ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Свердловской области)
ПРИКАЗ

22. 05. 2025 № 1147-п

г. Екатеринбург

О реализации мероприятий в рамках регионального проекта «Производительность труда» в медицинских организациях Свердловской области в 2025 году

В целях реализации в Свердловской области регионального проекта «Производительность труда», являющегося сегментом федерального проекта, реализуемого в рамках исполнения подпункта «б» пункта 11 перечня поручений по реализации Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию, утвержденного Президентом Российской Федерации 30.03.2024 № Пр-616, подпункта «з» пункта 6 Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» в части повышения производительности труда в отрасли здравоохранения на основе применения бережливого производства, на основании Методических рекомендаций «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (4-е издание с дополнениями и уточнениями), утвержденных на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 10 от 24.12.2024)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) состав рабочей группы по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений) в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году (приложение № 1);

2) положение о рабочей группе по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году (приложение № 3);

3) «дорожную карту» реализации мероприятий по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году (приложение № 3);

4) рабочий план реализации мероприятий по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году (приложение № 4);

5) порядок реализации проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации (приложение № 5);

6) порядок оформления информационного стенда проекта по улучшению в медицинской организации (приложение № 6);

7) шаблон паспорта проекта по улучшению в медицинской организации (приложение № 7);

Отпечатано для Министерства здравоохранения Свердловской области, заказ №3667, тираж 7000

8) шаблон тактического плана реализации мероприятий проекта по улучшению в медицинской организации (приложение № 8);

9) шаблон стандартной операционной карты улучшенного процесса в медицинской организации (приложение № 9);

10) критерии новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (приложение № 10);

11) график посещений медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году (приложение № 11).

2. Главным врачам медицинских организаций Свердловской области, участвующих в создании и тиражировании лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 13.03.2025 № 537-п «О перечне государственных медицинских организаций Свердловской области, участвующих в реализации федерального проекта «Производительность труда»:

1) использовать в работе для создания и тиражирования лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, методические рекомендации, методики расчета показателей, справочник процессов и подпроцессов, оптимизация и совершенствование которых осуществляется при реализации мероприятий регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году, размещеные на сайте государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» (далее - ГАУЗ СО «ОЦОЗМП») (medprofural.ru, вкладка «Специалистам» – РЦК – Нормативные документы РЦК) по ссылке: https://medprofural.ru/specialistam-main/regionalnyy-centr-pmsp-so/normativnye-dokumenty-regionalnogo-centra-pmsp-so/;

2) организовать работу по подготовке и внедрению проектов (не менее одного проекта в течение каждого месяца календарного года), диагностике и определению целевого состояния, внедрению улучшений, закреплению результатов и закрытию проектов в соответствии с порядком реализации проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации;

3) реализовывать проекты по улучшению в соответствии со справочником процессов и подпроцессов, оптимизация и совершенствование которых осуществляется при реализации мероприятий регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году;

4) предоставлять в Региональный центр компетенций по внедрению технологий бережливого производства в отрасли здравоохранения Свердловской области (далее – РЦК) по запросу заполненные проверочные листы для проведения оценки достижения целевых значений критериев, предусмотренных Методическими рекомендациями «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (4-е издание с дополнениями и уточнениями), утвержденных на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 10 от 24.12.2024), свидетельствующие о достижении значения критерия новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, превышающего ранее достигнутый и подтвержденный РЦК уровень;

5) предоставлять в РЦК отчеты и информацию в соответствии с электронными формами, размещенными на сайте ГАУЗ СО «ОЦОЗМП» (medprofural.ru, вкладка «Специалистам» - РЦК – Отчетные формы РЦК) по ссылке: https://medprofural.ru/specialistam-main/regionalnyy-centr-pmsp-so/otchetnye-formy-regionalnogo-centra-pmsp-so/:

отчет «ФП ПТЗ» (в части количества работников, устроенных по основному месту работы в подразделениях медицинских организаций, обученных по вопросам применения бережливого производства) ежемесячно до 22 числа отчетного месяца;

отчет «Проекты» ежеквартально до 25 числа последнего месяца отчетного квартала, за 4 квартал – до 10.12.2025;

отчет «Тиражирование» ежеквартально до 25 числа последнего месяца отчетного квартала, за 4 квартал – до 10.12.2025.

3. Руководителю Медицинского информационно-аналитического центра ГАУДПО «Уральский институт Управления Здравоохранением им. А.Б. Блохина» М.В. Фомину направлять в РЦК ежемесячно до 22 числа месяца, следующего за отчетным, информацию о числе пациентов, умерших в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (нарастающим итогом с начала отчетного года на конец отчетного месяца/года, с разбивкой по медицинским организациям), на электронную почту: regcentrso@yandex.ru.

4. Начальнику отдела государственной службы и кадровой политики Министерства здравоохранения Свердловской области Т.Н. Шулеповой направлять в РЦК ежемесячно до 22 числа месяца, следующего за отчетным, информацию о числе занятых должностей врачей в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (по состоянию на конец отчетного месяца/года, с разбивкой по медицинским организациям).

5. Главному врачу ГАУЗ СО «ОЦОЗМП» обеспечить:

1) организационно-методическое взаимодействие с руководителями медицинских организаций по вопросам реализации лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства;

2) организацию посещений медицинских организаций, участвующих создании и тиражировании лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году в соответствии с графиком посещений (приложение № 11);

3) заполнение отчетов о реализации регионального проекта «Производительность труда» в отрасли здравоохранения («ФП ПТЗ», «Проекты», «Тиражирование») в автоматизированной системе мониторинга медицинской статистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, расположенной по адресу http://asmms.mednet.ru, в сроки, установленные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Заместителя Министра здравоохранения Свердловской области С.Г. Филиппову.

