

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО»

На правах рукописи

Мендель Сергей Александрович

**Научное обоснование совершенствования управления в медицинских
организациях на основе процессного подхода**

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, доцент
Берсенева Евгения Александровна

Москва - 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДОВ ПРОЦЕССНОГО УПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	16
1.1. Основные направления развития здравоохранения РФ и ведомственной системы здравоохранения МВД России	16
1.2. Системный анализ в управлении	21
1.3. Процессный подход как прикладной инструмент управления медицинской организацией.....	24
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	46
2.1. Понятийный аппарат.....	46
2.2. Программа и основные этапы исследования.....	47
2.3. Характеристика медицинской службы МВД как базы формирования научно-методического инструментария и объекта внедрения процессного подхода в управление	56
ГЛАВА 3. РЕГИОНАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАК ОСНОВАНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЦЕССНОГО ПОДХОДА В УПРАВЛЕНИЕ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ВЕДОМСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МВД РОССИИ).....	62
3.1. Анализ медико-статистических данных для идентификации дифференциации основных показателей деятельности медицинских организаций	62
3.2. Научно-методический аппарат создания научно-методического инструментария внедрения процессного подхода.....	91

ГЛАВА 4.МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ РАЗРАБОТКИ МОДЕЛЕЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ И МОДЕЛЕЙ БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ РАЗВИТИЯ В ЧАСТИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	94
4.1. Основные методологические и методические положения разработки моделей вспомогательных бизнес-процессов и моделей бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества	94
4.2. Организационно-методические подходы к работе по формированию моделей вспомогательных бизнес-процессов и моделей бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества	106
4.3. Обоснование возможности имплементации научно-методического инструментария процессного подхода, разработанного на базе медицинских организаций МВД России, в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.....	118
ГЛАВА 5.ТИПОВЫЕ И КОМПЛЕКСНАЯ МОДЕЛИ ПРОЦЕССОВ РАЗВИТИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ АКТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА.....	121
5.1. Организационно-методические подходы к идентификации и разработке процессов развития в части внутреннего контроля качества	121
5.2. Процессы развития при реализации актуальной модели внутреннего контроля качества, реестр и классификация данных процессов.....	123
ГЛАВА 6.ТИПОВЫЕ И КОМПЛЕКСНАЯ МОДЕЛИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	212
6.1. Организационно-методические подходы к идентификации основных и вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации, реестр и классификация данных процессов.	212
6.2. Модели вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации	220

6.3.	Методические подходы и результаты оценки трудоемкости бизнес-процессов на основе методики функционально-стоимостного анализа в медицинской организации.....	304
6.4.	Реестр процессов ИТ-подразделений медицинской организации .	317
6.5.	Информатизация типовых вспомогательных бизнес- процессов медицинской организации.....	326
ГЛАВА 7. МОНИТОРИНГ ОПТИМАЛЬНОСТИ		
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ И БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ РАЗВИТИЯ В ЧАСТИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....		338
7.1.	Мониторинг вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации на основании событий и дефектов, свидетельствующих о низком качестве процесса	338
7.2.	Изучение удовлетворенности потребителей как метод мониторинга бизнес-процесса.....	341
7.3.	Методические подходы к мониторингу оптимальности вспомогательных процессов с использованием анкетирования	358
7.4.	Результаты пилотного анкетирования пациентов и персонала на предмет удовлетворенности условиями медицинской помощи	361
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....		370
ВЫВОДЫ.....		381
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....		386
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ		388
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ		391
Приложение 1		455
Приложение 2		466
Приложение 3		489
Приложение 4		497

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента РФ от 31.12.2015 N 683, развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения Российской Федерации признано «важнейшим направлением обеспечения национальной безопасности». Президент Российской Федерации Путин В.В. в своем послании Федеральному Собранию подчеркнул, что в достижении показателя ожидаемой продолжительности жизни выше 73 лет, значимый вклад принадлежит системе здравоохранения (<http://kremlin.ru/events/president/news/62582>). Основные направления развития здравоохранения на ближайший период определены такими основополагающими документами как Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (раздел 2), Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации, Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг.

В ходе проводимой на настоящем этапе реформы, система здравоохранения переживает значительные организационно-правовые и содержательные преобразования, но, одновременно, и сталкивается с определенными трудностями (Балашова Г.В., 2000). Объективные социально-экономические предпосылки определяют создание системы управления, обеспечивающей стабильное и полноценное развитие оказания медицинской помощи населению (Амлаев К.Р., 2010).

Современные системы управления должны базироваться на современных технологиях менеджмента, в основе которых - системный и процессный подход к управлению медицинской деятельностью.

В соответствии с концепцией («триадой») А. Донабедиана процессный

подход в оказании медицинской помощи является одним из краеугольных камней обеспечения ее качества. В настоящее время процессный подход безусловно является одним из определяющих факторов развития стандартизации и создания цифрового контура в системе здравоохранения – двух направлений, которые определены стратегическими документами по развитию здравоохранения как базовые.

Понятие процессов в здравоохранении распространено достаточно широко. Уже само название одного из них — "лечебно-диагностический процесс" — подразумевает применение процессного подхода в практике оказания медицинской помощи. Предпосылками внедрения процессного подхода в управление здравоохранением является принятие в Российской Федерации стандартов по управлению качеством. В стандартах серии 9000 главная цель его внедрения определена как снятие проблем разобщенности, неэффективности и внутренних конфликтов, присущих многим функциональным иерархическим организациям (Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. ISO 9000:2000, Скляр Т.М., 2014, 2016). Преимущество процессного подхода состоит в непрерывности управления, которое он обеспечивает на стыке отдельных процессов в рамках их системы, а также при их комбинации и взаимодействии.

Современные процессно-ориентированные методы управления базируются на использовании выверенных, четко прописанных процессов. Однако сложность системы здравоохранения в части обеспечения надлежащего качества медицинской помощи требует наличия научно обоснованной методологии процессного управления и адаптированных к особенностям российских медицинских организаций методик.

В научной литературе представлен достаточно широкий спектр публикаций по различным аспектам управления системой здравоохранения. Огромное наследие по данному вопросу сформировано такими учеными в сфере экономики и организации здравоохранения России, как В.И. Стародубов (2012), Ю.А. Лисицын (1998, 1999), А.Л.

Линденбратен(2004,2015),Шиганом Е.Н., (1986, 1982, 1988, 1989), Шейманом И.М. (2008), Вырковским А. В. (2016), Каменновой М. и соавт., 2014).

Теоретические и методологические аспекты процессно-ориентированного управления, исследовались в работах BertoliniM (2011); Harvard Press (2015), JonesT. (2014), ElizabethEarl (2015), Лихтарович Е.Е. (2011), Артамонова Г.В. и соавт. (2014) , Андреевой А.А. (2015), Авалдыкова О. С.(2016), Елисеева Д.А. (2016), Коваленко А. А. (2019), Фаттахова Д.Р. (2018), Федорова И.Г. (2015), Аганбегяна А.Г. (2016).

Отдельные аспекты процессного подхода как инструмента управления организациями в сфере здравоохранения представлены в работах таких авторов как Берсенева Е.А. (2005, 2006, 2008, 2009), Бельшев Д.В. (2016), Ермакова С.Э. (2011), Рыжова О.А. (2008). Вних проанализировано внедрение процессного подхода в различных медицинских организациях, в том числе в многопрофильных стационарах для военнослужащих и сотрудников МВД [Хаткевич М.И., 2015].

Признавая высокую значимость работ вышеперечисленных авторов и отмечая наличие разработанных подходов к раскрытию отдельных сторон процессного подхода в деятельности медицинских организаций, укажем, что практически отсутствуют работы по моделированию вспомогательных процессов медицинской организации, т.е. процессов, поддерживающих и обеспечивающих основную деятельность– лечебно-диагностическую. Также введение в действие от 7 июня 2019 г. № 381н “Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности” диктует настоятельную необходимость обеспечения данного вида деятельности на основе процессного подхода.

Недостаточная концептуально-методологическая разработанность управления указанными видами деятельности на основе процессного подхода в сочетании с его теоретико-прикладной актуальностью обусловили выбор темы исследования, постановку цели и задач.

Цель проведенного исследования - научное обоснование целесообразности и научно-методического инструментария внедрения процессного подхода в управление медицинскими организациями.

Для достижения этой цели были поставлены и решены следующие **задачи**:

1. Проанализировать состояние и организацию работ по использованию процессного подхода в медицинских организациях в Российской Федерации и за рубежом по данным литературных источников.

2. Оценить состояние и перспективы развития ведомственной системы здравоохранения МВД России и возможность ее использования в качестве базы исследования в части формирования и внедрения типовых и комплексных моделей процессов развития и вспомогательных бизнес-процессов медицинских организаций.

3. Разработать научно-методический инструментарий внедрения процессного подхода в управление медицинскими организациями.

4. Разработать типовые и комплексную модели процессов развития в части реализации внутреннего контроля качества, типовые и комплексную модели вспомогательных бизнес-процессов.

5. Провести социологическое исследование среди медицинского персонала по оценке результативности внедрения процессов развития внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации.

6. Провести социологическое исследование среди пациентов по проблемам удовлетворенности качеством и условиями медицинской помощи после внедрения процессного подхода к управлению деятельностью медицинских организаций.

7. Разработать и внедрить систему мониторинга процессов развития внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации.

Объектами исследования являлись:

- генеральная совокупность медицинских организаций МВД России, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь сотрудникам органов внутренних дел;
- деятельность медицинской организации по обеспечению условий для оказания медицинской (лечебно-диагностической) помощи и внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности;
- медицинский персонал и пациенты медицинской организации.

Предметом исследования являлись:

- тенденции развития сети и деятельности совокупности медицинских организаций МВД России, выбранных в качестве объекта исследования;
- вспомогательные бизнес-процессы и бизнес-процессы развития в части внутреннего контроля качества в медицинской организации;
- мнение медицинского персонала и пациентов об условиях оказания медицинской помощи и деятельности медицинской организации.

Единицами наблюдения являлись (в зависимости от решаемых задач) научная публикация, нормативный правовой документ, годовые отчеты медицинских организаций, выбранных в качестве объекта исследования, медицинская организация, анкеты членов рабочих и экспертных групп по идентификации, моделированию и типизации процессов, анкетированный медицинский работник, анкетированный пациент.

Первоначальная гипотеза исследования состоит в следующем: деятельность медицинской организации по обеспечению условий для оказания медицинской (лечебно-диагностической) помощи может быть структурирована (представлена) как совокупность вспомогательных бизнес-процессов и бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества в медицинской организации, что обеспечивает внедрение

механизмов управления медицинской организации на основе процессного подхода.

Научная новизна исследования состоит в следующем:

Автором осуществлено решение важной научной проблемы, имеющей социальное, медицинское и экономическое значение - научное обоснование методологии внедрения процессного подхода в деятельность медицинских организаций и системы здравоохранения как совокупности научно-методических средств, направленных на изменение ее (деятельности) экономической, производственной и организационной составляющих, адаптации системы к современным требованиям развития.

Впервые разработан научно-методический инструментарий внедрения процессного подхода в медицинских организациях в части бизнес-процессов развития для внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации.

Впервые сформированы и научно обоснованы типовые и комплексная модель вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации, а также сформированы типовые модели бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества в медицинской организации.

Осуществлена модификация метода функционально-стоимостного анализа для оценки трудоемкости процессов развития в части внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации, что позволило оптимизировать процессы и рассчитать их трудоемкость.

Сформирован реестр типовых процессов развития в части внутреннего контроля качества и вспомогательных процессов медицинской организации. На основании данного реестра разработана система мониторинга процессов для использования в единой ведомственной автоматизированной информационной системе (АИС).

Научно-практическая значимость

Научно-практическая значимость полученных результатов заключается

В ТОМ, ЧТО:

- типовые и комплексная модели процессов развития в части внутреннего контроля качества и вспомогательных процессов позволяют выстраивать на их основании деятельность в медицинских организациях, являющихся базой исследования и применять данные модели в иных медицинских организациях Российской Федерации, вне зависимости от ведомственной подчиненности.

