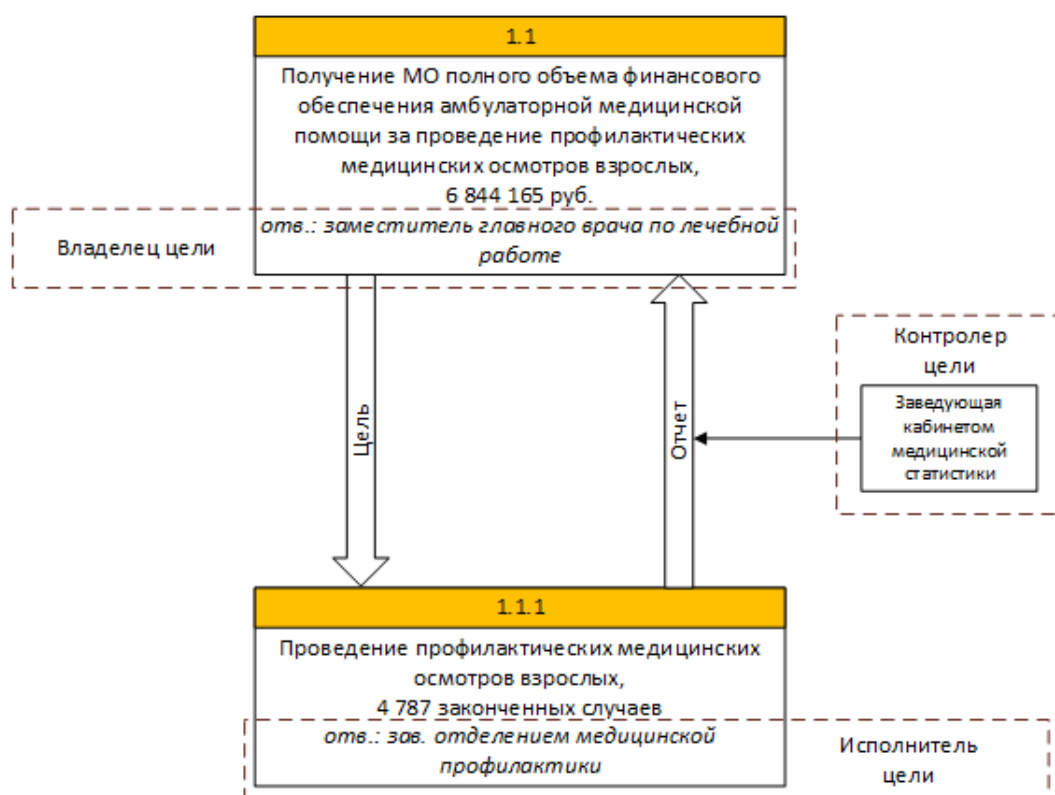


Рисунок 6 – Пример распределения ролей относительно целей

Требования и правила построения дерева целей:

- 1) Дерево целей должно быть наглядно.
- 2) Цели каждого уровня должны быть согласованы между собой. Достижение одной цели не должно вести к не достижению другой цели.

- 3) В дереве целей не могут присутствовать изолированные цели, то есть цели, не связанные ни с какими другими.
- 4) Нулевой уровень дерева целей включает только стратегическую цель.
- 5) Цели каждого уровня должны быть сопоставимы по своему масштабу и значению.
- 6) Цели одного уровня не связываются условиями последовательного достижения, т. е. не важно в какой последовательности будут достигаться цели одного уровня. При выявлении потребности определения порядка достижения целей одного уровня допускается усовершенствовать дерево целей.
- 7) В окончательном варианте дерева целей каждая цель должна характеризоваться кодовым обозначением – индексом. Индекс будет указывать на связь цели с целями более высокого уровня. Система кодирования целей может быть цифровой, буквенная, буквенно-цифровая. Например, обозначение «1.2.3» означает, что цель «3» второго уровня связана с целью «2» первого уровня, достижение которой способствует выполнению цели «1» нулевого уровня.

Признаки эффективной декомпозиции целей:

- ответственность распределена прозрачно и адекватна в соответствии с существующими нормативными документами;
- цели всех уровней взаимосвязаны, достижение целей нижних уровней приводит к достижению целей верхних уровней;
- отсутствует конфликт интересов.

Декомпозиция целей проводится ежегодно по результатам утверждения документов, регламентирующих стратегическую цель МО на следующий год и установления финансовых ориентиров ее деятельности. Пример дерева целей МО приведен на рисунке 7²¹. На 2 и последующих уровнях дерева целей, приведенного на рисунке 7, в качестве примера представлены цели, связанные с проведением профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Допускается проведение внеплановой декомпозиции целей при изменении организационной структуры МО либо структурного подразделения МО, а также при изменении стратегических целей МО.

²¹ Стратегическая цель обычно определяется на горизонт в 5-7 лет. В данном случае постановка стратегической цели проведена с учетом особенностей планирования финансово-хозяйственной деятельности МО.

ВНЕДРЕНИЕ ИНФОЦЕНТРОВ

Этап внедрения инфоцентров включает в себя следующие мероприятия: определение количества инфоцентров и их содержания; определение порядка обновления данных в инфоцентрах; определение мест размещения инфоцентров и их организация; определение порядка проведения совещания у инфоцентров. Выполнение мероприятий каждого из этапов внедрения инфоцентров осуществляется последовательно.

Определение количества инфоцентров и их содержания

Инфоцентры охватывают уровни управления, на которых находятся владельцы целей: руководитель МО, заместители руководителя МО, руководители структурных подразделений МО (рисунок 8). Уровни инфоцентров МО и их количество на каждом уровне в МО определяются структурой системы управления МО. Количество показателей в инфоцентрах и их размещение в инфоцентрах определенного уровня определяется на основании дерева целей.



Рисунок 8 – Уровни визуального управления медицинской организацией (пирамида визуального управления)

Структура инфоцентра любого уровня управления МО предполагает наличие следующих разделов (рисунок 9):

- 1) развитие;
- 2) оперативное управление с блоками:
 - а. безопасность (англ. safety, сокращ. S) – цвет красный;
 - б. качество (англ. quality, сокращ. Q) – цвет синий;

- с. исполнение заказов (англ. delivery, сокращ. D) – цвет желтый;
 - d. затраты (англ. cost, сокращ. C) – цвет зеленый;
 - е. корпоративная культура (англ. morale, сокращ. M) – цвет голубой.
- 3) решение проблем;
- 4) управление проектами по улучшению.

Развитие	Оперативное управление					Решение проблем		Управление проектами по улучшению	
	S БЕЗОПАСНОСТЬ	Q КАЧЕСТВО	D ИСПОЛНЕНИЕ ЗАКАЗОВ	C ЗАТРАТЫ	M КОРПОРАТИВНАЯ КУЛЬТУРА				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Рисунок 9 – Структура инфоцентра

Содержание разделов инфоцентров уровня руководителя

Раздел «развитие» включает в себя сведения о стратегических целях МО, дерево целей (одно или несколько), планы, дорожные карты достижения стратегических целей.