Заместитель Губернатора
Свердловской области –
Министр здравоохранения
Свердловской области Т.Л. Савинова

Приложение № 1 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 22. 05. 2025 № 1147-п

Состав рабочей группы по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений) в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году

№ п/п	ФИО	Должность
Министерство здравоохранения Свердловской области		
1.	Филиппова Светлана Георгиевна	Заместитель Министра здравоохранения Свердловской области, председатель рабочей группы
2.	Букирева Елена Анатольевна	Начальник отдела организации первичной медицинской помощи, заместитель председателя рабочей группы
3.	Савельева Елена Викторовна	Начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям
4.	Грязнов Иван Михайлович	Начальник отдела информационно-аналитической работы
5.	Шулепова Татьяна Николаевна	Начальник отдела государственной службы и кадровой политики
6.	Столин Алексей Владимирович	Начальник отдела организации специализированной помощи
РЦК		
7.	Стихина Наталья Григорьевна	Руководитель РЦК
8.	Андрющенко Анна Александровна	Главный специалист РЦК, секретарь рабочей группы
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области		
9.	Шелякин Валерий Александрович	Директор (по согласованию)
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России		
10.	Цветков Андрей Игоревич	Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, доктор медицинских наук (по согласованию)
ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»		
11.	Лёвина Ирина Анатольевна	Директор
Территориальный орган Росздравнадзора по Свердловской области		
12.	Зильбер Наталья Александровна	Руководитель (по согласованию)

Главные врачи медицинских организаций		
	ФИО	Наименование учреждения
13.	Предеина Вера Павловна	ГАУЗ СО «Пышминская ЦРБ»
14.	Храмцова Светлана Геннадьевна	ГАУЗ СО «Слободо-Туринская РБ»
15.	Зубов Алексей Викторович	ГАУЗ СО «ГБ г. Каменск-Уральский»
16.	Бусыгина Ирина Валентиновна	ГАУЗ СО «Ревдинская ГБ»
17.	Алферов Сергей Юрьевич	ГАУЗ СО «Полевская ЦРБ»
18.	Климова Жанна Сергеевна	ГАУЗ СО «ГП № 4 г. Нижний Тагил»
19.	Павловских Александр Юрьевич	ГАУЗ СО «ГБ № 1 г. Нижний Тагил»
20.	Мартемьянова Валерия Владимировна	ГАУЗ СО «Качканарская ЦРБ»
21.	Саломатина Елена Викторовна	ГАУЗ СО «ГБ ЗАТО Свободный»
22.	Горинов Евгений Олегович	ГАУЗ СО «Краснотурьинская ГБ»
23.	Айрапетов Дмитрий Владимирович	ГБУЗ СО «ЦГКБ № 1»
24.	Барац Евгений Семёнович	ГБУЗ СО «ЦГБ № 7»
25.	Кухаркин Владимир Николаевич	ГАУЗ СО «ГКБ № 14»
26.	Малинкин Алексей Викторович	ГАУЗ СО «ЦГКБ № 24»

Приложение № 2 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 22.05.2025 № 1147-п

Положение о рабочей группе по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году

1. Рабочая группа по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений) в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году (далее – рабочая группа) создана в целях повышения производительности труда, увеличения значений показателей безопасности, качества и доступности медицинской помощи, внедрения методов бережливого производства в деятельность медицинских организаций Свердловской области, эффективного использования ресурсов системы здравоохранения, развития кадрового потенциала посредством непрерывного улучшения процессов.

2. Рабочая группа в своей работе руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения Российской Федерации и Свердловской области, законами Свердловской области, указами и распоряжениями Губернатора Свердловской области, постановлениями и распоряжениями Правительства Свердловской области, приказами Министерства здравоохранения Свердловской области, а также настоящим Положением.

3. Рабочая группа состоит из председателя, заместителя председателя, секретаря и иных членов рабочей группы. Председателем рабочей группы является заместитель Министра здравоохранения Свердловской области.

4. Заседания рабочей группы проводит председатель, в его отсутствие – заместитель председателя. Общее руководство рабочей группы осуществляет председатель, в его отсутствие – заместитель председателя.

5. Председатель рабочей группы определяет время и место проведения заседания рабочей группы, осуществляет иные функции, необходимые для обеспечения деятельности рабочей группы.

6. Члены рабочей группы разрабатывают предложения, направленные на создание и тиражирование лучших практик организации процессов (коробочных решений) в рамках регионального проекта «Производительность труда», организуют выполнение решений рабочей группы, готовят материалы для рассмотрения на заседаниях рабочей группы.

7. Секретарь рабочей группы осуществляет документально-техническое обеспечение деятельности рабочей группы, информирует членов рабочей группы о месте и времени проведения заседания, ведет протоколы заседаний рабочей группы.

8. Заседания рабочей группы проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в год. Вопросы, рассматриваемые на заседаниях рабочей группы,

оформляются протоколом, который подписывает председатель рабочей группы (при его отсутствии – заместитель председателя рабочей группы).

Приложение № 3 к приказу
Министерства здравоохранения Свердловской области
от 22.05.2025 № 1147-п

«Дорожная карта» реализации мероприятий по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году

№ п/п	Мероприятия	10.01	31.01	01.02	28.02	31.03	30.04	31.05	30.06	29.07	31.08	30.09	31.10	30.11	01.12	10.12	20.12
1.	Подготовка к реализации мероприятий по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда»																
2.	Планирование работы по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда»																
3.	Реализация мероприятий по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда»																
4.	Мониторинг реализации мероприятий по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда»																
5.	Отчеты медицинских организаций о результатах реализации мероприятий по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда»																
6.	Подготовка отчетов о достижении в Свердловской области контрольных точек реализации мероприятий по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда», согласование отчетов с Отраслевым центром компетенций по реализации федерального проекта «Производительность труда»																

№ п/п	Мероприятия	10.01	31.01	01.02	28.02	31.03	30.04	31.05	30.06	29.07	31.08	30.09	31.10	30.11	01.12	10.12	20.12
7.	Представление результатов реализации мероприятий по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда»																

Приложение № 4 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 22. 05. 2025 № 1147-п

Рабочий план реализации мероприятий по созданию и тиражированию лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году

Глоссарий:
Новая модель – «Новая модель оказания медицинской помощи в рамках Федерального проекта «Производительность труда»;
МЗ СО – Министерство здравоохранения Свердловской области;
ТФОМС СО – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области;
МО – медицинские организации;
СМО – страховые медицинские организации;
МИАЦ – Медицинский информационно-аналитический центр;
РЦК – Региональный центр компетенций по внедрению технологий бережливого производства в отрасли здравоохранения Свердловской области.