- разработана и внедрена в практику управления базовых и иных медицинских организаций технология внедрения моделей процессов развития в части внутреннего контроля качества и вспомогательных процессов.

- научно-методический аппарат, созданный в процессе данного исследования, применен для управления медицинскими организациями на основе процессного подхода и показана возможность его использования при проведении научных и практических работ аналогичной направленности.

Теоретическая и практическая значимость работы

Проведенные исследования позволили:

- обосновать возможность разработки научно-методического инструментария внедрения процессного подхода в управление на базе медицинских организаций МВД России с возможностью последующей их имплементации в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- разработать методологические и методические подходы к формированию научно-методического инструментария внедрения процессного подхода в медицинских организациях в части вспомогательных бизнес-процессов и бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества;
- идентифицировать перечень и обосновать целесообразность реализации вспомогательных бизнес-процессов в медицинских организациях на основе процессного подхода;

- разработать типовые модели вспомогательных бизнес-процессов медицинских организаций и обосновать целесообразность их внедрения;
- сформировать и внедрить методический инструментарий мониторинга оптимальности реализации бизнес-процессов в медицинской организации.

Проведена оценка трудоемкости вспомогательных процессов в соответствии с предложенными моделями на основе функционально-стоимостного анализа с использованием анкетирования персонала.

Проведены работы по внедрению разработанных моделей в медицинских организациях.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Проведенный анализ проблем эффективного управления в здравоохранении подтвердил целесообразность использования процессного подхода, в котором особое внимание должно уделяться унификации процессов развития в части внутреннего контроля качества и вспомогательных процессов деятельности медицинских организаций.

2. Анализ состояния ведомственной системы здравоохранения МВД и основных тенденций развития и функционирования сети ведомственных медицинских организаций показал, что использование в качестве базы исследования медицинских организаций МВД России обеспечивает возможность разработки научно-методического инструментария внедрения процессного подхода в управление на базе данных организаций с возможностью последующей имплементации разработанного научно-методического инструментария в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

3. Разработанные методологические подходы к формированию научно-методического инструментария формирования и внедрения моделей бизнес-процессов в медицинских организациях, которые продемонстрировали свою результативность в ходе их применения.

4. Учитывая, что в настоящее время нормативно-правовая база, включая законы, ГОСТы и другие нормативные документы направлены на все отрасли народного хозяйства, установлена необходимость осуществления их адаптации к отрасли здравоохранения в виде типовых моделей бизнес-процессов медицинских организаций.

5. Сформирована система мониторинга реализации бизнес-процессов в медицинской организации, включающая разработанный набор показателей для каждого из созданных процессов, позволяющий осуществлять оперативный анализ деятельности медицинской организации, в т.ч. и в режиме «on-line» на основе предлагаемой концепции автоматизированной информационно-аналитической системы мониторинга реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях.

Внедрение результатов исследования

Результаты диссертационного исследования используются в практике:

- ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко»;
- ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского;
- ФГБУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова»;
- ФКУЗ «ЦКБ МВД России»;
- ФКУЗ «ГКГ МВД России»;
- ФКУЗ «ГВКГ войск национальной гвардии Российской Федерации»;
- ГБУЗ МО «Люберецкая районная больница №2»;
- ГБУЗ МО «Балашихинская областная больница»;
- ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве».

Кроме того, результаты внедрены в учебный процесс Центра высшего и ДПО ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко». Акты внедрения прилагаются (Приложение 1).

Апробация результатов исследования

Результаты исследования доложены и обсуждены на: IV международной научно – практической конференции «Проблемы

современной медицины: актуальные вопросы» (ноябрь 2017 г., г. Красноярск), IV международной научно – практической конференции «Перспективы развития современной медицины» (декабрь 2017 г., г. Воронеж), V международной научно – практической конференции «Актуальные вопросы медицины в современных условиях» (январь 2018 г., г. Санкт-Петербург), V международной научно-практической конференции "Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом" (февраль 2018 г., г. Новосибирск), V международной научно-практической конференции "Актуальные вопросы современной медицины» (март 2018 г., г. Екатеринбург).

Работа прошла апробацию на Межотдельческой научной конференции ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» 7 марта 2019 года (г. Москва).

Личный вклад автора

Автором диссертационной работы сформулированы цель, задачи исследования, положения, выносимые на защиту, разработана программа исследования, определена методология проводимых исследований с использованием современных, адекватных целям и задачам, методов сбора информации и обработки материала. Выполнен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы и нормативно-правовой базы по изучаемой проблеме, разработаны анкеты для медицинских работников и пациентов по вопросам оценки оптимальности реализации процессов в медицинских организациях, проведены и обработаны результаты социологических и статистических исследований, проведен анализ состояния и идентификация основных тенденций развития ведомственной системы здравоохранения МВД России. Научное обоснование и формулировка выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично.

Автор руководил внедрением разработанных моделей в Клиническом госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко», ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, ФГБУ «ЦИТО им.

Н.Н. Приорова», ФКУЗ «ЦКБ МВД России», ФКУЗ «ГКГ МВД России», ФКУЗ «ГВКГ войск национальной гвардии Российской Федерации», ГБУЗ МО «Люберецкая районная больница №2», ГБУЗ МО «Балашихинская областная больница», а также участвовал в их внедрении в других медицинских организациях.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют п. 3, 6 и 8 паспорта специальности 14.02.03 - «Общественное здоровье и здравоохранение».

Публикации

По материалам исследования опубликована 31 научная работа, в том числе 20 статей в рецензируемых научных журналах рекомендованных ВАК РФ, 2 монографии, 1 учебное пособие.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 503 страницах машинописного текста, из них объем основного текста – 390 страниц. Состоит из введения, аналитического обзора научной литературы, программы, методов и объемов исследований, 6-ти глав собственных исследований, анализа и обобщения результатов исследования, заключения, выводов, списка использованных источников (535 источников, из них отечественных – 462, зарубежных - 73), содержит 108 таблиц, 30 рисунков и приложения (на 48 страницах).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДОВ ПРОЦЕССНОГО УПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1.1. Основные направления развития здравоохранения РФ и ведомственной системы здравоохранения МВД России

В соответствии с «Прогнозом социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2024 года», разработанном Минэкономразвития России, в 2019 - 2024 годах будут предприняты меры, направленные на снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста, повышение эффективности системы здравоохранения, развитие инфраструктуры, информатизацию, усиление профилактической направленности здравоохранения.

Национальные цели развития России на период до 2024 года, определенные в Указе Президента РФ от 7 мая 2018 года № 204, закладывают стратегическую основу развития страны, в том числе и стратегическую основу развития здравоохранения.

Здравоохранение вошло в число 12 ключевых направлений, в рамках которых должны быть разработаны национальные проекты.

Паспорт национального проекта «Здравоохранение», утвержденный президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 24 декабря 2018 г. N 16) включает в себя ряд федеральных проектов, в числе которых развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи; развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям; обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами; создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ).

Так, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ от 11.09.2017 № 622, от 26.12.2018 № 912, от 7.05.2018 № 204 будет завершено формирование сети медицинских исследовательских центров, которые были созданы в рамках реализации Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года, деятельность которых в том числе направлена на разработку и внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения (федеральный закон от 29.11.2018 № 459-ФЗ).

Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами (паспорт приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами», утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 26 июля 2017 г. № 8) предполагает развитие непрерывного медицинского образования, совершенствование процедуры аккредитации медицинских специалистов, развитие дистанционных образовательных технологий.

Создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 №555) предполагает создание условий для информационной поддержки деятельности медицинских организаций, а также поддержки принятия управленческих решений и управления ресурсами системы здравоохранения.

Решение таких задач как внедрение инновационных медицинских технологий, обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами, разработка и реализация программ борьбы с онкологическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями требует грамотного и эффективного управления (Курдюкова О.Г., 2010; Кулькина И.В. и соавт., 2015).

В этой связи, особо важное значение приобретает разработка оптимальных вариантов управления медицинской помощью с учетом исходя из региональных особенностей состояния здоровья населения, ресурсного

обеспечения организаций здравоохранения, уровня доступности (Лисицин Ю.П., 1998, 1999; Лисицин Ю.П. и соавт., 1995, 2011; Стародубов В.И., 2012). Поэтому развитие здравоохранения все больше связывается с совершенствованием управления отраслью в целом на основании внедрения современных управленческих технологий (Герасименко Н.Ф., 1997; Линденбратен А.Л., 2004,2015; Герасименко Н.Ф. и соавт., 2001, 2005, 2007; BateP. et al., 2008; Старченко А.А., 2015; Степанова Е.А., 2015).

подавляющее большинство авторов подчеркивают, что дальнейшее совершенствование системы оказания медицинской помощи, повышение эффективности и результативности ее деятельности связано не только с ее приоритетным ресурсным обеспечением, но и оптимизацией организационно-управленческих и технологических возможностей (Вялков А.И., 1999; Калининская А.А., 2000; Гайдаров Г.М., 2010; Щепин В.О., 2012; Колеухо Д.С., 2016, Романова М.В., 2014, Буряк Т.В. и соавт., 2014, Вайкок М.А., 2014, Варзунов А. В. и соавт., 2016, Лисичкина Ю. С., 2017, Путянина Т. П., 2015, Шилкина А.Т., 2016).

Поддержание здоровья работников органов внутренних дел и оказание им медицинской помощи - основная задача лечебных оздоровительных организаций МВД России (Федорова Н.В, 2016). Сложившаяся в РФ система здравоохранения в целом обеспечивает укрепление и сохранность здоровья граждан, способствует доступной и качественной медицинской помощи (Алексеев С.С., 1982). Данный фактор учитывается при организации ведомственной системы здравоохранения МВД. В то же время охрана общественного порядка, особый режим работы, борьба с преступностью влекут за собой повышенные требования к здоровью сотрудников.

Работа медицинских организаций Министерства внутренних дел (далее – МВД) России, оказывающих медицинскую помощь сотрудникам МВД России, ориентирована на решение приоритетных задач государственной политики, определенных Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации и руководством МВД.

Основой развития медицинского обеспечения МВД России являются Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года и План мероприятий развития медицинской службы системы МВД России на 2014–2016 годы и на период до 2018 года, в котором определены основные направления развития ведомственного здравоохранения (Сидоренко В.А., 2016). В 2012-2017 гг. медицинские организации МВД России развивались в соответствии с указанными правительственными и ведомственными документами. Был реализован комплекс мероприятий по реформированию ведомственной медицины в связи с принятием Указа Президента Российской Федерации (Указ Президента РФ от 05.04.2016 N 156).

Вопросам организационных и административно-правовых основ деятельности медицинских организаций МВД посвящены труды специалистов в области разных отраслей права, в том числе административного. Исследованию профессиональных факторов риска работников правоохранительной системы были посвящены работы зарубежных и российских авторов: Абриталин Е.Ю. (2016); Брюханов А.В. (2016); Жовнерчук Е.В. (2016); Зыбковец Л.Я., Костин Д.В. (2016); Никандровой Л.Р. (1999); Скрыбина С.А. (2001); Михайличенко К.Ю. (2003); Палехова О.В. (2016); Руруа Л.П. (2004); Юсупов В.В. (2016). Работы Криничанского А.В. (2002), Юрьевой М.А. (2002), Сурмиевича П.Е. (2002), Бесединой О.В. (2005) указали на высокую эффективность профилактики среди личного состава Вооружённых сил и силовых ведомств. Достаточно подробно рассмотрены проблемы совершенствования работы стационаров Вишняковым Н.И., Чернухиным М.Т. (2000); Сажиним В.Л. (1997); Гончаровым К.Н. (2004); Михеевой Н.А. (2016), Тупикиной И.Н. (2016). Кроме того, некоторые аспекты возможных способов реформирования ведомственного здравоохранения были отражены в работах Салатника В.М. (2006); Гайдарова Г.М., Шеметовой М.В. (2000), соавт. (2003). Работы Михеева Н.А. и соавт. (2016) и Миклошевич К.С. (2017) посвящены

изучению удовлетворенности сотрудников ОВД медицинской помощью.