В блоках раздела «оперативное управление» размещают соответствующие формы представления информации о состоянии процессов МО, достижении целевых показателей, визуализированные в виде графиков и диаграмм.

Раздел «решение проблем» включает в себя бланки регистрации проблем, выявленных на данном уровне управления и эскалированных на него, размещенных в соответствии с блоками раздела 2, пирамиду проблем и бланк учета проблем МО.

Раздел «управление проектами по улучшению» включает в себя сведения о реализуемых в МО проектах по улучшению²².

Содержание разделов инфоцентра уровня заместителей руководителя

²² в соответствии с методическим рекомендациям Минздрава России «Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

Раздел «развитие» включает в себя сведения о целях по направлениям деятельности МО, дерево целей (одно или несколько), планы, дорожные карты достижения целей по направлениям деятельности МО.

В блоках раздела «оперативное управление» размещают формы представления информации о состоянии процессов соответствующего направления деятельности, достижении целевых показателей, визуализированные в виде графиков и диаграмм.

Раздел «решение проблем» включает в себя бланки регистрации проблем, выявленных на данном уровне управления или эскалированных на него, размещенных в соответствии с блоками раздела 2.

Раздел «управление проектами по улучшению» включает в себя сведения о реализуемых проектах по улучшению², направленных на решение проблем, выявленных на данном уровне.

Содержание разделов инфоцентров уровня руководителей структурных подразделений

Раздел «развитие» включает в себя сведения о целях структурного подразделения МО, дерево целей (одно или несколько), планы, дорожные карты достижения целей структурного подразделения МО.

В блоках раздела «оперативное управление» размещают формы представления информации о состоянии процессов соответствующего структурного подразделения, достижении целевых показателей, визуализированные в виде графиков и диаграмм.

Раздел «решение проблем» включает в себя бланки регистрации проблем, выявленных на данном уровне управления (для обособленных структурных подразделений – в т. ч. эскалированных на него), размещенных в соответствии с блоками раздела 2.

Раздел «управление проектами по улучшению» включает в себя сведения о реализуемых проектах по улучшению², направленных на решение проблем, выявленных на данном уровне.

На последнем уровне управления может быть организован сбор данных по показателям, находящимся в зоне ответственности работников, обработка этих данных и их визуализация. Деятельность по работе с показателями на последнем уровне управления зависит от специфики целей и регламентируется руководителем МО.

Показатели для визуализации в разделе инфоцентра «оперативное управление» определяются для каждого уровня управления на основании дерева целей (рисунок 10). Цели одного уровня могут формировать несколько инфоцентров на одном уровне (например, инфоцентры раз-

ных структурных подразделений). При разработке содержания инфоцентров разного уровня необходимо также руководствоваться распределением ролей участников процессов относительно целей. Далее показатели распределяются по блокам для визуализации в соответствии со структурой инфоцентра.

Для определения содержания раздела «оперативное управление» инфоцентра на каждом уровне управления необходимо в соответствии с полученными целям, руководствуясь действующим законодательством, определить условия для их достижения с учетом: требований безопасности, качества, исполнения заказов, затрат и корпоративной культуры.

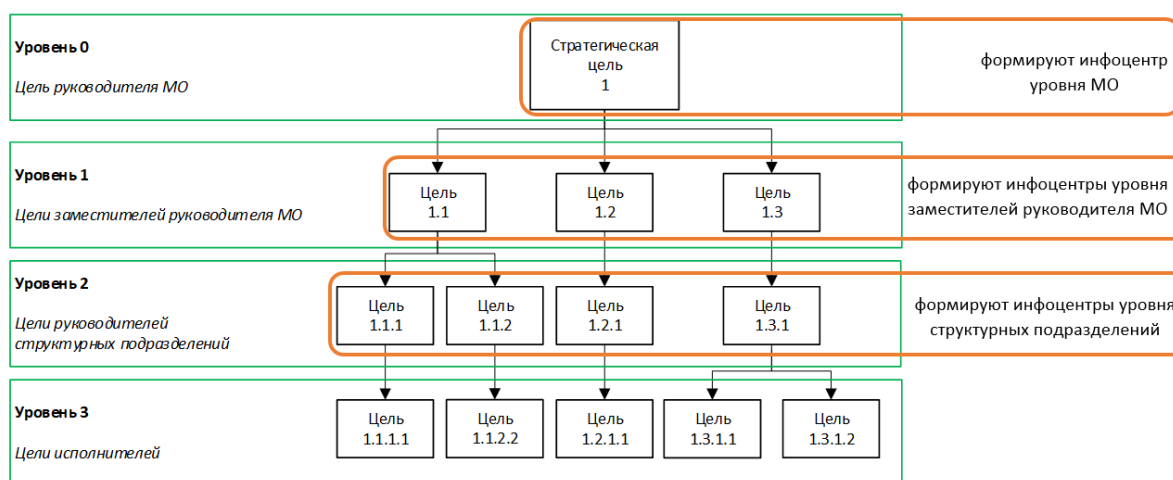


Рисунок 10 – Принцип формирования инфоцентров разного уровня

Для определения содержания блока «безопасность» (S), могут быть рассмотрены следующие условия:

- обеспечение безопасности при идентификации пациента;
- обеспечение эпидемиологической безопасности;
- обеспечение лекарственной безопасности;
- обеспечение безопасности обращения медицинских изделий;
- обеспечение хирургической безопасности;
- обеспечение безопасности среды в медицинской организации.

При его разработке целесообразно руководствоваться в том числе приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Например, могут быть использованы следующие показатели:

- количество травмоопасных и несчастных случаев, возникших с сотрудниками/пациентами (рисунок 11);

«Крест безопасности» пациентов и сотрудников, месяц, 2020 г.

«Крест безопасности» пациентов

1	2	3			
	4	5	6		
7	8	9	10	11	12
14	15	16	17	18	19
21	22	23	24	25	26
	28	29	30		
			31		

Последнее обновление: дд.мм.гг.чч.мм

- нерабочий день
- день без несчастных случаев
- несчастный случай
- травмоопасный случай

Если в течении рабочего дня было несколько травмоопасных случаев / несчастных случаев, ячейка закрашивается желтым цветом, количество травмоопасных случаев / несчастных случаев фиксируется в правом верхнем углу.

Если в течении рабочего дня был травмоопасный случай и несчастный случай, ячейка делится пополам, половинны закрашиваются желтым цветом и красным цветом соответственно.

«Крест безопасности» сотрудников

		1	2	3	
			4	5	6
7	8	9	10	11	12
14	15	16	17	18	19
21	22	23	24	25	26
	28	29	30		
			31		

Последнее обновление: дд.мм.гг.чч.мм

Периодичность заполнения: ежедневно в начале рабочего дня

Ответственный исполнитель: Ф.И.О

Рисунок 11 – Пример формы бланка визуализации показателя травмоопасных и несчастных случаев с пациентами в структурном подразделении медицинской организации

- количество нарушений, связанных с соблюдением сроков годности лекарственных препаратов и медицинских изделий;
- количество нарушений, связанных с соблюдением условий хранения лекарственных препаратов и медицинских изделий;
- количество нарушений, связанных с учетом рисков при применении лекарственных препаратов;
- количество нарушений правил гигиены медицинскими работниками, пациентами.