№ п/п	Наименование мероприятия	Сроки реализации	Ответ-ственные	Контроль	Ожидаемый результат
I.	Подготовительные:				
1.	Подготовка перечня МО, участвующих во внедрении бережливого производства в рамках реализации федерального проекта «Производительность труда»	до 24.01.2025	РЦК	МЗ СО	Выявление проблем/потерь в деятельности медицинской организации (неэффективное использование помещений, кадровых ресурсов, времени и др.), анализ выявленных проблем/потерь с применением методов бережливого производства, составление карт текущего и целевого состояния процессов, разработка планов реализации мероприятий
2.	Подготовка сведений о МО и структурных подразделениях МО Свердловской области, участвующих в расчете показателей федерального проекта «Производительность труда»	до 20.02.2025	МЗ СО		
3.	Подготовка и открытие проектов по улучшению, диагностика и определение целевого состояния в соответствии с порядком реализации проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в подразделениях МО	в течение года	МО	МЗ СО, РЦК	
4.	Анализ наличия/состояния медицинского оборудования/мебели/информационных материалов (оборудования) в соответствии с порядками	до 01.03.2025	МО, СМО	МЗ СО, РЦК	

№ п/п	Наименование мероприятия	Сроки реализации	Ответ-ственные	Контроль	Ожидаемый результат
5.	Анализ уровня информатизации МО	до 01.03.2025	МО	МИАЦ	
II.	Реализуемые:				
6.	Внедрение улучшений реализуемых проектов в МО, закрепление результатов и закрытие проектов по улучшению в МО в соответствии с порядком реализации проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства	в течение года	МО	МЗ СО, РЦК	1. Рост случаев проведенного диспансерного наблюдения в расчете на одну занятую должность врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях; 2. Увеличение оборота койки в условиях круглосуточного стационара; 3. Формирование потоков пациентов и персонала при организации медицинской помощи; 4. сокращение сроков ожидания пациентами медицинской помощи; 5. повышение доступности медицинской помощи; 6. повышение удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи; 7. стандартизация улучшенных процессов; 8. оптимизация рабочего пространства, обеспечивающая безопасность сотрудников и пациентов в МО; 9. выравнивание нагрузки между врачами и средним медицинским персоналом, а также разделение функций персонала внутри отдельных структурных подразделений; 10. эффективное использование зданий, сооружений, медицинской техники и оборудования, кадровых и финансовых ресурсов МО; 11. сокращение всех видов потерь, формирующихся в ходе текущей деятельности МО; 12. создание эффективно функционирующих моделей тех или иных процессов для тиражирования опыта в другие МО; 13. формирование лидерской среды в МО, способной проводить улучшения на основе применения проектного подхода.
7.	Сохранение достижения критериев первого уровня Новой модели и проведение мониторинга устойчивости достижения данных критериев	до 01.12.2025	МО	МЗ СО, РЦК	Устойчивость достижения критериев Новой модели
8.	Деятельность института страховых представителей СМО в МО	в течение года	СМО, МО	ТФОМС СО, МЗ СО	Повышение мотивации пациентов к ведению здорового образа жизни

№ п/п	Наименование мероприятия	Сроки реализации	Ответ-ственные	Контроль	Ожидаемый результат
9.	Мониторинг доступности первичной медико-санитарной помощи для граждан, формирование отчета о доступности расписания на региональных порталах самозаписи к врачу и способам записи пациентов в разрезе поликлиник, обслуживающих взрослое и детское население (через «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», региональные порталы самозаписи, колл-центр учреждения, инфомат учреждения, непосредственное обращение в регистратуру, рабочее место врача, телефон регистратуры) в МО	ежемесячно, до 05 числа месяца, следующего за отчетным	МИАЦ	РЦК	Повышение востребованность услуги записи на прием граждан в МО через дистанционные каналы связи
10.	Использование средств нормированного страхового запаса ТФОМС на приобретение/ремонт медицинского оборудования, обучение персонала медицинских организаций	до 31.12.2025	МО	МЗ СО, ТФОМС СО	Приобретено/отремонтировано медицинское оборудование, обучен персонал медицинских организаций
11.	Обобщение и анализ опыта реализации мероприятий по созданию и тиражированию Новой модели	до 31.12.2025	МО	МЗ СО, РЦК	Подготовлены методические рекомендации для распространения лучших практик в МО Свердловской области

Приложение № 5 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 22.05.2025 № 1147-п

Порядок реализации проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации

Проект по улучшению в медицинской организации реализуется комплексно, на всех уровнях системы организации медицинской помощи, с участием большинства сотрудников.

Внедрение принципов бережливого производства происходит «сверху вниз»: необходимым условием успешной долгосрочной стратегии развития медицинской организации является сотрудничество между ее руководством и заинтересованными в переменах сотрудниками. Важным элементом является вовлеченность руководства в процесс положительных изменений в медицинской организации.

На старте проекта по улучшению задачей руководителя медицинской организации является формирование положительного отношения персонала медицинской организации к проектной деятельности, убеждения в важности начинаемой работы как для пациентов, так и для самих сотрудников, проявление личной заинтересованности и уверенности в успешной реализации проекта.

Руководитель медицинской организации должен принимать активное участие во внедрении принципов бережливого производства, в том числе подразумевающее приоритетное выделение необходимых ресурсов, консультирование команды по вопросам компетенции, проявление интереса к достижениям команды, присутствие на стартовых совещаниях, поощрение участников рабочей группы (команды) проекта по результатам работы.

Руководитель медицинской организации должен быть заинтересован в проведении обучения сотрудников философии, принципам, инструментам и методам бережливого производства.

Кроме того, руководитель должен пройти соответствующее обучение наряду с персоналом медицинской организации, формируя своим примером приверженность принципам бережливого производства у всего коллектива.

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

Типовые этапы реализации проектов по улучшению.

Принято выделять следующие этапы реализации проекта по улучшению:

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

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

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

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

Максимальная длительность реализации проекта по улучшению – 22 недели.

Этап 1 «Открытие и подготовка проекта» (2 – 3 недели).

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

Определение приоритетных (проблемных) направлений.

Для этого используются несколько подходов:

1) принятие решения на собрании руководителей структурных подразделений медицинской организации и участников (владельцев) процесса после открытого обсуждения;

2) по результатам анкетирования пациентов и сотрудников медицинской организации;

3) с помощью использования листов проблем и листов предложений для пациентов и сотрудников медицинской организации;

4) принятие инициативного решения о тиражировании лучших практик, полученных по результатам реализации проектов по улучшениям в иных медицинских организациях, актуальных и имеющих область применения в данной медицинской организации.

Следует обратить внимание, что не все проблемы требуют открытия проекта по улучшению, возможно внедрение системы подачи и реализации предложений по улучшениям с утверждением положения, заполнением бланка заявления на предложение по улучшению и ведению журнала регистрации предложений (приложение № 5 Методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (4-е издание с дополнениями и уточнениями).