Но ряд аспектов нуждаются в дополнительном изучении. Так, в работах Коренева А.П. (2001), Кармолицкого А.А. и соавт. (2000), Адушкина Ю.С. и соавт. (1996) было уделено незначительное место управлению здравоохранением, что не позволило раскрыть эту тему в полной мере. Балашовой Г.В. (2000), Ярославцевой В.В. (1999), Путало Н.В. (2000) исследовано конституционно-правовое регулирование и правовые вопросы управления, однако не раскрыты вопросы, связанные с организацией управления здравоохранением в органах МВД. В данном направлении работали Карцевский А.В. (1996) и Новоселова В.П. (1999). До настоящего времени нет комплексных исследований, посвященных процессному управлению в целом при организации медицинского обслуживания работников МВД. Нет разработанной стратегии развития здравоохранения в условиях реформирования здравоохранения при ведомстве.

Выявленные в процессе исследования особенности и научные публикации позволяют сформировать основные направления совершенствования медицинской службы МВД России на предстоящий период (Сидоренко В.А., 2016, 2017; Шатилов И.Н. и соавт., 2016).

По мнению авторов научных публикаций, глобальной задачей является продолжение работ по модернизации ведомственного здравоохранения в направлении его развития как части единой системы государственного здравоохранения. Как указывают исследователи, основными задачами модернизации на предстоящий период являются:

- создание единой территориальной системы медицинского обеспечения МВД России;
- внедрение современных лечебно-диагностических технологий;
- жесткий контроль установленных сроков оказания медицинской помощи;
- приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи;
- обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи

между амбулаторно-поликлиническим звеном и стационаром; построение логистики госпитализации с целью снижения периода ее ожидания;

– совершенствование материально-технической базы, модернизация парка медицинского оборудования как необходимое условие внедрения современных лечебно-диагностических технологий;

– строительство и реконструкция медицинских объектов;

– обновление парка санитарного автотранспорта;

– реструктуризация (перепрофилирование) коечного фонда;

– повышение эффективности расходования средств;

– создание иерархической системы оценки качества работы: врач-специалист – отделение медицинской организации МВД – медицинская организация МВД;

– разработка и внедрение интегральных критериев медико-экономической эффективности работы медицинских организаций МВД и их подразделений.

– дальнейшее внедрение стандартизации, внедрение разработок по стандартизации деятельности в практику работы медико-санитарных частей в субъектах Российской Федерации.

Реализация основных задач модернизации ведомственного здравоохранения МВД в значительной мере определяется успешностью развития двух направлений: научного и информационного.

Одним из основных направлений научного направления является разработка управления на основе процессного подхода. Он же является основой для успешного развития информационного направления. Сегодня ведомственное здравоохранение пока еще не внедрило процессинговый подход для улучшения качества медицинской помощи, внедрение же данного подхода безусловно потребует реинжиниринга существующих в системе оказания медицинской помощи бизнес-процессов.

1.2. Системный анализ в управлении

Управление в современных организационно-технических системах – предмет системного анализа. Во всех этих областях требуется знание общих законов функционирования систем, которые изучаются в рамках общей теории систем, включающей научные направления: системный подход, системные исследования, системный анализ (Саами Г. и соавт., 1991; Анфилатов и соавт., 2002; FeachemRGetal., 2002; Бочкарев А. и соавт., 2007).

Системный анализ – наиболее конструктивное направление, используемое для практических приложений теории систем к задачам управления. Конструктивность системного анализа связана с тем, что он предлагает методику проведения работ, позволяющую не упустить из рассмотрения существенные факторы, определяющие построение эффективных систем управления в конкретных условиях (Шиган Е.Н., 1986, 1982, 1988, 1989; Шейман И.М., 2008, Вырковский А. В., 2016, Каменнова М. и соавт., 2014).

Оценка качества и эффективности функционирования систем проводится в соответствии с положениями, выработанными в теории эффективности (GahmC., 2019).

Исторически управление и выполнение работы долгое время осуществлялось одними и теми же людьми. Иначе говоря, система управления (далее - СУ) была совмещена с объектом управления (далее - ОУ). С усложнением задач управления появился первый информационный барьер, определяемый пропускной способностью отдельного человека как системы управления. Он был преодолен путем отделения функций СУ от функций ОУ и перехода к иерархическому принципу управления. В соответствии с этим принципом СУ включает лицо, принимающее решение, и группу подчиненных управленцев – должностных лиц, отвечающих за отдельные функции ОУ (Анфилатов и соавт., 2002).

С течением времени органы управления столкнулись со вторым информационным барьером, когда суммарная сложность задач по управлению ОУ, состоящего из i человек и j средств, стала выше

способности СУ по переработке информации.

Для преодоления второго информационного барьера имеется принципиально другой путь: автоматизация всех информационных процессов, телекоммуникации и сетевые технологии, Интернет. Объектом автоматизации являются функции, задачи и процессы, происходящие в системах управления.

Задача совершенствования ставится как задача оптимального синтеза систем с управлением: при заданных системе и множестве внешних воздействий построить систему управления, обеспечивающую требуемое поведение системы, удовлетворяющей критериям качества управления (Малин А.С., 2005; Глущенко В. В. и соавт., 2015, Смирнов А.В., 2019, Геворгян, З. В., 2017, Камышев А.И., 2014).

Особенности управления в социальных и экономических системах изучаются в рамках менеджмента (Гельманов З.С., 2015). Это же в полной мере относится к особенностям управления в медицине, что продиктовано недостаточно высоким уровнем качества медицинской помощи и все возрастающей потребностью внедрения в отечественное здравоохранение научных принципов и технологий эффективного управления (Брескина Т.Н., 2008, Генералов И.Г. и соавт., 2016).

В быстро меняющихся условиях в эпоху глобализации, предъявляются новые требования к управлению медицинскими организациями, использованию эффективных ресурсосберегающих технологий управления, позволяющих в условиях ограниченного финансирования обеспечивать возможность нормального функционирования и непрерывного совершенствования деятельности медицинской организации (Джордж М.Л., 2005; Гагринов А.В., 2006; Конти Т., 2007; Маслов Д.В., 2008; Линденбратен А.Л., 2008; Гавров С.Н., 2010; Габуева Л.А. и соавт., 2012).

Современные системы управления базируются на следующих основных подходах:

- TQM (Total Quality Management) - система всеобщего управления

качеством;

- PIQS (Process Integrated Quality System) - система менеджмента качества, интегрированная с бизнес-процессами;
- стандарты ИСО серии 9000 - стандарты, регламентирующие требования к системам менеджмента качества;
- BPMS (Business Process Management System) - системы управления бизнес-процессами;
- ERP (Enterprise Resource Planning) - комплексная система планирования и управления ресурсами организации. Большинство современных систем управления используют информационные технологии как инструменты для создания моделей бизнес-процессов.

Система всеобщего управления качеством - новое научное направление теории управления, доказывающее, что качество создается качественными процессами, материалами и инструментами (Бедорева И.Ю. и соавт., 2007, Данелян Т. Я. , 2016; Барсукова И.М., 2014, Давлеткиреева Л.З., 2014). Особое значение приобретает оптимальный выбор подходов к ее практической реализации. Процессный подход к управлению организацией является одним из наиболее признанных среди основных прикладных инструментов (Тайц Б.М., 2008; Тихомиров А.В., 1998, 2008; Дик В.В., 2000, Диннер А.В. 2017, Крышкин, О., 2016, Тельнов, Ю.Ф., 2015).

1.3. Процессный подход как прикладной инструмент управления медицинской организацией

Американский ученый и консультант в сфере теории управления качеством Эдвард Деминг говорил, что качество товаров и услуг на 80% зависит от системы управления и только на 20% - от человеческого фактора.

В 2008 году Европейским региональным комитетом ВОЗ по вопросам качества был сделан вывод о том, что большинство причин низкого качества кроется в недостатках систем организации медицинской помощи, а не в отдельных поставщиках медицинских услуг (Institute of Medicine: Crossing

the Quality Chasm: A New Health System for the 21th Century. 2001).

Компанией Promapp опубликованы результаты исследования применения процессного подхода в управлении. В рамках исследования был изучен опыт работы 627 разных организаций во всём мире в течение 2016 года. Прежде всего был выявлен тренд в виде роста применения процессного подхода к управлению и роста эффективности такого подхода к управлению¹.

Так, 90% всех компаний, результаты работы которых анализировались в данном исследовании, считают, что применение процессного подхода к управлению бизнес-процессами оказало позитивное влияние на деятельность компаний.²

Результаты исследования, проведенных компанией Promapp, показали, что менее 50% компаний используют отдельные инструменты процессного подхода; 83% считают применение метода процессного подхода важным для достижения целей компании, причём, при штате менее 500 человек, значимость процессного подхода к управлению подтверждают 94% компаний. 87% компаний называют процессный подход к управлению приоритетным; 72% компаний отмечают улучшения на предприятиях клиентского сервиса, а также увеличение производительности труда сотрудников, что считают следствием применения процессного подхода к управлению³.

Появление и развитие научного подхода к управлению (TaylorFW., 1911) и дальнейшее развитие теории процессного подхода в управлении как новой парадигмы в менеджменте организации было связано с определенным кризисом в деятельности функциональных организаций и ростом внедрения инновационных технологий в управлении (ShortellSM. et al., 2000). Именно процессный подход дал возможность выявлять проблемы в функционировании организаций и внедрять новые, более совершенные

¹ Применение процессного подхода - Обзор 2016 <http://www.interface.ru/home.asp?artId=38910>

² Применение процессного подхода - Обзор 2016 <http://www.interface.ru/home.asp?artId=38910>

³ Применение процессного подхода - Обзор 2016 <http://www.interface.ru/home.asp?artId=38910>

методы управления (BenTovimDJetal., 2007, 2008; Тоцкая М.А., 2014; Тихонова И.Ю., 2015; Старикова Л.Н. и соавт., 2016, Аббазова Р.А. и соавт., 2015, Хабриев Р.У., 2017).

Процессный подход – управленческая технология, основывающаяся на признании и применении того факта, что восприятие и управление видами деятельности организации, как взаимосвязанными процессами, способствует повышению ее результативности и эффективности (ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества»; BertoliniM, 2011; Harvard Press, 2015 JonesT., 2014, ElizabethEarl, 2015, Лихтарович Е.Е., 2011; Артамонова Г.В. и соавт., 2014; Андреева А.А., 2015, Авалдыкова О. С., 2016, Елисеев Д.А., 2016, Коваленко А. А., 2019, Фаттахов Д.Р. 2018, Федоров И.Г., 2015).

Процесс как ключевое понятие процессного подхода в стандарте ГОСТ Р ИСО 9000-2015 определяется как «совокупность взаимосвязанных и(или) взаимодействующих видов деятельности, использующие входы для получения намеченного результата»⁴. Однако в этом определении нет одной из важных составляющих – указания на необходимость систематичности и скоординированности действий, так как все действия в процессе должны быть не случайными, а повторяющимися (Лотов Н.Д., 2005; VerwickDM, 2008; Курьлев В.А., 2015; Старикова Л.Н., Умрилова А.И., 2016, Аванесов Г.М., Путькина Л.В., 2014, Аганбегян А.Г., 2016, Сафронова, Н.Б., 2015).

Для успешного функционирования организация должна определить и управлять многочисленными взаимосвязанными видами деятельности (BrownsIR. etal., 1999; Аскарлов Е., 2007, Лукьянцева Д.В., 2014; Третьякова О.С., 2014; Джестон, Д., 2015, Агеева Н.А., 2015; Кушнир К.В., 2015; Ланцман Н., 2015, Гегерь, Э.В., 2017).

В работах Стариковой Л.Н. и соавт. (2016) указано, что применение процессного подхода требует от организаций чёткого осуществления управления многочисленными связанными между собой процессами с

⁴ ГОСТ Р ИСО 9001:2015 «Системы менеджмента качества. Требования»
http://guap.ru/guap/standart/kach/gost_r_iso_9001-2015.pdf

применением системы идентификации и последующим анализом их взаимодействия. С этим согласны другие авторы (Сооляттэ А.Ю., 2008, Иванов Г.А. и соавт., 2015).