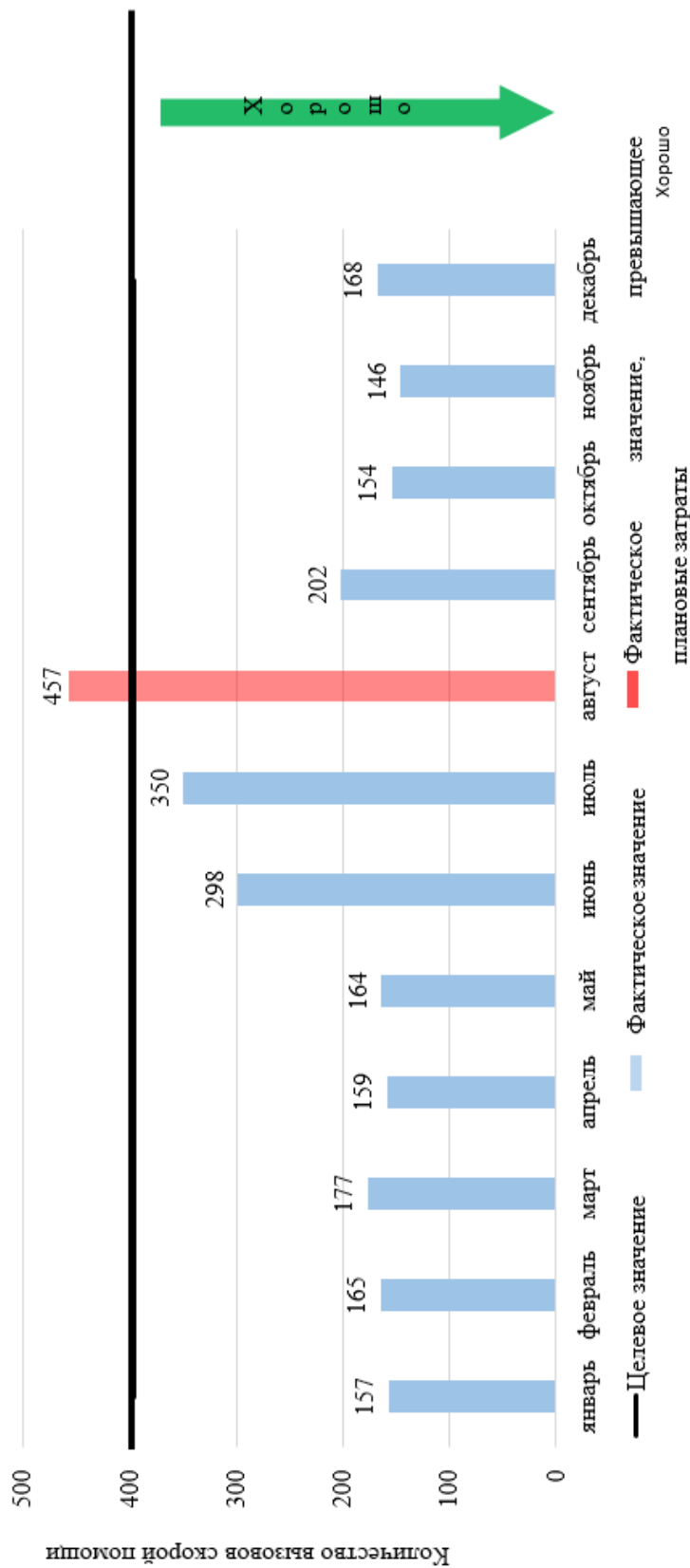
В блоке «качество» (Q) могут быть представлены показатели, характеризующие качество деятельности медицинской организации, в первую очередь качество оказания медицинской помощи. Для определения содержания блока «качество» (Q), могут быть рассмотрены условия выполнения критериев качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

При его разработке целесообразно руководствоваться в том числе приказами Минздрава России от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», ФФОМС от 28.02.2019 № 36.

Например, могут быть использованы следующие показатели:

- доля впервые в жизни установленных неинфекционных заболеваний, выявленных при проведении диспансеризации и профилактического медицинского осмотра, от общего числа неинфекционных заболеваний с впервые установленным диагнозом;
- доля онкологических заболеваний, выявленных на ранней стадии по результатам диспансеризации и профилактического медицинского осмотра;
- число вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением (рисунок 12).

В блоке «исполнение заказов» (D) могут быть представлены показатели, характеризующие результативности деятельности медицинской организации. Для определения содержания блока «исполнение заказов» (D), могут быть рассмотрены условия выполнения объемов и сроков предоставления амбулаторной медицинской помощи, определенных в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования на плановый период, выполнения государственного задания по видам и профилям медицинской помощи.



Периодичность заполнения: ежемесячно

Ответственный исполнитель: _____ Ф.И.О

Рисунок 12 – Пример визуализации показателя количества вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению в медицинской организации

Например, могут быть использованы следующие показатели:

- количество граждан, прошедших первый этап диспансеризации;
- количество граждан, прошедших профилактический медицинский осмотр;
- количество посещений к пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь;
- доля удаленной записи, а также показатели доступности предварительной записи на Едином портале государственных услуг (функций) в соответствии с методическими рекомендациями «Организация записи на прием к врачу, в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры» [9];
- количество пациентов, завершивших I этап диспансеризации в структурном подразделении МО (рисунок 13).

В блоке «затраты» (С) могут быть представлены показатели, характеризующие эффективность деятельности медицинской организации. Для определения содержания блока «затраты» (С), также могут быть рассмотрены условия обеспечения экономической эффективности деятельности медицинской организации.

Например, могут быть использованы следующие показатели:

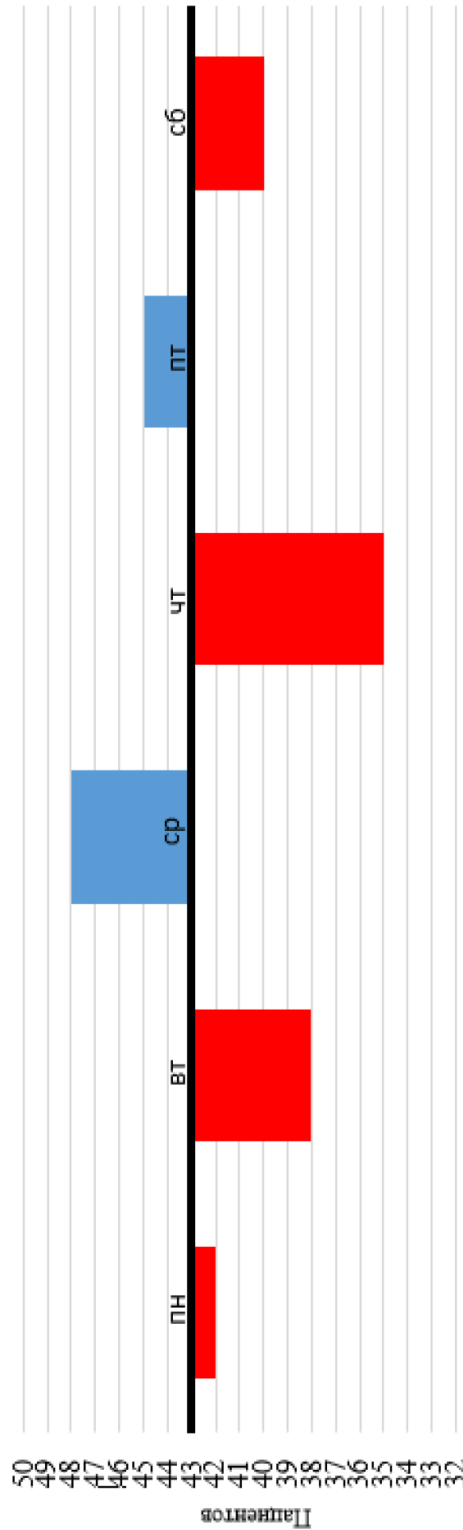
- уровень запасов в кабинетах, уровень запасов на складе МО [10, 11];
- расходование моющих средств, дезинфицирующих растворов, лекарственных средств и медицинских изделий;
- уровень затрат на внеплановый ремонт оборудования,
- уровень затрат на коммунальные услуги;
- уровень расхода воды (рисунок 14), электро- и тепловой энергии.