Формирование команды проекта по улучшению, обучение философии, принципам и методам бережливого производства.

Успешная разработка и реализация проекта по улучшению зависят от создания компетентной и сплоченной команды проекта по улучшению – рабочей группы.

Рабочая группа (команда) проекта по улучшению представляет собой временное организационное объединение инициативных сотрудников различных структурных подразделений медицинской организации с целью реализации конкретного проекта по улучшению.

Отличительными чертами деятельности рабочей группы проекта являются общая цель, совместная работа и ответственность.

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

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 успешной деятельности рабочих групп в медицинской организации рекомендуется выделение отдельного помещения, в котором проходят совещания по реализации проектов по улучшению. Совещания рекомендуется проводить по мере необходимости, но не реже 1 раза в неделю. Работу команды проекта по улучшению возглавляет лидер проекта. Лидер проекта избирается из числа сотрудников за такие качества как инициативность и высокий уровень знаний, в том числе по направлению реализуемого проекта.

В функции лидера входит управление проектом, находящимся в зоне его ответственности и компетенции, осуществление защиты проекта перед руководством и сотрудниками медицинской организации, подбор новых членов команды. Немаловажной является поддержка лидера руководством медицинской организации. Лидер может возглавлять только один проект по улучшению.

Формирование пакета распорядительных документов о реализации в медицинской организации проектов по улучшению.

Для реализации мероприятий проекта необходимо формирование пакета документов – приказов руководителя медицинской организации, которые должны содержать информацию о: реализации проекта (проектов) по улучшению; создании рабочих групп по направлениям с указанием регламентированного времени их работы и распределении обязанностей (при наличии) в рабочих группах; внесении изменений в составы рабочих групп; системе подачи предложений по улучшению.

Копию приказа о реализации проекта необходимо направить в РЦК на адрес электронной почты: regcentrso@yandex.ru.

Данный этап завершается оформлением информационного стенда проекта (приложение № 8), наполнение которого осуществляется в течение всего процесса реализации проекта по улучшению, и формированием паспорта проекта (приложение № 9). Информационный стенд проекта может быть оформлен в составе инфоцентра.

Разработанные паспорта проектов необходимо направить на согласование в РЦК на адрес электронной почты: regcentrso@yandex.ru, после согласования утвердить руководителем медицинской организации.

Этап 2 «Диагностика и целевое состояние» (4 – 5 недель).

На данном этапе проводится картирование потока создания ценности (далее – ПСЦ) с анализом текущего состояния процессов, выявление проблем и работа с ними, составление карты целевого состояния.

Данный этап завершается общим стартовым совещанием (Kick-off), которое проводится в подразделении медицинской организации в формате онлайн или оффлайн.

Стартовое совещание рекомендуется проводить при участии представителей Министерства здравоохранения Свердловской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области, Росздравнадзора по Свердловской области, Роспотребнадзора по Свердловской области, РЦК, руководства медицинской организации, команды проекта (рабочей группы). На стартовом совещании происходит защита проекта (проектов) по улучшению и официально объявляется о начале реализации плана мероприятий по достижению целевого состояния.

Для графической визуализации плана мероприятий рекомендовано использование тактического плана реализации (приложение № 10) или диаграммы Ганта.

Протоколы стартовых совещаний направляются в РЦК на адрес электронной почты: regcentrso@yandex.ru.

Результатом данного этапа является разработка Плана мероприятий по достижению целевого состояния, утвержденный руководителем медицинской организации.

Этап 3 «Внедрение улучшений» (8 – 10 недель).

Данный этап формируется из следующих действий: выполнение плана мероприятий согласно установленным срокам; периодическая оценка достижения целевых показателей процесса и корректировка плана мероприятий при необходимости; еженедельный отчет команды проекта руководителю медицинской организации или его заместителям – о ходе реализации проекта по улучшению непосредственно на рабочей

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

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

На данном этапе проводится мониторинг устойчивости улучшений, при необходимости – проведение корректирующих действий.

Результатом данного этапа является стандартизация процесса с целью сохранения и стабилизации достигнутых результатов – разработка стандартной операционной карты (приложение № 11). Правила разработки стандартной операционной карты представлены в приложении № 8 Методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Пересмотр разработанных стандартов улучшенных процессов должен происходить не реже 1 раза в год с обновлением имеющихся стандартов по мере необходимости, в том числе при дополнительном оснащении структурных подразделений новым медицинским оборудованием (техникой) или ее модернизации, внедрении новых методик и прочее.

По результатам реализованных проектов оформляется итоговая презентация в соответствии с шаблоном. Разработанные стандарты (СОКи, СОП, алгоритмы, регламенты, инструкции и др.) и итоговая презентация (лучшая практика) направляются в РЦК на адрес электронной почты: regcentrso@yandex.ru.

Итоги реализации проекта по улучшению подводятся на итоговом совещании в медицинской организации, с докладом о достигнутых результатах и презентацией. Итоговое совещание по составу участников и условиям проведения может проводиться аналогично стартовому совещанию.

Приложение № 6 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 22.05.2025 № 1147-п

Порядок оформления информационного стенда проекта по улучшению в медицинской организации

Целью создания информационного стенда проекта по улучшению является информирование сотрудников медицинской организации о ходе реализации проекта.

Визуализация информации позволяет руководителю оперативно оценивать состояние проекта, а сотрудникам – предлагать свои идеи.

На стенде необходимо отобразить (разместить) информацию о проекте по улучшению:

1) наименование проекта;
2) приказ (распоряжение) о создании команды проекта;
3) список участников проекта с фотографиями;
4) паспорт проекта;
5) рабочие материалы по проекту: карты потока создания ценности - текущее и целевое состояние,
6) тактический план реализации мероприятий проекта по улучшению с указанием сроков и ответственных;
7) графическая визуализация динамики достижения целевых показателей в разрезе сроков реализации проекта;
8) 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.