Согласно мнению Зеленцова А. Б. (2007), само управление можно представить в качестве производительного процесса, специфического производства, в котором основными элементами являются:

- предмет труда в качестве информации для переработки и преобразования;
- средства труда в качестве средства оргтехники и вычислительной техники, инструментов при решении управленческих задач;
- сам труд, состоящий из труда руководителей и труда специалистов управления;
- продукты труда в качестве управленческого решения, также являющегося информацией.

Беляев А.А. и Коротков Э.М. (2000) отмечают, что применение процессного подхода к управлению позволяет не только оперативнее решать любые возникающие вопросы, но также и оказывать воздействие на результаты труда. С помощью управления процессами можно сконцентрироваться не на деятельности отдельных подразделений, а на работе всей организации в целом и на её результатах (LovePED. et al., 1998; Глущенко В.В., 1996; Kvarnström S., 2008). Применение процессного подхода требует изменения структуры организации в целом, так как в качестве основного элемента выступают уже не подразделения, а отдельные процессы, осуществляемые в них (Braithwaite J, 1993; Cristian M, 2006; Антонов С.А., 2014).

В современной практике моделирования управленческой и производственной деятельности для обозначения объектов моделирования принят термин «бизнес-процесс». В терминологии стандартов менеджмента качества ИСО 9000 версии 2008 года используется термин «процесс». Развитие и распространение обеих областей знания постепенно привело к

сближению этих понятий (Scott WR, 2001; GemmelPetal., 2008; Репин В. И соавт., 2013).

Хаммер М. с соавт. (1993) ещё в конце прошлого века дали определение бизнес-процессу как совокупности разных видов деятельности, при которой «на входе» используют один или большее количество видов ресурсов, а в результате уже на выходе создают продукт, который представляет ценность для потребителей. Однако, по мнению Евдокимовой Е.Г. (2015) существующие определения как процессов, так и бизнес-процессов, несмотря на заметные различия, не только не противоречат друг другу, но скорее друг друга дополняют.

Методики моделирования и анализа бизнес-процессов являются одним из важнейших инструментов, используемых в настоящее время для повышения эффективности работы организаций (LikerJK, 2004, McNultyT. et al., 2002, 2004; OzcanYA., 2005). Такие крупные российские компании, как ГМК «Норильский никель», Оскольский электрометаллургический комбинат, Альфа-банк, применяют программные средства для описания и оптимизации бизнес-процессов. Конечная цель использования подобных методик и программных средств — реорганизация бизнес-процессов в целях увеличения дохода, сокращения затрат на производство продукции и услуг, повышения качества продукции, оптимального использования оборотного капитала, внедрения систем автоматизации и т. д. (OvretveitJ. et al., 2007; Репин В. И соавт., 2013).

Как считает Зеленцов А. Б. (2007), целью процессного подхода является создание в организациях горизонтальных связей, чтобы все сотрудники и подразделения, которые задействованы в одном процессе, могли самостоятельно скоординировать свою работу непосредственно в рамках процесса и решить возникающие при этом проблемы, не опираясь на распоряжения вышестоящего руководства.

Таким образом, реализация процесса невозможна без вовлечения различных специалистов и сотрудников, хотя отвечает за процесс и его

результативность только один человек (Максимова Т., 2000; HallP., 2005; NuzumR. et al., 2007; Виханский О.С., 2000; Каспрук Л.И., 2015; Борискин П.В., 2015; Спирина М.А., 2014, Фалько, С.Г., 2014, Жемчугов А.М. и соавт., 2016, Петросян А.Э., 2015).

От этого зависит действенность таких принципов процессного подхода, как взаимосвязь процессов, их востребованность, необходимость документирования и контроля процессов, а также ответственность за протекающие процессы (VanMerodeF et al., 2004; Старикова Л.Н., Умрилова А.И., 2016, Андерсен, Б., 2015, Беляев И. Ю. и соавт. 2016, Трофимова М.С. и соавт., 2015, Жемчугов А.М. и соавт., 2016, Павлюк А. К. и соавт., 2015).

В исследованиях Абдрахманова А.А. (2005) отмечается, что в современных мировых и отечественных условиях стандартизация как ключевой инструмент по управлению качеством развивается очень активно. В современной медицинской практике внедрение стандартизированных подходов к оказанию медицинской помощи обеспечивает безопасность медицинских вмешательств (PawsonR. et al., 2005; Малахова Н.Г., 2010; Назарова Е.Н. и соавт., 2010, 2012; Назаркина И.М. и соавт., 2015, Антонов А. В., 2017, Улумбекова Г.Э., 2017, Никулина Т. Н., 2015). По мнению автора стандартизация организационных технологий в медицинской отрасли только начинается, что обуславливает необходимость научных исследований именно в этом направлении.

Журавлева И.О. (2006) отмечает, что в современной практике моделирования управленческой деятельности по повышению качества медицинской помощи процессный подход приобретает ведущее значение. Преимущество процессного подхода заключается в непрерывности процесса управления, который обеспечивается на стыке отдельных процессов в рамках целой системы, а также при их комбинаторном взаимодействии (CatanantiC. et al., 1998; DavisK., 2007; Ушаков И.В., 2005, Аполихин О.И. и соавт. 2015, Недвижай С.В., 2015, Трифонов И.В., 2016).

Согласно мнению Журавлевой И. О. (2006) система здравоохранения

является важнейшей социальной системой общества, имеющей три основные цели: осуществление реальной деятельности в области профилактики заболеваний медицинскими мерами, лечение больных с различными видами патологии, а также информирование органов управления обществом о современных проблемах здоровья и медицинского обеспечения населения.

Процессный подход рассматривает медицинскую деятельность в качестве определенной последовательной цепи действий (процессов), результатом которой является получение клиничко-экономического результата (Majchrzak A., 1996; McCormack K.P., 2001; McGrath K.M., 2008; Гритчина, И.А., 2015; Хайруллин И.И., 2015, Артемьева М.А., 2017, Жемчугов А.М. и соавт., 2016, Тараскина Ю.В., 2015). Принятие и внедрение процессного подхода ведёт, прежде всего, к изменению мышления не только руководителей, но и работников, к расстановке новых акцентов во всей системе менеджмента качества, когда основным становится непосредственно весь процесс, необходимый потребителю (Ovretveit J. et al., 2004; Harrison M.I., 2009; Helfert M., 2009; Журавлева И., 2006; Давлетшина, Г.А. 2015, Данильченко, Я.В., 2014, Бабич, В. Н. 2014, Сулейманова А.К., 2017, Манухина Е.В. и соавт., 2015). Подобный подход изложен также и в работах Мартынюк Е. И соавт. (2014).

Филатов В.Н. с соавт. (2015) рассматривают процесс как упорядоченную совокупность действий определённой организации, которая направлена на создание ценного для потребителя результата. Процессный подход ориентирует организацию на результат, так как каждым сотрудником понимается его роль и сроки работы, а также требуемое качество для достижения процессом желаемого результата (Janssen R. Et al., 1991; VandenHeuvel J. et al., 2006; Мотышина М.С., 2006; Van Raak A. et al., 2010; Мухтасарова Т.Р., 2014; Г.В. Артамонова, 2015; Орлов, А.Е., 2014, Пирогов, М.В., 2015, Балабанов И. Т. 2015, Хакимуллина Я.Ф., 2016, Мухитдинова Т. А., 2019).

Авторами отмечается популяризация процессного подхода в

организациях различных секторов, в том числе как в российских, так и в зарубежных медицинских организациях. В качестве преимуществ процессного подхода выделяется снижение операционных издержек с последующим сокращением временных затрат при выполнении процедур, а также повышение точности при их исполнении, повышение скорости реакции исполнителей на происходящие изменения, общее улучшение использования в медицинских организациях основных фондов, повышение ответственности сотрудников за выполняемый процесс (Касумова М.К. и соавт., 2015, Старостина Е.А., 2017, Белова А.А., 2016, Михайлова Е.М., 2015).

Авторы отмечают, что обслуживание пациентов медицинской организации – это сложный и разветвленный технологический процесс, управлять которым помогает именно процессный подход, позволяющий добиться не только повышения качества управления, но и снижения его трудоемкости.

Каждый вид деятельности организации здравоохранения представляет собой некоторый процесс, преобразующий «вход» процесса в его «выход». Поэтому предоставление медицинской услуги является актуализацией комплекса взаимосвязанных процессов, реализация которых приведет к предоставлению услуги требуемого качества (Иванов А.И. и соавт., 2010; Москаленко В.Ф., 2011; Стадникова Н.В., 2018, Эммануэль А.В. и соавт., 2015; Мирон А.И., 2015, Балашова Е.С. 2014, Жемчугов А.М, 2014).

В работе Завьяловой Н.Д. (2015) было отмечено, что актуальной проблемой внедрения процессного подхода к управлению в здравоохранении является разработка методологии стандартизации медицинских бизнес-процессов для конкретных видов медицинских организаций в целях повышения их конкурентоспособности на национальном рынке и улучшения качества медицинских услуг, предоставляемых населению (приказы Министерства здравоохранения Рязанской области № 1031 от 05.05.2015; №515 от 05.12.2016; №515 от 18.04.2016; №515 от 25.03.2015).

Между тем, согласно выводам Ковалёва Д.Е. и Кривоноса М.В. (2016) до сих пор в большинстве государственных медицинских организаций РФ существует авторитарный стиль в управлении наряду с культурой иерархического жёсткого подчинения. При этом большинство исследователей считают, что созданную вертикаль управления от главного врача - к лечащему врачу и далее - к среднему медработнику можно считать причиной конфликтных ситуаций и некачественного выполнения услуг. Решить данную проблему можно с помощью внедрения процессного подхода к управлению (Трифонов Н.Ю. и соавт., 2015, Жемчугов М.К., 2017, Спивак В.А., 2014, Митрофанов Д. Е. и соавт., 2018).

По мнению Андреевой А.А. (2015), понятие «медицинской помощи» определяют в качестве комплекса услуг, не имеющих стоимостного выражения, качество которых определяют соответственно стандартам, поэтому качество услуги имеет для пациентов потребительскую стоимость, или финансовую составляющую.

Универсальная система показателей объединяет методологию сбалансированной системы показателей с концепциями управление качеством, управление обучением и компетенциями. Несмотря на существенный научный интерес к обозначенной проблеме, на сегодняшний день остается недостаточно разработанной методология стандартизации медицинских бизнес-процессов для конкретных видов медицинских организаций (Рамперсад Х.К., 2004; Ройтберг Г.Е., 2015).

Все процессы по способу влияния на качество предоставляемой услуги можно разделить на основные и вспомогательные (Улумбекова Г.Э., 2010, 2015).

Основные процессы лежат в основе производства услуг. Эти процессы непосредственно влияют на качество услуги, а их результат обладает ценностью для пациента (Файоль А. и соавт., 1992; Ухлин Д.А., 2009, Жемчугов А.М. и соавт., 2016). Основные процессы описывают производство услуги либо как вид деятельности, либо как виды деятельности,

совокупность которых обеспечивает производство этой услуги.

Вспомогательные процессы связаны с видами деятельности, создающими необходимые условия для выполнения основных процессов, опосредованно влияют на качество производства услуги, увеличивая тем самым ее ценность для пациента (Поргинева З.П. и соавт., 1999; Сон И.М. и соавт., 2015, Жемчугов А.М. и соавт., 2017, Мескон М. Х., 2016, Серенков П.С., 2014, Майкл Хаммер, 2015).

В зависимости от объектов, с которыми взаимодействуют процессы, представление медицинской услуги включает:

- процессы материального обеспечения;
- подготовки к производству услуги;
- производства услуги;
- контроль предоставления услуги.

При этом необходимо учитывать, что процессы производства услуги относятся к основным, а процессы обеспечения предоставления услуги, подготовки к производству услуги и контроля предоставления услуги – к вспомогательным процессам (Фадейкина Н.В., 2014).

Процессы материального обеспечения предоставления медицинской услуги связаны с такими компонентами как здания, помещения, инженерные и технические системы, персонал, оборудование и инструментарий, расходные материалы и т.д.