В блоке «корпоративная культура» (М) могут быть представлены показатели, характеризующие деятельность медицинской организации по созданию благоприятной атмосферы для раскрытия потенциала работников. Для определения содержания блока «корпоративная культура» (М), могут быть рассмотрены условия формирования и развития кадрового потенциала медицинской организации.

Например, могут быть использованы следующие показатели:

- выполнение плана обучения работников;
- выполнение плана укомплектования кадрами;
- доля рабочих мест, на которых реализовано 3 и более шага системы 5С (рисунок 15);
- доля реализованных от принятых предложений по улучшению.

Количество пациентов, завершивших I этап диспансеризации,
12 календарная неделя 2020 г.



— Целевое значение ■ Фактическое значение, равное или превышающее целевое ■ Фактическое значение, ниже целевого значения

Накопленное отклонение от плана, пациентов - 17

Последнее обновление: 02.04.20 22.44.00

Столбец диаграммы строится от фактического значения до целевого значения.

Если фактическое значение меньше целевого значения, столбец окрашивается в красный цвет.

Если фактическое значение больше целевого значения или равно ему, столбец окрашивается в синий цвет.

«Накопленное отклонение от плана» рассчитывается как сумма отклонений фактического значения от

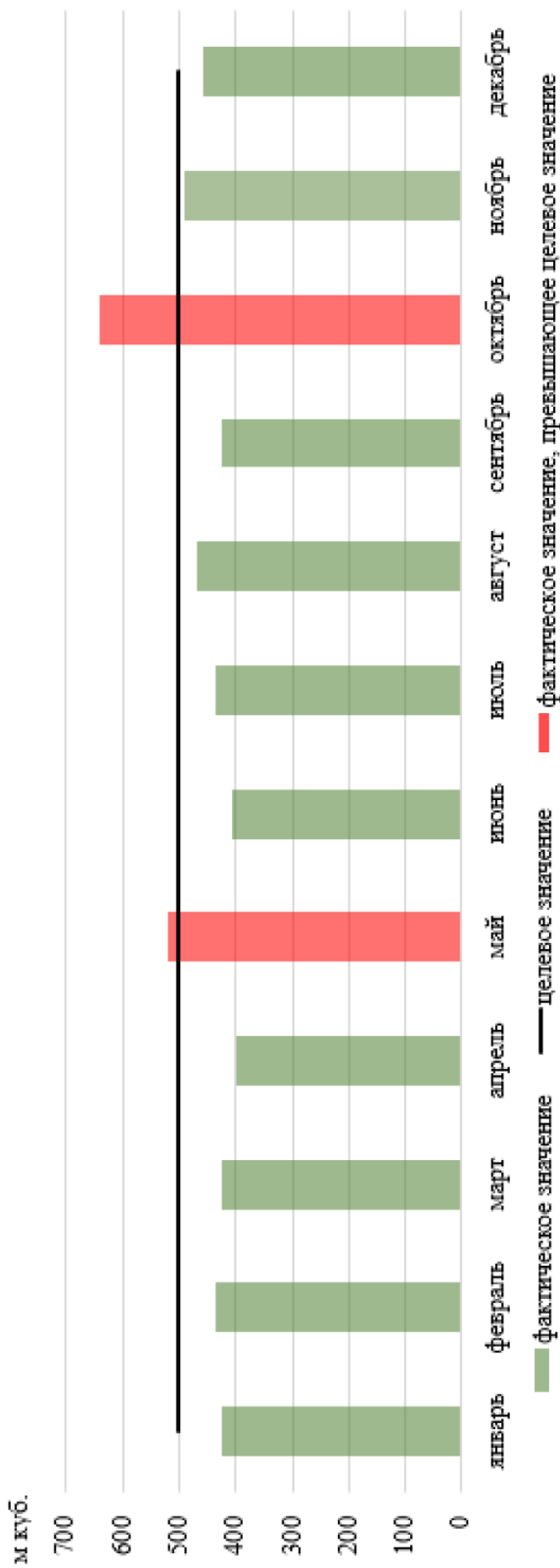
целевого за прошедшие рабочие дни.

Периодичность заполнения: ежедневно в начале рабочего дня

Ответственный исполнитель: __ Ф.И.О

Рисунок 13 – Пример визуализации «количество пациентов, завершивших I этап диспансеризации» в структурном подразделении медицинской организации

Расход холодной воды, 2020 г.



Последнее обновление: 08.09.2020 г.

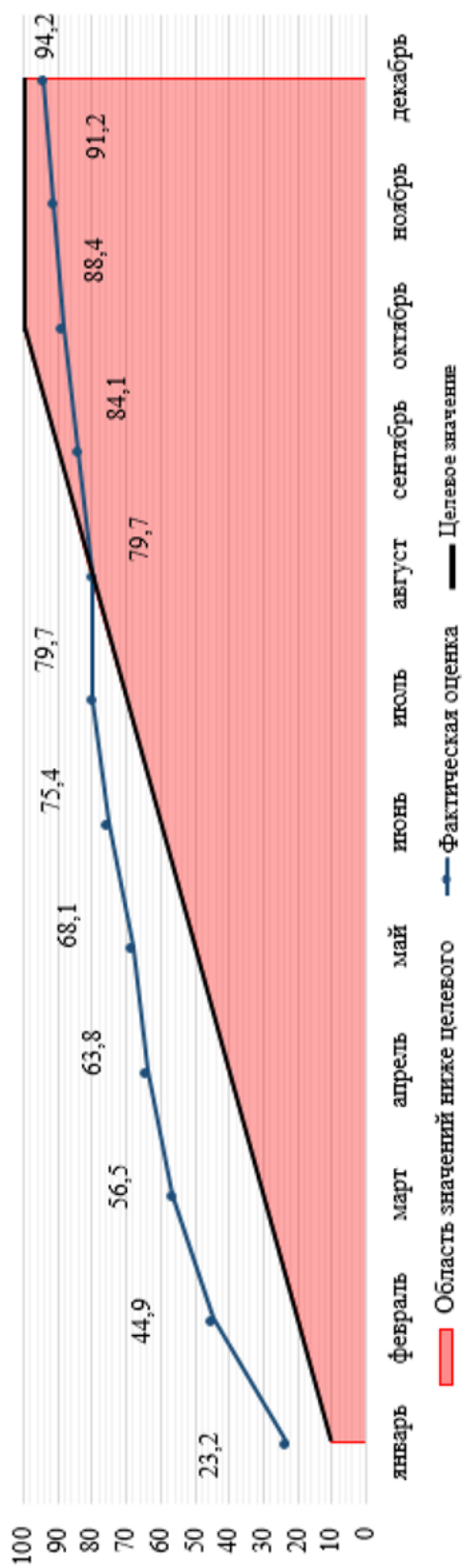
Периодичность заполнения: 1 рабочий день месяца
 Ответственный исполнитель: _____ Ф.И.О