Приложение № 7 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 22.05.2025 № 1747-п

Шаблон паспорта проекта по улучшению в медицинской организации

«Название проекта»

<table>
<tr>
<td>УТВЕРЖДАЮ:
Главный врач:
_____ФИО
(подпись)

Общие данные:
Заказчик: главный врач Ф.И.О.
Процесс:
Подпроцесс:
Границы процесса:
Начало:
Окончание:
Руководитель проекта: должность, Ф.И.О.
Команда проекта: должность, Ф.И.О.</td>
<td>СОГЛАСОВАНО:
Руководитель РЦК
_____ФИО
(подпись)

Обоснование:
1.
2.
3.</td>
</tr>
<tr>
<td>Цели:

<table><tr><th>Наименование цели, ед. изм.</th><th>Текущий показатель</th><th>Целевой показатель</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>Эффекты:
1.
2.</td>
<td>Сроки:
1. Защита паспорта проекта: (дата)
2. Анализ текущей ситуации: (дата с … по…)
-разработка текущей карты процесса (дата)
-поиск и выявление проблем (дата)
-разработка целевой карты процесса (дата)
-разработка тактического плана реализации проекта (дата)
3. Внедрение улучшений (дата с … по…)
4. Мониторинг устойчивости (дата с … по…)
5. Закрытие проекта: (дата)</td>
</tr>
</table>

Приложение № 8 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 22.05.2025 № 1147-п

Шаблон тактического плана реализации мероприятий проекта по улучшению в медицинской организации

Тактический план реализации мероприятий проекта по улучшению в рамках создания и тиражированию "Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь"	Рег.№1	Команда проекта	Подразделение	Должность	Подпись	УТВЕРЖДАЮ ЗАКАЗЧИК:	ответственный за ТПР:
Начало проекта *дата*		ФИО				Руководитель медицинской организации	Ф.И.О., должность
		ФИО					
		ФИО					
		ФИО					
		ФИО					
		ФИО					
Завершение проекта дата	Проект "*Название проекта*" Предприятие: *название мед.организации* Руководитель проекта: *ФИО*						

Этапы реализации проекта	№ № п/п	Содержание работ	Ответственный	1	2	3	4	5	6	7	8	9	14	15	16	Результат	Прогресс	Отклонения: Описание	Причина	Ответственное лицо	Срочность	Необходимость	Примечания
	1.		ФИО	КН	КН	КН	КН	КН	КН	КН	КН	КН	КН	КН	КН									
	2.		ФИО																					
	3.		ФИО																					
	4.		ФИО																					
	5.		ФИО																					

Степень реализации проекта						
1	2	3	4		0%	Работа ещё не начата
					25%	В разработке
					50%	В подготовке
					75%	Начато внедрение
					100%	внедрено

▼ совещания с принятием ключевых решений

| совоевременное выполнение

ТПР закрыт — **Работа принята** с отклонениями / без отклонений

Руководитель проекта: **ФИО**

Заказчик:

Приложение № 9 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 22.05.2025 № 1147-п

Шаблон стандартной операционной карты улучшенного процесса в медицинской организации

Наименование МО				Стандартная операционная карта (СОК)		СОК №	
Подразделение	Отделение	Кабинет	Время такта, сек	Наименование операции		Действует с «___» _____ 202__ г.	Лист 1/1

№ шага	Рабочая пошаговая последовательность и используемый инструментарий	Показатели		Ключевые указания	Схема пошаговой рабочей последовательности
		Время, сек	Расстояние, м		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
14					
15					
16					Обозначения:
17					
19					
	ИТОГО				

СИЗ							Условные обозначения	Визуальное приложение	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Головной убор		ВП	●	✚	◇	▽	☆

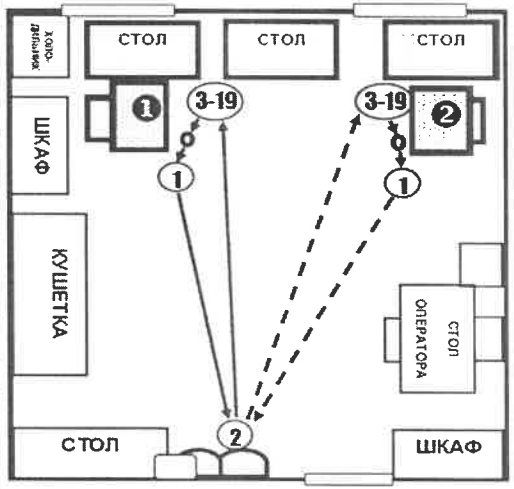
Подписи					
Исполнитель	Руководитель подразделения	Врач – эпидемиолог	Составитель	ФИО	Подпись	Дата
1.						
2.	Старшая мед. сестра	Инженер по охране труда	УТВЕРЖДЕНО			
3.			Главный врач			

(пример стандартной операционной карты)

Наименование МО				Стандартная операционная карта (СОК)	СОК №1.1	
				Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой		
Подразделение	Отделение	Каб. №	Время такта, сек	**Наименование операции**	Действует с	Лист/листов
Поликлиника	-	5	520	Забор крови из вены медицинской сестрой вакуумной системой	10.12.2018	1/3

№ шага	Рабочая пошаговая последовательность и используемый инструментарий	Показатели: Время, сек	Показатели: Ходьба, м	Ключевые указания
1	Предложить пациенту присесть, положить пробирки на стол для забора крови.	3		
2	Произвести гигиеническую обработку рук.	130	5	▽ ✣
3	Надеть перчатки.	5		▽ ✣
4	Осмотреть место венепункции, выбрать точку венепункции, пропальпировать вену.	5		☆ См.ВП
5	Зафиксировать жгут на 10 см выше места венепункции, попросить пациента сжать ладонь в кулак.	10		
6	Место венепункции продезинфицировать двумя марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиками и подождать до полного высыхания антисептика.	60		▽ ✣ ◇ ●
7	Взять иглу, снять с нее защитный колпачок, вставить в иглодержатель до упора.	10		◇
8	Снять защитный колпачок с другой стороны иглы. Зафиксировать вену, обхватив предплечье. Большой палец расположить на 3-5 сантиметров ниже места укола. Натянуть кожу.	6		
9	Под углом 15-30° ввести иглу с держателем в вену.	15		▽ ✣ ◇ ☆ См.ВП
10	Взять со стола пробирку, вставить пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее.	6		●
11	Попросить пациента разжать кулак. Снять или ослабить жгут.	5		
12	Набрать кровь в пробирку до метки, извлечь пробирку.	10		▽ ◇ См.ВП
13	Перемешать биоматериал с консервантом.	8		Не встряхивать!
14	Установить пробирки в штатив.	5		▽ ◇ См.ВП
15	Приложить сухую стерильную салфетку к месту венепункции, извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку 5 минут.	10		✣ ◇
16	Поместить иглу в емкость для отходов класса Б.	10		✣
17	Наложить на место инъекции давящую повязку.	20		✣ ◇
18	Обработать руки в перчатках дезсредством, снять перчатки и поместить в емкость для отходов класса Б.	60		✣
19	Обработать руки антисептиком Диасептик-30, Диасептик 30-ДВС.	120		✣
	ИТОГ:	498	5	