Процессы подготовки к производству медицинской услуги предназначены для создания условий в медицинской организации, позволяющих осуществить производство услуги требуемого качества (Андрющенко М.Н. и соавт., 1989; Хабриев Р.У. и соавт., 2013; Хайруллин И.И., 2014). Создание таких условий обеспечивается путем снижения уровня воздействия негативных факторов, влияющих на качество производства медицинской услуги до допустимого уровня.

Процессы подготовки к производству медицинской услуги выполняются, как правило, непосредственно перед началом производства

медицинской услуги.

Процессы контроля предоставления медицинской услуги предназначены для контроля выполнения процессов материального обеспечения предоставления услуги, подготовки к производству услуги и производства услуги, обеспечивая поддержание условий, необходимых для постоянного производства требуемого качества.

Однако, как отмечает Завьялова Н.Д. (2015), некоторые вопросы сущности бизнес-процессов и широкого применения процессного подхода в управлении медицинскими организациями остаются неисследованными.

Несмотря на большую заинтересованность ученых и исследователей к вопросу определения сущности и усовершенствования бизнес-процессов, комплексный подход к данной проблеме не проводился. Согласно мнению Брескиной Т. (2007), индустриальная модель управления, базируется на современных реалиях, в частности, на переходе медицины из сферы искусства в сложную индустриальную технологию, а также на несоответствии прежних методов управления в сфере охраны здоровья требованиям современного производства. Ключевой принцип индустриальной модели – процессный подход, а одной из основных его технологий являются стандартизация и унификация процессов управления и предоставления медицинских услуг.

В работах Князюк Н.Ф. (2010) развита мысль о том, что применение современных процессно-ориентированных методов в управлении, в отличие от традиционной иерархической организационной деятельности и принципов функциональной организации, в российских медицинских организациях, может быть основано на использовании установленных корпоративных правил и заранее выверенных, продуманных четко расписанных процессов. Ими объединяются медицинские, технические данные и экономические информационные потоки, реализуемые в медицинской организации в рамках единой автоматизированной системы, обеспечивая достижение в организации коренного улучшения основных актуальных показателей в

целом деятельности организации, начиная со стоимости и качества и заканчивая сервисом и скоростью (Хальфин Р.А. и соавт., 1997; Хьюберт К., 2004, Семенов Д.С., 2014, Белайчук А. А., 2016, Мезер С. Д., 2016, Черкасов С. Н., 2017, Чусовитина Е.В и соавт., 2017).

Борисова Е.А. (2014) отмечала, что подробная характеристика и стандартизация всех бизнес-процессов является необходимым условием для их успешной реализации. Определение медицинских бизнес-процессов предоставления клинических и других медицинских услуг, помогает на уровне амбулаторно-поликлинического звена выявить степень их ценности для пациентов.

Еще один инструмент управления организацией - реинжиниринг бизнес-процессов - впервые был описан в зарубежных исследованиях (Хаммер М., Чампи Д., 1998; Marano P. et al., 1998; VanMerode GG, 2002, 2004).

По определению основоположников современного реинжиниринга М. Хаммера и Д. Чампи (1998), реинжиниринг бизнес-процессов (BPR - BusinessProcessReengineering) это "фундаментальное переосмысление и радикальное перепроектирование бизнес-процессов для улучшения основных показателей деятельности предприятия".

Иными словами реинжиниринг - это фундаментальное переосмысление и предоставление инженерно-консультационных услуг с последующим радикальным перепроектированием всех деловых процессов на предприятии с целью достижения им скачкообразных, резких улучшений уже существующих современных показателей ведущейся компанией деятельности, таких как стоимость, качество, сервис и темпы развития для перестройки всей предпринимательской деятельности с помощью производства и реализации инноваций (Davenport TH., 1993; Vera A. et al., 2007; VanRaak A. et al., 2008; WilvanderAalst, 2011; Benchmarking, 2014).

Основная цель реинжиниринга бизнес-процессов – это оперативное и гибкое приспособление предприятия к ожидаемым изменениям в связи с изменяющимися запросами потребителей наряду с соответствующим

изменением технологии, стратегии и организации производства, а также управления им на основе применения эффективных современных методов (VanhaverbekeW. etal., 1999; KvarnstromS., 2008).

Как считает Журавлева И. О. (2006), основной целью реформирования медицинской организации является реструктуризация, которая в целом способствует повышению эффективности финансово-хозяйственной деятельности данного предприятия, а также системы управления. Основным методом реструктуризации выступает «изменение организационной системы путем создания комплекса бизнес - групп» (Медик В.А. и соавт., 2009, 2013; VillaS. etal., 2009).

В работе Рамперсада Х.К. (2004) указано, что выделенные группы бизнес-процессов ориентированы на установление правильного диагноза, что позволяет определить эффективную схему последующего лечения и, как следствие, достижение успешных результатов в лечении заболевания.

Например, по мнению Малолетко А.Н. и Бумагина Е.В. (2009), бизнес-процессы оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне должны определяться в соответствии с их ценностью для пациента. На амбулаторно-поликлиническом уровне первоочередной ценностью для пациента является установление диагноза. Постановка диагноза формирует цепочку бизнес-процессов, которые определяют всю дальнейшую последовательность взаимосвязанных действий сотрудников организации и пациента как до, так и после установления диагноза (LudwigM. etal., 2010; Наркевич И.А. и соавт., 2013, Селиверстова П.О., 2014, Меирбеков Д.К., 2015).

В ряде работ Бельшева Д.В. и соавт. (2015) отмечено, что, в основном, формируются 3 группы медицинских бизнес-процессов. Ключевыми факторами, которые формируют структуру групп медицинских бизнес-процессов в амбулаторно-поликлинической организации, являются:

1. характер обслуживания (страховка, договор, прямая оплата)
2. программа обслуживания (объем услуг);

3. причина обращения (заболевания, диагностика, профилактика)
4. характер взаимоотношений клиники и пациента (регулярность)
5. качество диагностики (обоснованность диагноза, соответствие плана ведения пациента);
6. качество лечения (правильность объема лечения);
7. гибкость в предоставлении медицинских услуг (перезапись на прием, замена врача, услуг);
8. автоматизация медицинской деятельности.

Автор отмечает, что первая группа бизнес-процессов «до установления диагноза» характеризуется тем, что в ходе выполнения включенных в нее действий для пациента будут сформированы объем и структура посещений заведения.

В данном случае в качестве исходных событий следует рассматривать обращения пациента с целью: записи на прием, получения помощи на дому, прикрепленные к поликлинике, получения справочной информации (Скоромец Н.М. и соавт., 1996). Исходное событие инициирует выполнение сотрудниками амбулаторно-поликлинической организации следующих функций:

- первичное общение с пациентом, формирование записи в расписании;
- заключение договора по оказанию медицинских услуг;
- подписание добровольного информированного согласия;
- согласование условий оказания медицинской помощи (время, место, врач и т.д.);
- формирование медицинской карты, статистического талона;
- контроль явки пациента (напоминание о визите)
- подготовка к визиту пациента рабочего места врача.

Кроме того, Бельшев Д.В. (2014) отмечает, что управляющим воздействием для реализации данных функций будет:

– инициативное обращение пациента (звонок или посещение регистратуры) и / или инициативное обращение врача (организация повторного визита), а также должностные инструкции, внутренние нормативные документы, в случае наличия медицинской информационной системы

– соответствующая отметка в базе данных.

Ресурсы, которые реализуют функции данной группы бизнес-процессов, это регистратура, коммерческий, или договорной, отдел, средний медицинский персонал, медицинская информационная система (Бельшев Д.В., 2014, 2015).

Автором отмечено также, что исходными событиями, которые завершают данные бизнес-процессы, например, могут быть:

– явка пациента на прием;
– отказ пациента от обслуживания;
– направленные на лабораторную и инструментальную диагностику.

По мнению Бельшева Д.В. и соавторов (2014), вторую группу бизнес-процессов описывают по аналогичному принципу. В данной группе событием на входе будет событие на выходе предыдущих бизнес-процессов:

– явка пациента на прием;
– направление на лабораторную и инструментальную диагностику (Бельшев Д.В., 2014, 2015).

Гончаров Н.Г. (2014) отмечает в своих исследованиях следующие функции, выполняемые медицинской организацией:

– прием больного/помощь на дому, диагностика, установление предварительного диагноза, покупка неотложного состояния;
– определение объема лечебно-диагностических услуг, их соответствия программе добровольного медицинского страхования;
– определение необходимости предоставления дополнительных

услуг;

- предварительное согласование оплаты дополнительных услуг;
- оформление медицинской документации;
- определение состояния и продолжительности нетрудоспособности, дать повторной явки (запускает событие на входе бизнес-процесса «до установления диагноза»);
- консультации узких специалистов, лабораторные и инструментальные исследования;
- анализ результатов лабораторных и диагностических исследований, установление окончательного диагноза.

В ряде работ Грязновой Е.В. (2015) отмечены следующие меры управляющих воздействий в медицинской организации: расписание, заявка на оказание помощи на дому, план ведения больного, стандарт лечения, действующее законодательство, программа медицинского страхования, должностная инструкция и другие внутренние нормативные документы.

Кроме того, большое значение имеют следующие ресурсы медицинской организации: врачи и средний медицинский персонал отделений амбулаторно-поликлинического заведения, регистратура, лабораторное и диагностическое оборудование, медицинская информационная система (Powell A. et al., 2009; Грязнова Е.В., 2015, Блинов А. О., 2016, Селиверстов А. С., 2018, Мальчикова С.Н., 2014).

Исходными событиями Грязнова Е.В. (2015) называет: направление на консультацию к другим специалистам, установление окончательного диагноза, направленные на лечебные процедуры; на диспансерное наблюдения, госпитализации.

Согласно мнению Бельшева Д.В. (2015), для третьей группы бизнес-процессов событиями в медицинской организации на входе будут:

- установления окончательного диагноза;
- направление на лечебные процедуры в поликлинику;

- направление на диспансерное наблюдение.

При этом, по мнению автора, выполняются следующие основные функции:

- предоставление дополнительных услуг (оплата уже согласована);
- определение объема и способов лечения, режима;
- выполнение плановых лечебных процедур и манипуляций;
- организация аптечного обслуживания и обеспечения пациента необходимыми медикаментами;
- контроль эффективности лечения;
- формирование медицинской статистики;
- обеспечение динамического наблюдения.

Князюк Н.Ф. (2013,2015) отмечает следующие виды управляющего воздействия в медицинской организации: расписание, план ведения больного, стандарт лечения, действующее законодательство, программа медицинского страхования, должностная инструкция, инициативное обращение врача (вызов для динамического наблюдения), должностные инструкции и другие внутренние нормативные документы.

В качестве ресурсов автором названы следующие: врачи и средний медицинский персонал отделений амбулаторно-поликлинической организации, регистратура (Князюк Н.Ф., 2014).

Событиями на выходе: обращение пациента с целью записи на вторичный прием, консультация в организациях другого уровня, отказ пациента от обслуживания, выздоровление (Князюк Н.Ф., 2015).

Следовательно, методология стандартизации медицинских бизнес-процессов, которая заключается в структуризации всей деятельности по оказанию медицинской помощи, обеспечивает ориентацию работы всей амбулаторно-поликлинической организации в целом на пациента, повышает эффективность использования имеющихся ресурсов, улучшает контроль за деятельностью медицинского персонала, обеспечивает высокое качество

медицинской помощи. Данный вывод делают в своей работе Коваль Д.Е. и Кривонос М.В. (2016).

Ермакова С.Э. (2011), говоря о технологии моделирования в медицинских организациях бизнес-процессов, отмечала, что процессно-ориентированная система работы в медицинских организациях повышает её эффективность. Автор приводит схему возможной реализации реинжиниринга бизнес-процессов, осуществляющихся в медицинских организациях.

Однако предложенная схема не охватывает сущности функционирования всех видов медицинских организаций, поэтому необходимо рассмотрение и анализ реинжиниринга на примерах конкретных медицинских организаций различных типов, в том числе в многопрофильных стационарах для военнослужащих и сотрудников МВД (SchnellerES. etal., 2006; TurnipseedWD. etal., 2007; Попович Л.Д. и соавт., 2010; Хаткевич М.И., 2015, Булычева Т.В, 2017, Лапыгин Ю.Н. и соавт., 2014, Македонский П.Д., 2016, Сафоничева О.Г. и соавт. 2015).