Если фактическое значение больше целевого значения, столбец окрашивается в красный цвет.

Если фактическое значение меньше целевого значения или равно ему, столбец окрашивается в зеленый цвет.

Рисунок 14 – Визуализация показателя «расход холодной воды» в структурном подразделении медицинской организации

Доля рабочих мест, на которых реализовано 3 и более шага системы 5С, 2020 г.



Лучшие рабочие места, организованные по системе 5С

Последнее обновление: 08.11.2020 г.

Периодичность заполнения: 1 рабочий день месяца
 Ответственный исполнитель: _____ Ф.И.О

Рисунок 15 – Пример визуализации показателя «доля рабочих мест, на которых реализовано 3 и более шага системы 5С» в медицинской организации

Структура и содержание инфоцентров каждого из уровней должны быть регламентированы. Для обеспечения своевременного и систематического обновления показателей в разделах инфоцентров, оперативной оценки результативности деятельности по достижению целей организации, выработки необходимых управленческих решений, необходимо разработать рабочую инструкцию по порядку работы с инфоцентрами (далее – рабочая инструкция). Рабочая инструкция должна содержать требования к бланкам визуализации показателей блоков раздела оперативное управление и других разделов (при необходимости), требования по обновлению информации в инфоцентре и проведению совещаний у него.

Определение порядка обновления данных в инфоцентрах

Порядок обновления данных в инфоцентре должен определять:

- порядок обновления дерева целей, планов, дорожных карт достижения стратегических целей в случае изменения организационной структуры МО либо структурного подразделения МО, а также при изменении стратегических целей МО;
- порядок и частоту измерения показателей, необходимых для оценки достижения целевых показателей;
- порядок обработки (при необходимости) и анализа измеряемых показателей для сравнения с целевым показателем;
- способ визуализации показателей (график, круговая диаграмма, гистограмма и пр.) и формы бланков для ее осуществления;
- порядок и частоту обновления информации в инфоцентре по каждому показателю;
- порядок регистрации проблем и их эскалации;
- порядок горизонтальной передачи информации между инфоцентрами (между инфоцентрами одного уровня);
- порядок вертикальной передачи информации между инфоцентрами (из инфоцентров нижних уровней в инфоцентры более высокого уровня);
- порядок обновления и передачи сведений о реализуемых проектах по улучшению.

При определении порядка вертикальной передачи информации между инфоцентрами, необходимо учитывать периодичность измерения, обработки и анализа визуализируемых показателей.

Для инфоцентров одного уровня необходимо скоординировать параллельное обновление информации для смежных (требующих едино-

временной оценки) показателей. В рабочей инструкции должна быть установлена ответственность за своевременность, достоверность и актуальность информации, предоставляемой в инфоцентре.

При определении способа визуализации показателей ключевыми критериями выбора являются наглядность и простота восприятия. Визуализация показателей должна позволять оперативно воспринимать информацию и вырабатывать верные управленческие решения. Выбор типа диаграммы для визуализации осуществляется в соответствии с используемым типом сравнения данных. Для этого может быть использована матрица для выбора типа диаграммы для визуализации показателей инфоцентра [12] (рисунок 16).




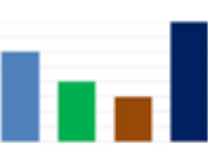


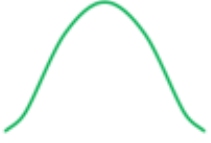
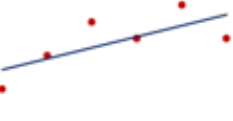
		Типы сравнения				
		Покомпонентное	Позиционное	Временное	Частотное	Корреляционное
Основные типы диаграмм	Круговая					
	Линейчатая					
	Гистограмма					
	График					
	Точечная					

Рисунок 16 – Матрица для выбора типа диаграммы для визуализации показателей инфоцентра

Формы бланков для визуализации показателей (рисунок 17) должны содержать информацию о принадлежности к инфоцентру определенного уровня, наименовании визуализируемого показателя, периодичности заполнения и ответственным за заполнение бланка, краткую инструк-

цию по визуализации и интерпретации показателя (при необходимости), сведения о размере листа бумаги, используемого для визуализации (при необходимости).

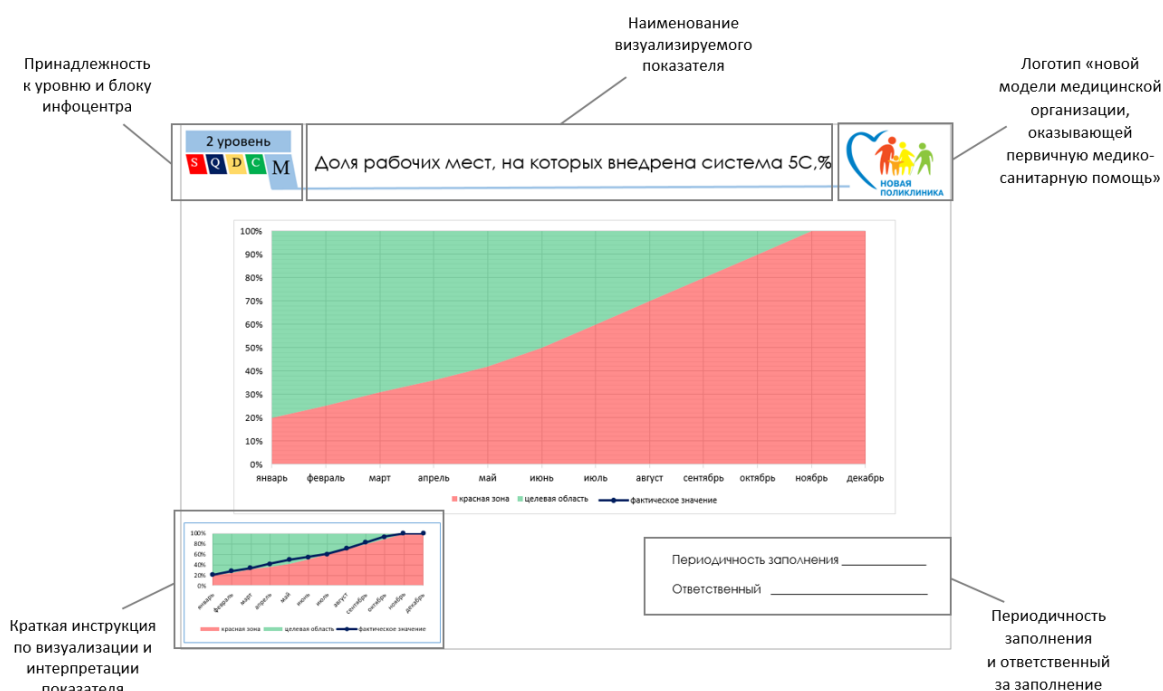


Рисунок 17 – Пример бланка для визуализации показателей

Бланк для визуализации показателей должен содержать его целевые значения. Фактические значения показателей рекомендуется вносить вручную.