Схема пошаговой рабочей последовательности



Обозначения:

❶ - медицинская сестра в начале процесса

- движения медсестер №1 и №2

❶, ❷- столы для забора крови №1 и №2

② - № шага

СИЗ	Медицинский халат	Медицинский костюм	Медицинская обувь	Одноразовые перчатки	Маска	Головной убор

Условные обозначения	Визуальное приложение	Стандартный запас	Безопасность	Контроль качества	Критический пункт	Требуется навык
	ВП	●	✣	◇	▽	☆

Подписи

Исполнитель	Зав. поликлиникой	Помощник эпидемиолога/ врач-эпидемиолог	Составитель	Ф.И.О	Подпись	Дата
1.						
2.	Старшая м/с поликлиники	Инженер по охране труда	Утверждено			
3.			Главный врач			

Приложение № 10 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 22. 05. 2025 № 1147-п

Критерии новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
КРИТЕРИИ ПЕРВОГО УРОВНЯ СООТВЕТСТВИЯ НОВОЙ МОДЕЛИ				
1	Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике[1], единица	Не более 3	Блок «Управление потоками пациентов»	Локальные нормативные акты (далее – ЛНА) о порядке проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, результаты наблюдения и опроса
2	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи[2], единица	Не более 1	Блок «Управление потоками пациентов»	ЛНА, содержащие сведения о предоставлении платных медицинских услуг, информация о медицинских работниках поликлиники, графики сменности рабочего времени с учетом структуры рабочего времени медицинских работников поликлиники (далее – графики работы), результаты наблюдения и опроса
3	Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности поликлиники, единица	Не менее 1	Блок «Качество пространства»	Документы, подтверждающие плановую мощность поликлиники в смену, результаты наблюдения
4	Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов, секунда	Не более 30	Блок «Качество пространства»	Поэтажный план поликлиники, результаты хронометража поиска информации в системе навигации поликлиники
5	Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации, %	Не менее 100	Блок «Качество пространства»	Система информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, результаты наблюдения
6	Доля времени приемов врача[3] для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи, %	Не менее 50	Блок «Доступность медицинской помощи»	Графики работы, данные медицинской информационной системы (далее – МИС)
7	Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи, %	Не менее 80	Блок «Доступность медицинской помощи»	Графики работы, данные МИС, результаты наблюдения и опроса

№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
8	Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей, %	Не более 50	Блок «Доступность медицинской помощи»	Данные МИС
9	Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения[4], единица	Не более 3	Блок «Доступность медицинской помощи»	Медицинская документация, данные МИС
КРИТЕРИИ ВТОРОГО УРОВНЯ СООТВЕТСТВИЯ НОВОЙ МОДЕЛИ				
1	Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике[5], единица	Не более 3	Блок «Управление потоками пациентов»	ЛНА о порядке проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, результаты наблюдения и опроса
2	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи[6], единица	Не более 1	Блок «Управление потоками пациентов»	ЛНА, содержащие сведения о предоставлении платных медицинских услуг, информация о медицинских работниках поликлиники, график работы медицинских работников, результаты наблюдения и опроса
3	Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности поликлиники, единица	Не менее 1	Блок «Качество пространства»	Документы, подтверждающие плановую мощность поликлиники в смену, результаты визуальной оценки зоны (зон) комфортных условий ожидания
4	Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов, секунда	Не более 30	Блок «Качество пространства»	Поэтажный план поликлиники, результаты хронометража поиска информации в системе навигации поликлиники
5	Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации, %	Не менее 100	Блок «Качество пространства»	Система информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, результаты наблюдения
6	Доля времени приемов врача[7] для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи, %	Не менее 70	Блок «Доступность медицинской помощи»	Графики работы, данные МИС
7	Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи, %	Не менее 80	Блок «Доступность медицинской помощи»	Графики работы, данные МИС, результаты наблюдения и опроса
8	Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего	Не более 40	Блок «Доступность медицинской помощи»	Данные МИС

№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
	количества предварительных записей, %			
9	Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения[8], единица	Не более 3	Блок «Доступность медицинской помощи»	Медицинская документация, Данные МИС
10	Количество возвратов пациента по потоку создания ценности, обусловленных организацией процесса оказания медицинской помощи в поликлинике, единица	Не более 1	Блок «Управление потоками пациентов»	Стандарты работы
11	Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С, %	Не менее 30	Блок «Качество пространства»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, стандарты рабочих мест, результаты наблюдения
12	Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей, единица	Не менее 1	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Штатное расписание поликлиники, табель учета рабочего времени работников поликлиники, материалы проектов по улучшению
13	Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению деятельности поликлиники в течение последних 12 месяцев, %	Не менее 20	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, положение о подаче предложений по улучшению, журнал регистрации предложений по улучшению, заявления работников поликлиники на предложения по улучшению (приложение 5 Методических рекомендаций)
14	Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев, %	Не менее 40	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, положение о подаче предложений по улучшению, журнал регистрации предложений по улучшению, заявления работников поликлиники на предложения по улучшению (приложение 5 Методических рекомендаций), ЛНА о реализации предложений по улучшению
15	Количество процессов, управляемых через информационный центр (далее – инфоцентр), единица	Не менее 5	Блок «Формирование системы управления»	ЛНА об утверждении порядка организации работы информационного центра поликлиники, материалы информационного центра поликлиники
Руководитель поликлиники осуществляет выбор двух критериев, перечисленных в пунктах 16-24				
16	Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов (приложение 2 Методических рекомендаций), хранимая на складе/складах поликлиники, %	Не более 25	Блок «Управление запасами»	ЛНА о порядке организации снабжения поликлиники, документы учета материальных запасов в поликлинике или данные МИС, результаты наблюдения
17	Доля объема недельной нормы расходования отдельных категорий материальных запасов (приложение 2 Методических рекомендаций), хранимая в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики,	Не более 100	Блок «Управление запасами»	ЛНА о порядке организации снабжения поликлиники, документы учета материальных запасов в поликлинике или данные МИС, результаты наблюдения