Необходимо отметить, что многими авторами освещается и практическая сторона решения проблемы внедрения процессного управления в многопрофильном стационаре. Так, Сабировым Л.Ф. и Спиридоновым А.В. (2015) предлагается модель, отражающая процессы клинического госпиталя (Рисунок 1):

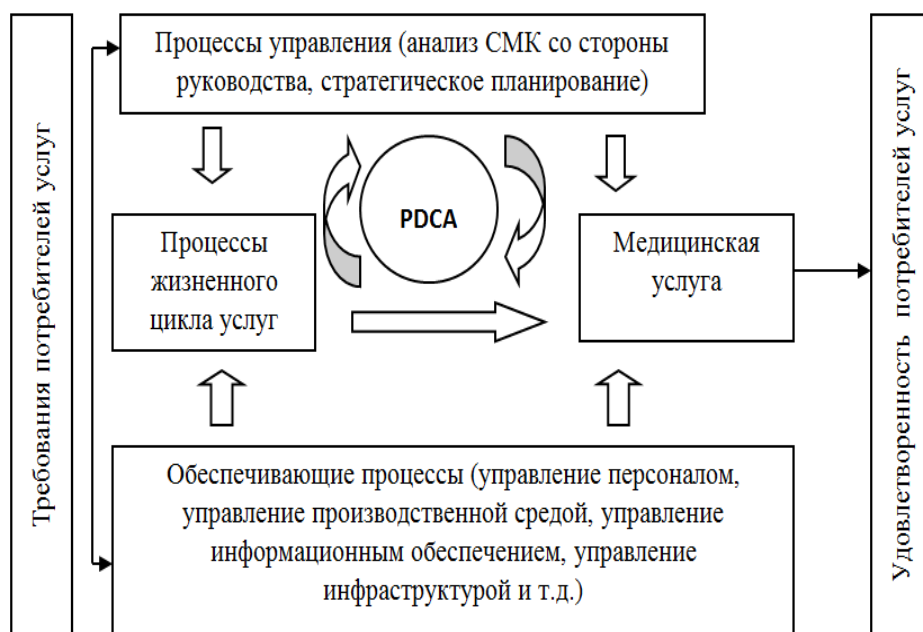


Рисунок 1. Модель процессов в клиническом госпитале⁵

Авторами по принципу иерархичности выделены четыре уровня процессов в клиническом госпитале и составлены последовательные схемы взаимодействия отдельных процессов на каждом уровне с выделением макропроцессов и микропроцессов. Проведённое исследование позволило сделать выводы об улучшении показателей удовлетворенности пациентов, что свидетельствует о преимуществах разработанной и внедренной в госпитале системы основанного на процессном подходе менеджмента качества.

Осуществление процессного подхода к управлению и его внедрение в деятельность медицинских организаций облегчается с использованием информационных технологий, что широко освещено в современных исследованиях (VissersJMН, 2005, 2006).

Белышев Д.В. и соавт. (2014, 2015) указывают на то, что повысить эффективность работы стационара можно непосредственно через оптимизацию всех бизнес-процессов, благодаря внедрению медицинской информационной системы и связанных с ней процессов (WomackJP. etal.,

⁵ <http://cyberleninka.ru/article/n/analiz-funktsionirovaniya-sistemy-menedzhmenta-kachestva-mnogoprofilnogo-statsionara-za-pyatiletniy-period>

2003). На материалах анализа бизнес-процессов исследователи показывают, что внедрение в медицинской организации электронных историй болезни снижает как финансовые, так и временные затраты и утверждают необходимость перехода медицинской организации на использование в своей деятельности информационных систем, так как они не только облегчают деятельность персонала многопрофильных стационаров, но и позволяют широко использовать процессный подход, что особенно необходимо при большом потоке пациентов (WilvanderAlalst, 2011).

Авторы указывают на то, что при описании процесса необходимо определить его основные параметры, а также идентифицировать как процесс. Для этого используют определения, которые позволяют понять суть процесса и указания на то, каким образом процесс создается и как прекращается.

В логике процессного подхода применение ИТ-решения в виде внедрения медицинской информационной системы (МИС) необходимо для уменьшения времени и усилий, затрачиваемых на достижение целей процесса. Информационная система, поддерживающая процессный подход, может отслеживать некоторые показатели в автоматическом режиме с тем, чтобы давать владельцу процесса информацию, необходимую для улучшения процесса (Мартыненко В.Ф. и соавт., 2009; Бельшев Д.В. и соавт., 2015).

Разработка любой информационной системы (ИС) подразумевает моделирование предметной области, а выбор методологии и средств моделирования зависит от используемой методологии разработки ИС (Машков И., 2012, Булыгина О. В. и соавт., 2017, Люлякина Д.Н., 2017, Сайбель Н.Ю. и соавт., 2015).

Процесс разработки и создания информационной системы, включая МИС, предполагает ряд этапов, на каждом из которых необходимо построение моделей (HoppWJ. etal., 2001; LegaF. etal., 2005).

При моделировании бизнес-процессов необходимо учитывать, что модели, получаемые в результате, должны быть понятны специалисту в заданной предметной области. Кроме того, модель должна отражать важные

для организации характеристики каждого из объектов: время выполнения, стоимость процесса, необходимые ресурсы (Белышев Д.В. и соавт., 2014, Сазерленд Джефф., 2016).

Роль информационных технологий в ходе внедрения процессного метода в деятельность медицинских организаций с точки зрения систематизации потока работ (Workflow) освещена в работе Берсенева Е.А. и Голухова Г.Н. (2010).

Авторы рассматривают необходимость внедрения комплексных автоматизированных информационных систем при помощи использования технологии Workflow в качестве неотъемлемого этапа развития медицинских организаций.

Технология Workflow, которую в исследованиях буквально переводят как "поток работ", представляет собой программные системы, обеспечивающие иногда полную, иногда частичную координацию при выполнении различных производственных операций – поставленных задач, функций или работ, которые, собственно, и составляют чётко структурированные бизнес-процессы каждой организации.

Авторы отмечают, что технология Workflow определена в словаре в качестве «полной или частичной автоматизации деловых процессов, благодаря которой документация, информация или же поставленные задания передают различным участникам для выполнения ими определенных действий, касающихся свода процедурных правил. В её основе лежат такие понятия, как объект, событие, операция и исполнитель (Берсенева Е.А., Голухов Г.Н., 2010, Рыбаков М. А., 2019, Лубягина Ю.В., 2018).

Соответственно этому, системой класса Workflow должны обеспечиваться три группы функций:

- разработка описания бизнес-процессов;
- управление ходом выполнения бизнес-процессов;
- интеграция используемых в данном процессе приложений.

Основными преимуществами и возможностями использования системы

класса Workflow в лечебно-профилактических организациях является отделение в ней правил выполнения самих бизнес-процессов от действующих прикладных систем и существующих систем управления. Это обеспечивает не только большую гибкость, но и адаптируемость системы и не требует перестройки уже имеющегося программного прикладного обеспечения или структуры базы данных медицинской организации. Workflow может обеспечить также как полную, так и частичную координацию при выполнении основных производственных операций, позволяет контролировать и планировать осуществляющиеся в лечебно-профилактических организациях бизнес-процессы.

Берсенева Е.А. и соавт. (2010) подчёркивают возможность обеспечения с помощью технологии Workflow эффективной координации работы сотрудников медицинской организации, автоматическое создание перечня задач для выполнения их сотрудниками, наличие постоянного списка задач для каждого сотрудника. Технология Workflow помогает координировать ход работы сотрудников и является мощным механизмом контроля за качеством лечебно-диагностического процесса.

Таким образом, анализ научных публикаций по теме исследования позволяет сделать выводы о необходимости использования методов процессного управления непосредственно как в медицинских организациях, так и в органах управления данными организациями, что обусловлено не только чётким разграничением всей деятельности медицинской организации на процессы, но и требованиями повышения качества услуг и современными процессами информатизации здравоохранения. Целесообразность внедрения процессного подхода в управление основным звеном здравоохранения – медицинскими организациями - также диктуется проведением реформирования системы здравоохранения России.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящая работа представляет собой комплексное социально-гигиеническое исследование, посвященное научному обоснованию внедрения процессного подхода в деятельность медицинских организаций.

Теоретическую и методологическую основу настоящего диссертационного исследования составили научные труды отечественных и зарубежных специалистов по проблемам процессного подхода, в том числе в системе организации медицинской помощи и деятельности медицинских организаций, результаты фундаментальных и прикладных исследований по разработке методологических и методических подходов к оптимизации деятельности медицинских организаций, нормативно-правовые акты, официальные статистические данные и материалы.

2.1. Понятийный аппарат

В данном разделе приведен смысловой контекст понятий, используемых в исследовании.

Бизнес-процесс.

В широком смысле под бизнес-процессом подразумевают логическую последовательность действий человека (или нескольких человек) в коллективе, направленных на создание определённого продукта или услуги для потребителей. Цель описания бизнес-процесса – анализ и регламентация тех или иных действий в коллектив. В данном исследовании под бизнес-процессом понимается совокупность взаимосвязанных мероприятий и действий в медицинской организации системы МВД России, направленная на оказание медицинской помощи обслуживаемому контингенту.

Вспомогательные бизнес-процессы процессы медицинской организации.

В большинстве научных и иных публикаций бизнес-процессы подразделяют на основные (обеспечиваются создание основного продукта/услуги организации), вспомогательные (обеспечивают выполнение основных процессов и ресурсы для них, не обеспечивают прибавочную стоимость), процессы управления, и, иногда, процессы развития и оптимизации. В данном исследовании к вспомогательным процессам медицинской организации отнесены все процессы медицинской организации за исключением лечебно-диагностического. Учитывая тесное переплетение этих процессов, частую их реализацию одними и теми же сотрудниками (персоналом) данные процессы рассматриваются в едином комплексе.

Функционально-стоимостной анализ – оценка затрат на единицу работ, определенных в процессе формирования модели бизнес-процесса, определенная экспертным путем.

Типовая модель бизнес-процесса – модель бизнес-процесса, которая может быть имплементирована в медицинских организациях без значительных изменений.

Типизация перечня бизнес-процессов – идентификация перечня вспомогательных бизнес-процессов, выполняемых во всех ведомственных медицинских организациях (оказывающих поликлиническую и стационарную медицинскую помощь).

Типизация моделей бизнес-процессов - корректировка разработанной модели бизнес-процесса до статуса типовой.

2.2. Программа и основные этапы исследования.

С целью организации и проведения исследования были обоснованы методические и методологические подходы, разработан поэтапный план и программа исследований, методика сбора и обработки материала, алгоритм и дизайн проведения исследования. В основу исследования положен процессный подход. Как было показано в главе 1, процессный подход –

современная управленческая технология, обеспечивающая оптимальное сочетание внедрение экономических и организационно-административных методов управления. Исследование выполнялось в течение 2010-2018 гг.

Интегрированный и комплексный характер настоящего исследования и сформулированные автором цель и задачи определили предмет и объекты исследования, единицы наблюдения и позволили сформировать Программу исследования (Таблица 1).

Объектами исследования являлись:

- генеральная совокупность медицинских организаций МВД России, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь сотрудникам органов внутренних дел;
- деятельность медицинской организации по обеспечению условий для оказания медицинской (лечебно-диагностической) помощи и внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности;
- медицинский персонал и пациенты медицинской организации.

Предметом исследования являлись:

- вспомогательные бизнес-процессы и бизнес-процессы развития в части внутреннего контроля качества в медицинской организации;
- мнение медицинского персонала и пациентов об условиях оказания медицинской помощи и деятельности медицинской организации;
- сеть и деятельность совокупности медицинских организаций МВД России, выбранных в качестве объекта исследования.

Единицами наблюдения являлись (в зависимости от решаемых задач) научная публикация, нормативный правовой документ, годовые отчеты медицинских организаций, выбранных в качестве объекта исследования, медицинская организация, анкеты членов рабочих и экспертных групп по идентификации, моделированию и типизации процессов, анкетированный медицинский работник, анкетированный пациент.