Определение мест размещения инфоцентров и их организация

Инфоцентры размещают непосредственно в месте принятия решений. К местам размещения инфоцентров должен быть организован доступ для всех работников. Все разделы одного инфоцентра, необходимо размещать в одном месте.

Формы бланков для визуализации показателей должны содержать информацию о принадлежности к инфоцентру определенного уровня, наименовании визуализируемого показателя, периодичности заполнения и ответственного за заполнение бланка, краткую инструкцию по визуализации и интерпретации показателя (при необходимости), сведения о размере листа бумаги, используемого для визуализации (при необходимости), и любую другую информацию, необходимую для формирования эффективной системы управления.

Бланк для визуализации показателей должен содержать его целевые значения. Фактические значения показателей рекомендуется вносить вручную.

Определение порядка проведения совещания у инфоцентров

Порядок проведения совещаний у инфоцентров должен определять:

- периодичность проведения совещаний;
- продолжительность совещаний (например, не более 20 минут);
- участников совещаний (владелец (-ы) цели (-ей), контролеры целей и так далее);
- докладчиков;
- требования к структуре, продолжительности докладов по разделам и блокам инфоцентра;
- порядок информирования об изменении дерева целей, планов, дорожных карт достижения стратегических целей.

При определении периодичности проведения совещаний и требований к докладу, необходимо учитывать периодичность измерения, обработки и анализа визуализируемых показателей.

Структура доклада должна позволять информировать участников совещания по его существу за минимальное время. При докладе по блоку раздела оперативное управление, может быть использована следующая структура: целевой показатель, фактический показатель, отклонение от целевого показателя, причина отклонения, предложения по мерам для устранения отклонения, статус устранения отклонений.

Рабочая инструкция актуализируется на основании дерева целей.

Решение выявленных проблем

При выявлении на визуализации показателя в инфоцентре отклонений фактических показателей от целевых значений, необходимо определить и зафиксировать в бланке регистрации проблем (рисунок 18) соответствующего блока инфоцентра, проблему, вызвавшую возникновение данного отклонения.

В бланк регистрации проблем вносят сведения о дате и месте возникновения проблемы, шифр проблемы, указывают причины, выявленной проблемы, разработанные мероприятия по их устранению (далее – мероприятия). Ответственным за регистрацию проблем выявленной проблеме присваивается шифр. Шифр проблемы формируется следующим

образом: указывается код направления деятельности, код места выявления проблемы (структурное подразделение), сокращенное название блока раздела «оперативное управление», которому соответствует выявленная проблема, номер календарной недели, в которую выявлена проблема, порядковый номер проблемы на бланке регистрации проблем в месте ее выявления. Шифр проблемы будет иметь следующий вид: код направления деятельности. код места выявления. сокращенное название блока раздела «оперативное управление» – номер календарной недели выявления проблемы – порядковый номер проблемы на бланке регистрации проблем в месте ее выявления, например, 02.5.D-12-1.

Дата, место возникновения проблемы	Шифр проблемы	Проблема	Причины
1	2	3	4

Мероприятия	Ответственный ФИО, должность	Срок исполнения	Статус
5	6	7	8
			⊕

Рисунок 18 – Форма бланка регистрации проблем

Проблемы не должны игнорироваться и замалчиваться из-за возможных сложностей при их решении, каждая выявленная проблема должна быть доведена до владельца соответствующей цели. В бланке регистрации проблем фиксируется ответственный за решение проблем, сроки по каждому мероприятию, статус исполнения.

Для обеспечения обмена информацией о выявленных проблемах и выполнении этапов их решения, необходимо организовать хранение сведений о них. К данным сведениям необходимо обеспечить свободный доступ всех работников, участвующих в оперативных совещаниях у инфоцентра, участвующих в решении проблем, реализации проектов по улучшению в МО. Рекомендуемый срок хранения сведений составляет 3 года с момента регистрации проблемы.

Выработка и проведение мероприятий по устранению проблем осуществляются в рамках использования цикла принятия решений Деминга-Шухарта (цикл PDCA) [6, 13]. Данный цикл (рисунок 19) включает в себя последовательность шагов: планирование (P – англ. plan), реализацию мер (D – англ. do), контроль результата (C – англ. check) и корректирующие действия (A – англ. act).



Рисунок 19 – Схема цикла принятия решений Деминга-Шухарта

В рамках первого шага (пп. 1-3 рисунка 19) необходимо определить проблему. Затем осуществить ее анализ, установление первопричин возникновения. Для поиска первопричин применяется «методика работы с проблемами» согласно методическим рекомендациям Минздрава России «Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Далее провести выработку вариантов решения проблемы (мероприятий) с выбор наиболее перспек-

В случае если выявленную проблему можно решить на уровне структурного подразделения, на более высокий уровень управления отправляют только отчет о решении или ходе реализации мер по решению проблемы. Если проблема не может быть решена на уровне структурного подразделения, то на данном уровне выполняют анализ ее причин и передают результаты на более высокий уровень управления. На более высоком уровне управления принимают решения, необходимые для устранения эскалированной проблемы:

- при эскалации проблемы изменяется ее шифр в бланке регистрации проблем;
- при эскалации проблемы с уровня структурного подразделения на уровень направления деятельности к порядковому номеру проблемы добавляют «Э» (например, 023.D-12-1Э);
- если проблема эскалируется с уровня направления деятельности на уровень руководителя МО, к порядковому номеру проблемы добавляют «Э0»;
- если проблема эскалируется с уровня руководителя МО на уровень органа исполнительной власти субъекта в области здравоохранения либо на уровень Министерство здравоохранения Российской Федерации, к порядковому номеру добавляется «ЭР» либо «ЭФ» соответственно.

Вне зависимости от того, на каком уровне обнаружена проблема, вышестоящие уровни должны быть проинформированы о статусе ее решения. В случае эскалации проблемы, уровень, на котором она была выявлена, должен быть проинформирован о статусе ее решения.

Для функционирования механизма своевременного информирования о существующих отклонениях и проблемах в МО используется пирамида проблем (рисунок 21) и бланк учета проблем МО (рисунок 22) [15, 16]. Размещение пирамиды проблем осуществляется в инфоцентре уровня руководителя МО. Алгоритм работы с пирамидой проблем представлен на рисунок 23.