№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
	эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов, %			
18	Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы, %	Не менее 100	Блок «Стандартизация процессов»	Стандарты работы, документы, подтверждающие утверждение стандартов работы, документы учета стандартов работы, результаты наблюдения
19	Доля стандартов улучшенных процессов, пересмотренных для принятия решения об их актуализации в течение 12 месяцев от момента их утверждения, актуализации или предыдущего пересмотра без актуализации, %	Не менее 100	Блок «Стандартизация процессов»	Стандарты работы, документы, подтверждающие утверждение стандартов работы, документы учета стандартов работы, результаты наблюдения
20	Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает рекомендации), %	Не менее 50	Блок «Стандартизация процессов»	Табель учета рабочего времени, графики работы, стандарты работы, результаты наблюдения и хронометража
21	Доля отклонения времени цикла каждой операции от времени такта процессов «Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации», «Вакцинация», %	Не более 30	Блок «Стандартизация процессов»	Планы работы поликлиники, ЛНА, утверждающие порядок работы кабинетов поликлиники, правила внутреннего трудового распорядка поликлиники, стандарты работы, данные МИС, результаты наблюдения и хронометража
22	Отношение количества случаев неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи и случаев уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода, %	Не более 95	Блок «Качество медицинской помощи»	Реестры заключений по результатам медикоэкономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи
23	Отношение суммы неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи и суммы штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода[9], %	Не более 95	Блок «Качество медицинской помощи»	Реестры заключений по результатам медикоэкономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи
24	Производственная нагрузка оборудования, используемого для	Не менее 80	Блок «Эффективность	Территориальная программа гарантий бесплатного оказания

№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
	диагностических исследований при оказании первичной медикосанитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клинико-диагностических лабораторий, %		использования оборудования»	гражданам медицинской помощи, оборотная ведомость по нефинансовым активам поликлиники, технические паспорта оборудования, ЛНА, утверждающие порядок работы кабинетов поликлиники, правила внутреннего трудового распорядка поликлиники, данные МИС
КРИТЕРИИ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ СООТВЕТСТВИЯ НОВОЙ МОДЕЛИ				
1	Количество пересечений потоков пациентов при проведении профилактического медицинского осмотра, первого этапа диспансеризации с иными потоками пациентов в поликлинике[10], единица	Не более 3	Блок «Управление потоками пациентов»	ЛНА о порядке проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, результаты наблюдения и опроса
2	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи[11], единица	Не более 1	Блок «Управление потоками пациентов»	ЛНА, содержащие сведения о предоставлении платных медицинских услуг, информация о медицинских работниках поликлиники, графики работы, результаты наблюдения и опроса
3	Количество возвратов пациента по потоку создания ценности, обусловленных организацией процесса оказания медицинской помощи в поликлинике, единица	Не более 1	Блок «Управление потоками пациентов»	Стандарты работы
4	Количество посадочных мест в зоне (зонах) комфортных условий ожидания для посетителей на 200 посещений плановой мощности поликлиники, единица	Не менее 1	Блок «Качество пространства»	Документы, подтверждающие плановую мощность поликлиники в смену, результаты визуальной оценки зоны (зон) комфортных условий ожидания
5	Время поиска в системе навигации поликлиники информации для принятия решения о дальнейшем направлении движения к пункту назначения в каждой точке ветвления маршрутов, секунда	Не более 30	Блок «Качество пространства»	Поэтажный план поликлиники, результаты хронометража поиска информации в системе навигации поликлиники
6	Доля элементов системы информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, отвечающих условиям уместности, актуальности, доступности информации, %	Не менее 100	Блок «Качество пространства»	Система информирования посетителей об организации медицинской деятельности поликлиники, результаты наблюдения
7	Доля рабочих мест медицинских работников поликлиники, на которых реализовано пять шагов организации рабочего места по системе 5С, %	Не менее 70	Блок «Качество пространства»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, стандарты рабочих мест, результаты наблюдения
8	Доля объема годовой закупки отдельных категорий материальных запасов (приложение 2 Методических рекомендаций), хранимая на складе/складах поликлиники[12], %	Не более 25	Блок «Управление запасами»	ЛНА о порядке организации снабжения поликлиники, документы учета материальных запасов в поликлинике или данные МИС, результаты наблюдения
9	Доля объема недельной нормы расходования отдельных	Не более	Блок «Управление	ЛНА о порядке организации снабжения поликлиники, документы

№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
	категорий материальных запасов (приложение 2 Методических рекомендаций), хранимая в следующих кабинетах: процедурные, прививочные, смотровые, перевязочные, функциональной диагностики, ультразвуковой диагностики, эндоскопической диагностики, неотложной медицинской помощи, забора биоматериалов, %	100	запасами»	учета материальных запасов в поликлинике или данные МИС, результаты наблюдения
10	Доля улучшенных процессов поликлиники, выполняемых в соответствии с разработанными стандартами работы, %	Не менее 100	Блок «Стандартизация процессов»	Стандарты работы, документы, подтверждающие утверждение стандартов работы, документы учета стандартов работы, результаты наблюдения
11	Доля стандартов улучшенных процессов, пересмотренных для принятия решения об их актуализации в течение 12 месяцев от момента их утверждения, актуализации или предыдущего пересмотра без актуализации, %	Не менее 100	Блок «Стандартизация процессов»	Стандарты работы, документы, подтверждающие утверждение стандартов работы, документы учета стандартов работы, результаты наблюдения
12	Доля времени приема, в течение которого медицинский работник создает ценность для пациента (осуществляет опрос, общий осмотр, установку предварительного и клинического диагнозов, назначение обследования и лечения, дает рекомендации), %	Не менее 50	Блок «Стандартизация процессов»	Табель учета рабочего времени, графики работы, стандарты работы, результаты наблюдения и хронометража
13	Доля отклонения времени цикла каждой операции от времени такта процессов «Профилактический медицинский осмотр», «Первый этап диспансеризации», «Вакцинация», %	Не более 30	Блок «Стандартизация процессов»	Планы работы поликлиники, ЛНА, утверждающие порядок работы кабинетов поликлиники, правила внутреннего трудового распорядка поликлиники, стандарты работы, данные МИС, результаты наблюдения и хронометража
14	Отношение количества случаев оказания медицинской помощи с неоплатой или уменьшением оплаты медицинской помощи и уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода[13], %	Не более 95	Блок «Качество медицинской помощи»	Реестры заключений по результатам медикоэкономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи
15	Отношение суммы неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи и суммы штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, рассчитанное на 100 запрошенных страховыми	Не более 95	Блок «Качество медицинской помощи»	Реестры заключений по результатам медикоэкономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи

№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
	медицинскими организациями случаев оказания медицинской помощи за последние 12 месяцев к аналогичному показателю предшествующего периода[13], %			
16	Доля времени приемов врача[14] для оказания медицинской помощи в плановой форме в течение рабочей смены, отведенного для приема по предварительной записи, %	Не менее 90	Блок «Доступность медицинской помощи»	Табель учета рабочего времени, графики работы, стандарты работы, результаты наблюдения и хронометража
17	Доля пациентов, принятых в соответствии со временем предварительной записи, от общего количества пациентов, принятых по предварительной записи, %	Не менее 90	Блок «Доступность медицинской помощи»	Графики работы, данные МИС, результаты наблюдения и опроса
18	Доля предварительных записей на прием в поликлинику, совершенных при непосредственном обращении пациента или его законного представителя в регистратуру, от общего количества предварительных записей, %	Не более 30	Блок «Доступность медицинской помощи»	Данные МИС
19	Количество визитов пациента в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения[15], единица	Не более 3	Блок «Доступность медицинской помощи»	Медицинская документация, Данные МИС
20	Количество завершенных проектов по улучшению в год у руководителя поликлиники и его заместителей, единица	Не менее 1	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Штатное расписание поликлиники, табель учета рабочего времени, графики работы, ЛНА о реализации проекта по улучшению, паспорт проекта по улучшению, материалы проекта по улучшению, оформленные в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России «Реализация проектов по улучшению с использованием методов бережливого производства в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»
21	Доля работников поликлиники, осуществляющих подачу предложений по улучшению деятельности поликлиники в течение последних 12 месяцев, %	Не менее 30	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, положение о подаче предложений по улучшению, журнал регистрации предложений по улучшению, заявления работников поликлиники на предложения по улучшению (приложение 5 Методических рекомендаций)
22	Доля реализованных предложений по улучшению от направленных на рассмотрение комиссии по предложениям по улучшению в течение последних 12 месяцев, %	Не менее 60	Блок «Вовлеченность персонала в улучшения процессов»	Табель учета рабочего времени работников поликлиники, положение о подаче предложений по улучшению, журнал регистрации предложений по улучшению, заявления работников поликлиники на предложения по улучшению (приложение 5 Методических рекомендаций), ЛНА о реализации предложений по улучшению
23	Количество процессов, управляемых через информационный центр, единица	Не менее 5	Блок «Формирование системы управления»	ЛНА об утверждении порядка организации работы информационного центра поликлиники, материалы

№ п/п	Наименование критерия, ед. измерения	Целевое значение критерия	Блок критериев	Источники информации
				информационного центра поликлиники
24	Производственная нагрузка оборудования, используемого для диагностических исследований при оказании первичной медикосанитарной помощи, в отношении которого определены критерии доступности в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период, кроме оборудования для функциональной диагностики и клинико-диагностических лабораторий, %	Не менее 80	Блок «Эффективность использования оборудования»	Территориальная программа гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, оборотная ведомость по нефинансовым активам поликлиники, технические паспорта оборудования, ЛНА, утверждающие порядок работы кабинетов поликлиники, правила внутреннего трудового распорядка поликлиники, данные МИС

1 - оценка критерия осуществляется при проведении в поликлинике диспансеризации и/или профилактических медицинских осмотров.
2 - оценка критерия осуществляется при предоставлении в поликлинике платных медицинских услуг.
3 - в т.ч. приемов фельдшеров и акушерок в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».
4 - оценка критерия осуществляется при проведении в поликлинике профилактических медицинских осмотров и/или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
5 - оценка критерия осуществляется при проведении в поликлинике диспансеризации и/или профилактических медицинских осмотров.
6 - оценка критерия осуществляется при предоставлении в поликлинике платных медицинских услуг.
7 - в т.ч. приемов фельдшеров и акушерок в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».
8 - оценка критерия осуществляется при проведении в поликлинике профилактических медицинских осмотров и/или первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
9 - оценка критерия осуществляется, если поликлиника относится к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования.
10 - оценка критерия осуществляется при проведении в поликлинике диспансеризации и/или профилактических медицинских осмотров.
11 - оценка критерия осуществляется при предоставлении в поликлинике платных медицинских услуг.
12 - оценка критерия не осуществляется в поликлиниках, расположенных в населенных пунктах, с которыми отсутствует регулярное транспортное сообщение, ввиду чего невозможна регулярная поставка отдельных категорий материальных запасов.
13 - оценка критерия осуществляется, если поликлиника относится к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования.
14 - в т.ч. приемов фельдшеров и акушерок в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по

непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».

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

Приложение № 11 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 22. 05. 2025 № 1147-п

График посещений медицинских организаций, участвующих в создании и тиражировании лучших практик организации процессов (коробочных решений), основанных на технологии бережливого производства, в рамках регионального проекта «Производительность труда» в 2025 году

№ п/п	Медицинская организация	Период посещения	Ответственное лицо РЦК
АПРЕЛЬ			
1	ГАУЗ СО «Полевская ЦРБ»	2 неделя	Швеина Е.Б.
2	ГАУЗ СО «ГБ г. Каменск-Уральский»	4 неделя	Андрющенко А.А.
3	ГАУЗ СО «ГП № 4 г. Нижний Тагил»	5 неделя	Карпова Е.Г.
МАЙ			
4	ГБУЗ СО «ЦГКБ № 1»	3 неделя	Швеина Е.Б.
5	ГАУЗ СО «ГБ ЗАТО Свободный»	4 неделя	Карпова Е.Г.
6	ГАУЗ СО «ЦГКБ № 24»	5 неделя	Андрющенко А.А.
СЕНТЯБРЬ			
7	ГАУЗ СО «Слободо - Туринская РБ»	2 неделя	Андрющенко А.А.
8	ГАУЗ СО «Качканарская ЦРБ»	3 неделя	Карпова Е.Г.
9	ГАУЗ СО «Краснотурьинская ГБ»	4 неделя	Швеина Е.Б.
ОКТЯБРЬ			
10	ГБУЗ СО «ЦГБ № 7»	2 неделя	Карпова Е.Г.
11	ГАУЗ СО «Ревдинская ГБ»	3 неделя	Швеина Е.Б.
12	ГАУЗ СО «Пышминская ЦРБ»	4 неделя	Андрющенко А.А.
13	ГАУЗ СО «ГБ № 1 г. Нижний Тагил»	5 неделя	Карпова Е.Г.
НОЯБРЬ			
14	ГАУЗ СО «ГКБ № 14»	2 неделя	Андрющенко А.А.