В исследовании использованы **методология и методы**: системный подход и системный анализ, библиосемантический, эпидемиологический анализ, социологического исследования (анкетирование), методы статистического анализа, методы математической статистики, экспертные (метод получения индивидуального мнения члена экспертной группы на основе анкеты, метод коллективных совещаний), моделирование (процессов).

Системный подход и системный анализ использовался практически на всех этапах исследования для изучения существующих проблем в развитии совокупности медицинских организаций системы МВД России, формирования типовых и комплексной моделей вспомогательных бизнес-процессов, обоснования основных направлений модернизации ведомственной системы здравоохранения МВД России (в части медицинских организаций, выбранных в качестве объекта исследования).

Библиосемантический – для изучения данных литературы по организации ведомственной системы здравоохранения МВД России и применению процессного подхода в системе оказания медицинской помощи.

Статистические методы использованы для анализа совокупности медицинских организаций МВД России, выбранных в качестве объекта исследования.

Методы математической статистики использованы для для анализа результатов анкетирования медицинского персонала и пациентов.

В работе были применены следующие методы обработки данных:

- однофакторный дисперсионный анализ;
- критерий Вилкоксона-Манна-Уитни;
- критерий χ^2 для таблиц сопряженности признаков 2×2 и 2×3 (для сравнения частот встречаемости признаков в анализируемых группах), в том числе с использованием поправки Бонферрони;
- расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена;
- угловое преобразование Фишера для долей (процентов) вариант.

Для автоматизации статистической обработки использовали статистический пакет Statistica for Windows (version 10.0).

Эпидемиологический – для определения территориальных и динамических особенностей развития медицинских организаций, оказания медицинской помощи и заболеваемости сотрудников МВД России.

Социологический (анкетирование) - для изучения оценок оптимальности созданных условий оказания медицинской помощи и функционирования медицинской организации пациентами и медицинским персоналом.

Диссертационное исследование проводилось в несколько последовательных и взаимосвязанных этапов. При этом полученные в ходе исследования, результаты дополнялись с учетом изменений нормативно-правовой базы и получения новых исследовательских данных.

Таблица 1. Программа и методы исследования

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объём исследования	Источники информации	Сроки
1. Проанализировать состояние и организацию работ по использованию процессного подхода в медицинских организациях в Российской Федерации и за рубежом по данным литературных источников	Организационно-правовой анализ Библиосемантический	Научные публикации (535 источников, из них отечественных – 462, зарубежных - 73)	Зарубежные и отечественные источники литературы по процессному подходу в здравоохранении	2010-2019
2. Оценить состояние и перспективы развития ведомственной системы здравоохранения МВД России и возможность ее использования в качестве базы исследования в части формирования и внедрения типовых и комплексных моделей процессов развития и вспомогательных бизнес-процессов медицинских организаций	Системный анализ Статистический Аналитический Эпидемиологический	Годовые отчеты медицинских организаций (84) Нормативно-правовые акты по теме исследования	Ведомственная медицинская статистическая отчетность МВД России Приказы Минздрава России, МВД России и иные нормативно-правовые акты по процессам в медицинской организации	2013-2017
3. Разработать научно-методический инструментарий внедрения	Системный анализ	Материалы анализа научных и научно-практических публикаций		2010-2014

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объём исследования	Источники информации	Сроки
процессного подхода в управление медицинскими организациями		(этап 1,2)		
4.Разработать типовые и комплексную модели процессов развития в части реализации внутреннего контроля качества, типовые и комплексную модели вспомогательных бизнес-процессов	Системный анализ Лексический анализ Статистический Экспертных оценок. Функционально-стоимостной анализ	Анкеты членов рабочих и экспертных групп по идентификации, моделированию и типизации процессов. Также использованы материалы этапов 1,3,	Анкетирование членов рабочих и экспертных групп по идентификации, моделированию и типизации процессов	2018 - 2019
5. Провести социологическое исследование среди медицинского персонала по оценке результативности внедрения процессов развития внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации	Системный анализ Методы математической статистики Социологический	Анketируемый медицинский работник	Анкетирование медицинских работников.	2018-2019
6. Провести социологическое исследование среди	Системный анализ Методы математической	Анketируемый пациент Также использованы материалы этапов 1,3,4	Анкетирование пациентов	2015-2019

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объём исследования	Источники информации	Сроки
пациентов по проблемам удовлетворенности качеством и условиями медицинской помощи после внедрения процессного подхода к управлению деятельностью медицинских организаций.	статистики Социологический			
7. Разработать и внедрить систему мониторинга процессов развития внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации	Системный анализ Социологический	Использованы материалы этапов 1,3,4,5,6	Анкетирование членов рабочих групп по идентификации моделированию процессов	2016-2019

На первом этапе исследования определены цель, задачи, предмет, объекты и методы исследования, в соответствии с рабочей гипотезой разработана программа исследования, проведен анализ научных публикаций.

На втором этапе проведены анализ нормативно-правовых актов по теме исследования и оценка состояния ведомственной системы здравоохранения МВД России, обеспечивающей медицинское обслуживание работников органов внутренних дел, в качестве базы настоящего исследования. Анализ проведен с использованием различных статистических методов на основе использования ведомственной статистической медицинской отчетности МВД России. Проведен анализ численности медико-санитарных частей, коечного фонда, медицинского персонала, прикрепленного населения.

По результатам выполнения первой и второй задачи обоснована возможность разработки научно-методического инструментария внедрения процессного подхода на базе медицинских организаций МВД России с последующей их имплементацией в иных медицинских организациях.

На третьем этапе проведена разработка научно-методического инструментария внедрения процессного подхода в управление медицинскими организациями. На данном этапе использованы результаты анализа научных и научно-практических публикаций (этапы 1,2), в том числе в части определения методологических и методические подходов, выбора методик. На данном этапе выбранные методики были модифицированы для достижения цели и выполнения задач исследования.

На четвертом этапе проведена разработка (проектирование) типовых и комплексной моделей вспомогательных бизнес-процессов, типовых моделей процессов развития в части реализации внутреннего контроля качества.

Данная задача выполнена на основе анкетирования членов рабочих групп, членов экспертной группы, использования научно-методического аппарата, сформированного на этапе. Модели сформированы для процессов,

идентифицированных как типовые членами экспертной группы. В процессе выполнения данной задачи, также как и в процессе решения предыдущей задачи, использованы результаты анализа научных и научно-практических публикаций, нормативно-правовых актов (этапы 1,2).

На пятом этапе проведено социологическое исследование среди медицинского персонала по оценке результативности внедрения процессов развития внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации. Полученные на данном этапе результаты свидетельствуют о необходимости проведения социологических исследований как средства обратной связи, обязательного фрагмента мониторинга для принятия управленческих решений и совершенствования внедрения процессного подхода.

На шестом этапе проведено социологическое исследование среди пациентов по проблемам удовлетворенности качеством и условиями медицинской помощи после внедрения процессного подхода к управлению деятельностью медицинских организаций. Результаты данного социологического исследования показали целесообразность его включения в разрабатываемую систему мониторинга процессов развития внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации.

На седьмом этапе проведена разработка системы мониторинга процессов развития внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации. Используются материалы этапов 1,3,4,5,6. Разработка проведена на основании анкетирования членов рабочих групп по разработке моделей процессов. Разработана система слежения за динамикой показателей деятельности медицинских организаций, включая объективные статистические и аналитические материалы, а также субъективные результаты социологических исследований, проводимых среди медицинских работников и пациентов. В качестве объективных предложены индикаторы рисков вспомогательных процессов. Предлагаемые индикаторы

и разработанная на их основе автоматизированная информационная система может быть интегрирована в любую автоматизированную информационную систему медицинской организации.

2.3. Характеристика медицинской службы МВД как базы формирования научно-методического инструментария и объекта внедрения процессного подхода в управление

Базой исследования явились медицинские организации системы МВД России.

В 2017 году в системе здравоохранения МВД функционировали Главный клинический госпиталь, Центральная клиническая больница, 5 центральных поликлиник и 84 медсанчасти (Таблица 2). Главный клинический госпиталь, современный многопрофильный стационар с общей коечной мощностью 630 коек (Рогова Е.В, 2007, 283, Ямбаева Н. С., 2017, Путькина Л. В., 2015, Шиков А.С., 2015, Шилкина А.Т., 2016).

В 2013 году отделения круглосуточного стационара функционировали в 72-х из 82-х медико-санитарных частей (ввиду особенностей организационно-штатной структуры их число составило 81), в 2017 году – в 75-ти из 84-х медико-санитарных частей (82 стационара). Стационарные подразделения отсутствуют (не организованы) в 9-ти МСЧ.

Таблица 2. Медицинские организации, функционирующие в системе медицинской службы МВД

	2013	2014	2015	2016	2017
МСЧ	82	84	84	84	84
Стационары	81	82	82	82	82
Поликлиники	86	89	89	90	88
Амбулатории	22	24	24	19	24
Здравпункты	113	107	103	130	141

Численность лиц, подлежащих прикреплению для медицинского обеспечения, в 2017 году превысила 2,9 млн. человек, что составило 90,1% по отношению к численности данного контингента лиц в 2013 г. Период

незначительного роста отмечался с 2013 г. по 2015 г., что связано с реформой МВД России и других силовых ведомств (выделение из состава МВД Росгвардии, включение в состав МВД ФСКН и ФМС).

Число лиц, прикрепленных для медицинского обеспечения, в 2013-2017 гг. возрастало, и превысило в 2017 году 2,3 миллиона чел.

В 2013-2017 гг. значительно – почти на 20% - возросло число лиц, прикрепленных для медицинского обеспечения к МСЧ, в которых функционировали стационарные подразделения.

Число штатных должностей врачей в медицинских организациях системы МВД в 2017 году составило 7076,25 ставок. Укомплектованность штатных должностей врачей в 2017 году составила 92,4%. За период 2013-2017 гг. отмечается рост числа штатных должностей врачей. Показатель обеспеченности штатными должностями врачей прикрепленного контингента (на 10 000 лиц) составил 33,4 ставок. Также отмечается рост данного показателя за указанный период (Таблица 3).

Таблица 3. Число и укомплектованность штатных должностей врачей в медицинских организациях МВД

Штатные должности врачей	2013	2014	2015	2016	2017
Абс.	6489	6633,25	6641	7124,75	7076,25
на 10 000 чел.	31,46	30,67	31,37	31,13	33,36
Укомплектованность	92,34	92,76	92,67	91,57	92,43

Число штатных должностей среднего медицинского персонала в медицинских организациях системы МВД на конец 2017 года составило 10 750 ставок. Укомплектованность штатных должностей среднего медицинского персонала в 2017 году составила 93,8%. За период 2013-2017 гг. число штатных должностей среднего медицинского персонала возросло. Показатель обеспеченности штатными должностями среднего медицинского персонала прикрепленного контингента (10 000 лиц) в 2017 г. составил 42,5.

В 2013 г. аналогичный показатель составил 28,3 (Таблица 4). Таким образом, отмечается значительный рост данного показателя.

Таблица 4. Численность и укомплектованность штатных должностей среднего медицинского персонала в медицинских организациях МВД

Штатные должности среднего медицинского персонала	2013	2014	2015	2016	2017
абс.	9812,25	9961	9965,25	10646,75	10750,00
на 10 000 лиц	28,28	27,51	27,34	41,19	42,52
Укомплектованность	93,56	93,48	94,35	93,43	93,81

Число коек в медицинских организациях МВД России на конец 2017 года составило 8624. Отмечается рост коечного фонда в 2013-2017 гг. Показатель числа коек на 1000 лиц, подлежащих медицинскому обслуживанию, как в 2013-2017 году составлял 2,8- 2,9. Показатель числа коек на 1000 лиц, прикрепленных для медобслуживания, за рассматриваемый период снизился и составил 3,7. Данная тенденция связана с ростом численности лиц, прикрепленных для медицинского обслуживания.