Для обеспечения эффективной работы с проблемами в МО, необходимо выполнять следующие условия:

- все работники понимают свою роль в процессе достижения стратегической цели организации;
- у всех работников МО сформировано понимание, возможности внесения своего вклада в улучшение процессов.

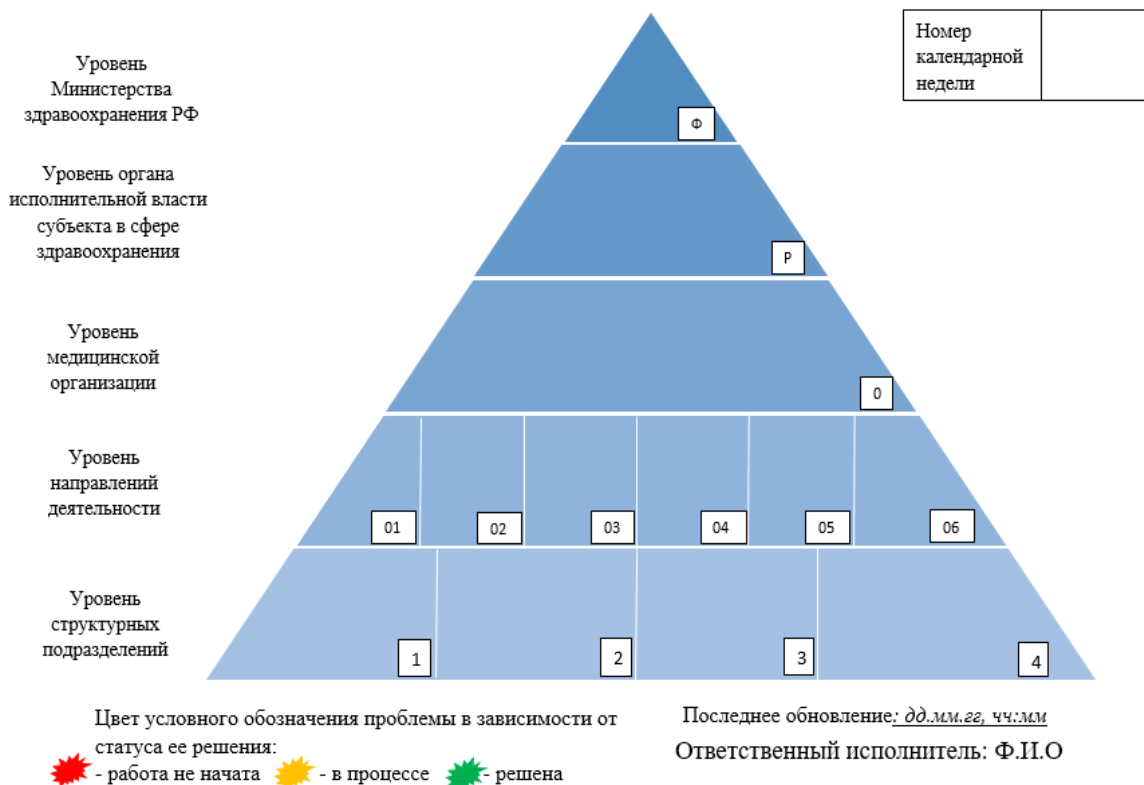


Рисунок 21 – Пирамида проблем

Шифр проблемы	Описание проблемы	Статус решения (работа не начата, в процессе, решена)

Рисунок 22 – Форма бланка учета проблем МО, в которой «работа не начата» – проблема определена в соответствии с п.1 рисунка 19, «в процессе» – ведутся работы в соответствии с пп.2-6 рисунка 19, «решена» – завершены работы, предусмотренные п.6 рисунка 19.

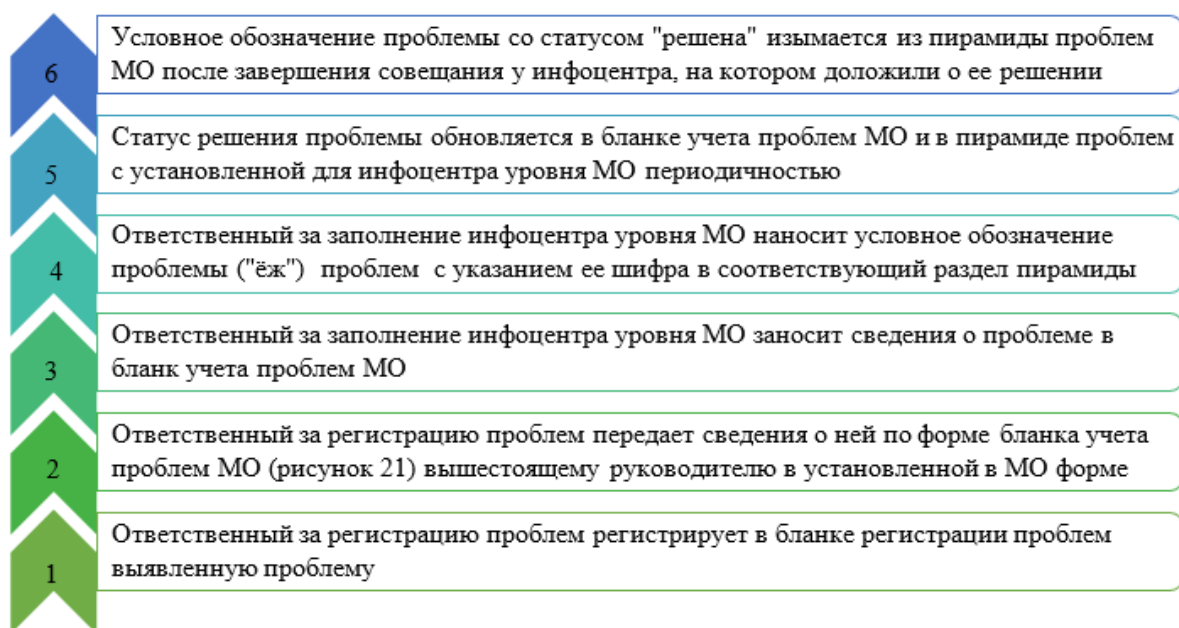


Рисунок 23 – Алгоритм работы с пирамидой проблем

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, организация системы визуального управления с использованием инфоцентра в МО способствует решению задачи по повышению скорости, результативности и эффективности принятия управленческих решений посредством наглядного представления информации о состоянии процессов. Оперативный анализа и обнаружение отклонений позволяют незамедлительно принимать управленческие решения на основе фактов для обеспечения достижения целей организации. Возможности инфоцентров в здравоохранении целесообразно использовать на всех уровнях управления системой.

Использование инфоцентров может обеспечить повышение результативности и эффективности процессов за счет выявления и дальнейшего устранения потерь, достижения целевых значений показателей деятельности МО. При этом декомпозиция позволяет транслировать цели на все уровни управления. Инфоцентр визуализирует проблемы, повышает прозрачность и оперативность принятия управленческих решений. Для руководителей МО организация управления процессами через систему инфоцентров в том числе позволяет своевременно прогнозировать и управлять возможными рисками, связанными с обеспечением безопасности, качества, доступности, оптимальных затрат и должных уровней комфортной среды и корпоративной культуры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Паспорт национального проекта «Здравоохранение». Приложение к протоколу президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 24.12.2018 № 16. Правительство Российской Федерации. [Электронный ресурс]. – URL: <http://government.ru/info/35561/> (дата обращения: 30.04.2023).
2. Паспорт федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Министерство здравоохранения Российской Федерации. [Электронный ресурс]. – URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/proekt-berezhlivaya-poliklinika>. (дата обращения: 30.04.2023).
3. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь : Методические рекомендации / Е. В. Каракулина, Г. Г. Введенский, И. Н. Ходырева [и др.]. – 3-е издание с дополнениями и уточнениями. – Москва : СИЛИЦЕЯ-ПОЛИГРАФ, 2023. – 146 с. DOI 10.15829/FPPMSP-NMMO-2023.
4. ГОСТ Р 56020-2020. Бережливое производство. Основные положения и словарь. – М.: Стандартинформ, 2020. – 16 с.
5. Лайкер, Д. Лидерство на всех уровнях бережливого производства. Практическое руководство / Д. Лайкер, Й. Трахидис; пер. с англ. – М.: Альпина, 2018. – 336 с.
6. Ротер, М. Тойота Ката. Лидерство, менеджмент и развитие сотрудников / М. Ротер; пер. с англ. – СПб.: Питер Пресс, 2014. – 304 с.
7. Друкер, П. Практика менеджмента / П. Друкер; пер. с англ. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2015. – 416 с.
8. Мескон, М. Основы менеджмента, третье издание / М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури; пер. с англ. – М.: Вильямс, 2019. – 672 с.
9. Методические рекомендации «Организация записи на прием к врачу, в том числе через Единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры» (Электронный ресурс) / Камкин Е. Г., Каракулина Е. В., Бакулин П. С. [и др.] – М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2022. – 55 с. – Режим доступа: <https://mednet.ru/images/materials/news/metod-recomendacii.pdf>. (Дата обращения 30.04.2023).
10. Визуализация метода канбан как инструмент оперативного управления запасами в медицинской организации / А. А. Курмангулов, Ю. С. Решетникова, Д. В. Крошка [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2021. – Т. 26, № 2. – С. 37–43.
11. Современная медицинская организация: тренды, стратегии, проекты / М. А. Акберов, А. Г. Андоверова, Е. В. Ануфриева [и др.]. – Тюмень : РИЦ "Айвекс", 2022. – С. 144-155. – ISBN 978-5-906603-61-6.
12. Желязны, Д. Говори на языке диаграмм: Пособие по визуальным коммуникациям для руководителей / Д. Желязны; пер. с англ. – М.: Институт комплексных стратегических исследований, 2004. – 220 с.
13. Адлер, Ю. Методы постоянного совершенствования сквозь призму цикла Шухарта-Деминга / Ю. Адлер, Е. Хунузиди, В. Шпер // Методы менеджмента качества. 2005. – № 3.

14. Курмангулов, А. А. Эффективная навигация в медицинских организациях / А. А. Курмангулов, Ю. С. Решетникова, Н. С. Брынза. – Тюмень : РИЦ "Айвекс", 2021. – 352 с.
15. Зварыкина, С. Г. Программа «Инструменты бережливого производства (пирамида проблем, 5 почему? диаграмма Исикавы)» / С. Г. Зварыкина, М. И. Якунина // Бережливое образование : Сборник трудов Международной научно-практической конференции, Белгород, 30 ноября 2022 года / Отв. редактор И.В. Чистникова. – Белгород: Белгородский государственный национальный исследовательский университет, 2022. – С. 134–136.
16. Технологии бережливого производства в системе здравоохранения / В. В. Бобрович, Ю. В. Евстафьева, Е. Н. Романова, Е. В. Андреева // Забайкальский медицинский вестник. – 2022. – № 1. – С. 27–34.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Крошка Дмитрий Владимирович – кандидат медицинских наук, 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», федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес: 101990, Российская Федерация, г. Москва, Петроверигский пер., 10, стр. 3. Электронный адрес: dr.kroshka@gmail.com. ORCID: 0000-0001-5118-0388. SPIN-код: 1631-2101. AuthorID: 713279.

Трефилов Роман Николаевич – кандидат медицинских наук, врач-методист Координационного центра по реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес: 101990, Российская Федерация, г. Москва, Петроверигский пер., 10, стр. 3. Электронный адрес: tronik2004@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-8829-882X. SPIN-код: 3481-6418. AuthorID: 661870.

Яковлева Анна Сергеевна – руководитель группы развития бизнес-процессов ООО «ЦОМ «МОСТ-1». Адрес: 141007, Российская Федерация,

г. Мытищи, ул. Проезжая, д. 6. Электронный адрес: annyarovleva@yandex.ru. ORCID: 0000-0002-9519-3997. SPIN-код: 2778-2816. AuthorID: 1166734.

Курмангулов Альберт Ахметович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения института общественного здоровья и цифровой медицины, руководитель учебного центра бережливых технологий в здравоохранении, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес: 625023, Российская Федерация, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Электронный адрес: kurmangulovaa@tyumsmu.ru. ORCID: 0000-0003-0850-3422. SPIN-код: 1443-3497. AuthorID: 769148.

© Д. В. Крошка, Р. Н. Трефилов, А. С. Яковлева, А. А. Курмангулов, 2023

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Мы благодарим всех читателей и надеемся, что данная монография оказалась полезной для Вас.

Вы, читатель, наш главный критик и рецензент. Для нас важно знать, что было сделано нами правильно и что можно было сделать лучше. Для нас важна обратная связь с читателями. Ваше мнение о книге будет обязательно учтено при подготовке новых изданий, публикаций и монографий.

Если у Вас есть идеи, вопросы, комментарии или Вы хотите поделиться лучшими практиками совершенствования процессов организации оказания медицинской помощи, свяжитесь с нами.

Наши координаты:

e-mail: lean@tyumsmu.ru

*сайт: www.tyumsmu.ru/education/training_center_lean_in_healthcare/
(сайт Тюменского медицинского университета > вкладка «Образование» > раздел «Учебный центр бережливых технологий в здравоохранении»)*

адрес для писем: 625023, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Одесская 54, кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Желаем Вам успехов!

Мы всегда готовы к сотрудничеству по всем сферам деятельности!



УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Коллективная монография

Под общей редакцией
Нatalьи Семеновны Брынзы,
Юлии Сергеевны Решетниковой,
Альберта Ахметовича Курмангулова

Подписано в печать 19.05.2023.

Формат 60×84 1/16.

Печ. л. 20,25. Заказ № 356-23. Тираж 500 экз.

Макет подготовлен и отпечатан
в рекламно-издательском центре «Айвекс»
(ИП Батурин А. В.)

625032, г. Тюмень, проезд 7-й Губернский, д. 43.

Тел. +7-908-869-84-89, +7 (3452) 217-237

E-mail: aiveks@mail.ru, www.aiveks.ru