Общая мощность поликлиник за 2013-2017 гг. возрастала (с 32,7 до 36,8 тыс. посещений в смену) и на 1000 лиц прикрепленного контингента в 2017 году составила 15,9 посещений в смену, в 2013 году данный показатель составил 16,6 посещений в смену (Таблица 5).

Таблица 5. Мощность медицинских организаций, функционирующих в системе медицинской службы МВД

	2013	2014	2015	2016	2017
Число коек - всего (абс.)	9259	9376	9102	9118	8624
Число коек (на 1000 чел. прикрепленных для медобслуживания)	4,7	4,6	4,5	4,1	3,7
Число коек (на 1000 чел. подлежащих медобслуживанию)	2,8	2,8	2,7	3,3	2,9
Общая мощность поликлиник	32 703	34 221	31 687	35 960	36 764
Общая мощность поликлиник (на 1000 чел. прикрепленных для медобслуживания)	16,6	16,8	15,6	16,1	15,9

Число госпитализаций возросло со 162,3 тысяч в 2013 году до 190,1 тыс. в 2017 году (117%). Число госпитализаций на 1000 чел. контингента, подлежащего прикреплению, возросло с 55,1 госпитализаций в 2013 г. до 67,3 в 2017г. Рост общего показателя числа госпитализаций на 1000 лиц составил 13,2%.

Число койко-дней - 2 317,4 тыс. (819,8 на 1000 чел.). Данный показатель также постоянно растет, но менее интенсивно, чем относительный показатель госпитализаций.

Число койко-дней на 1000 чел. контингента, подлежащего прикреплению, также возросло: с 692,6 в 2013 г. до 819,8 в 2017г., что составило 118,4%

Средняя длительность госпитализации в 2017 году составил 12,4 дней.

Число посещений в поликлинических подразделениях МСЧ МВД России устойчиво росло. В 2017 г. данный показатель превысил 13 млн. посещений. Показатель прироста посещений с 2013 г. по 2017 г. превысил 10% (Таблица 6).

Тенденция к росту числа посещений на 1000 лиц подлежащих медицинскому обеспечению, была более выраженной, чем рост абсолютного числа посещений: в 2017 г. данный показатель составил 4,76 тыс. посещений, более чем на четверть превысив аналогичный показатель 2013 года. За пять лет данный показатель возрос на 27%.

Таблица 4. Деятельность поликлинических подразделений МСЧ в 2013-2017 гг.

	2013	2015	2017
Число посещений (абс.)	11 832 173	12 439 708	13 195 436
Число посещений (%)	100	105,1	111,5
Число посещений на 1000 лиц	3 734,8	3 922,7	4 763,0
Число посещений на 1000 лиц (%)	100,0	105,0	127,5

Служба в органах внутренних дел постоянно связана с эмоциональным и физическим стрессом (Шаповал В.А., 2006). В связи с этим мониторинг

показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности сотрудников органов внутренних дел (далее - ОВД) имеет крайне важное значение. В 2017 году заболеваемость, зарегистрированная медицинскими организациями МВД, составила 880,34 ‰. Аналогичный показатель 2013 года составил 1017,8‰. Число случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности в 2017 году составило 50,66 на 100 чел. Аналогичный показатель для 2013 года составил 62,15.

Показатель первичного выхода на инвалидность в 2017 году составил 1,09‰. В течение 5-ти лет данный показатель неуклонно снижается.

В течение 2013-2017 гг. периода несколько возрос удельный вес лиц с I и II группами здоровья: с 86,88% до 88,29%

Число случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности в 2017 году составило 50,66 на 100 чел. Аналогичный показатель для 2013 года составил 62,15. В течение рассматриваемого периода преобладающий тренд заболеваемости с временной утратой трудоспособности – снижение. Практически постоянно снижался показатель числа дней нетрудоспособности: в 2013 году данный показатель составил 799,96 дней на 100 чел., в 2017 г. – 638,93 (Таблица 7). Средняя продолжительность случая нетрудоспособности незначительно снизилась: с 12,94 дней в 2012 г. до 12,61 в 2017 г. (Таблица 7).

Значительно снизился за рассматриваемый период показатель первичного выхода на инвалидность: с 1,46‰ в 2012 г. до 1,09‰ в 2017 г.

Аналогичная тенденция характерна для показателя смертности: с 2013 г. по 2017 г. произошло его снижение с 1,06‰ до 0,77‰

Таблица 5. Основные показатели здоровья, заболеваемости и смертности сотрудников органов внутренних дел

	2013	2014	2015	2016	2017
Зарегистрировано заболеваний на 1000 чел.	1017,81	996,89	1004,44	910,37	880,34
Удельный вес лиц с I и II группами здоровья	86,73	86,78	87,61	87,89	88,29

	2013	2014	2015	2016	2017
Численность лиц, впервые признанных инвалидами (на 1000 чел.)	1,46	1,56	1,38	1,24	1,09
Число случаев с временной утратой трудоспособности (ВУТ) (на 100чел.)	62,15	59,92	60,27	54,42	50,66
Число дней ВУТ (на 100 человек)	799,96	770,24	762,05	688,75	638,93
Средняя продолжительность случая ВУТ (в днях)	12,87	12,85	12,58	12,66	12,61
Число умерших (на 1000 чел.)	1,06	1,06	0,93	0,77	0,77

Анализ статистических показателей и их динамики позволяет сделать следующие выводы о состоянии и тенденциях развития ведомственной медицины МВД в 2013-2017 гг.:

- рост численности прикрепленного контингента;
- рост мощности медицинских организаций (коэффициент фонд, мощность поликлиник) в абсолютном исчислении при одновременном снижении показателей обеспеченности обслуживаемого контингента обеспечением указанными ресурсами;
- рост показателей абсолютной численности медицинского персонала и обеспеченности медицинским персоналом обслуживаемого контингента;
- рост абсолютных и относительных (на 1000 лиц) показателей объемов стационарной медицинской помощи (число госпитализаций, койко-дни) при снижении средней длительности случая госпитализации;
- рост абсолютного и относительного (на 1000 лиц) показателей объемов амбулаторно-поликлинической помощи (посещения);
- снижение показателей заболеваемости, в том числе с временной утратой трудоспособности, первичного выхода на инвалидность, смертности.

ГЛАВА 3. РЕГИОНАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАК ОСНОВАНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЦЕССНОГО ПОДХОДА В УПРАВЛЕНИЕ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ВЕДОМСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МВД РОССИИ)

Процессный подход зачастую выступает как инструмент реформирования системы. Реформирование любой системы связано с неудовлетворенностью результатами ее деятельности. Система здравоохранения не является исключением. Одним из признаков потребности в реформировании является значительная дифференциация параметров одного и того же процесса в однородных компонентах системы. В системе здравоохранения в качестве таких компонентов могут быть рассмотрены ее учреждения (медицинские организации).

В данной главе на примере ведомственной системы здравоохранения МВД России рассмотрена региональная дифференциация основных процессов системы здравоохранения.

3.1. Анализ медико-статистических данных для идентификации дифференциации основных показателей деятельности медицинских организаций

Медико-статистическая информация является основой подготовки решений по совершенствованию выборов приоритетов, определению стратегии развития отрасли здравоохранения. На основании статистической отчетности принимаются решения, формируются материалы, выпускаются сборники, проводится анализ качества (Какорина Е.П., 2012). В процессе модернизации службы здравоохранения резко возрастают требования к ее статистическому обеспечению в аспекте его использования для оценки эффективности системы и предпринимаемых мер по реформированию

процесса управления (Какорина Е.П., Огрызко Е.В., 2012; Яковлев Е.П., 2003, Дрогобыцкий И. Н., 2017, Яценко А.В., 2019).

В системе Минздрава России основным источником медицинской информации являются отчетные статистические формы. В 2017 году их количество составило 37 единиц (в 1992 г. — 23). По данным ряда авторов, суммарное количество заполняемых показателей в этих формах – свыше 60 тыс. И с каждым годом объем собираемой статистической информации увеличивается (Гусев А.В., 2017, Дождиков К. В., 2014). Ежегодно в России заполняется более 314 тыс. отчетных форм для оценки состояния здоровья населения и деятельности здравоохранения на основании деятельности более 16 тыс. лечебно-профилактических организаций (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 апреля 2011 г. № 364). Однозначно, все исследователи сходятся во мнении о постоянном росте отчетных форм на фоне имеющихся нарушений положений, принципов формирования годовой отчетности медицинских организаций (Зайченко Н.М., Лебедев Г.С., 2013). При этом существующие учетные и отчетные формы перегружены невостребованной информацией при отсутствии необходимых данных (Какорина Е.П., 2012). Поэтому, в последнее время остро стоит вопрос о необходимости модернизации системы сбора, обработки, хранения и распространения медико-статистической информации (Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Огрызко Е.В., 2015).

В системе медицинской отчетности МВД утверждена 21 отчетная форма (Приказ № 101 от 06.03.2017 г. Министерства внутренних дел Российской Федерации). Медицинские организации, оказывающие поликлиническую и стационарную медицинскую помощь, формируют 18 отчетных форм. Представление форм статистической отчетности по медицинскому обеспечению осуществляется в электронном виде с использованием информационной системы. Медицинская отчетность в системе МВД России включает все значимые и необходимые компоненты (составляющие) медицинской отчетности. Формирование системы

медицинской статистической отчетности МВД России четко направлено на достижение баланса между информационными потребностями управления и практической значимостью информации, затратами на ее получение.

На основании медицинской отчетности можно идентифицировать и обеспечить мониторинг следующих процессов:

- движение контингента лиц, прикрепленного для медицинского обслуживания;
- сеть медицинских организаций;
- движение и использование коечного фонда;
- оптимизация численности и состава персонала медицинских организаций;
- заболеваемость, инвалидизация и смертность прикрепленного контингента лиц;
- здоровье прикрепленного контингента лиц (по группам здоровья);
- деятельность медицинских организаций по оказанию медицинской помощи;
- оказание медицинской помощи прикрепленному контингенту в организациях территориальной системы здравоохранения;
- санаторно-курортное лечение;
- финансово-экономическая деятельность;
- строительство и капитальный ремонт;
- материально-техническое оснащение медицинских организаций.

В данном исследовании проведен анализ дифференциации показателей деятельности медицинских организаций по следующим показателям:

- динамика числа коек и обеспеченности ими обслуживаемого контингента коек;
- динамика численности медицинского персонала обеспеченности им обслуживаемого контингента коек;

- динамика числа и интенсивности госпитализаций;
- динамика койко-дней;
- заболеваемость.

Анализ данных ведомственной статистической отчетности проведен в динамике за период 2013-2017 гг. в разрезе медико-санитарных частей.

Региональные особенности мощности коечного фонда медицинских организаций МВД России

На протяжении 2013-2017гг. показатель обеспеченности койками в диапазоне от 20 до 40 коек на 10 тыс. лиц, подлежащих прикреплению, стабильно отмечается в 62%-64% МСЧ. В 2017 году отмечалось четырехкратное различие обеспеченности койками круглосуточного стационара контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ по регоинам. Максимальный показатель обеспеченности составил 56,65 коек на 10 000 чел. указанного контингента лиц, минимальный – 11,7. В 2013 г. отмечалось семикратное различие обеспеченности койками круглосуточного стационара контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ, в 2015 г. – восьмикратное. Максимальный показатель обеспеченности в 2013 году составил 68,66 коек на 10 000 чел. указанного контингента лиц, минимальный – 9,8 (Таблица 8). Таким образом, в 2015-2017 гг. наметилась тенденция к выравниванию показателей обеспеченности койками круглосуточного стационара контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ.

Рост числа коек круглосуточного стационара в расчете на 10000 чел. контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ (также, как и снижение) отмечался в половине МСЧ. В большинстве МСЧ изменение показателя обеспеченности (как в сторону снижения, так и в сторону повышения) не превысило 10 коек на 10 тыс. лиц (Таблица 9, Рисунок 2. Динамика распределения МСЧ по показателю обеспеченности контингента, подлежащего прикреплению, койками круглосуточного стационара в 2013-2017 гг. (исключены МСЧ, в которых койки не функционировали на протяжении всего рассматриваемого периода)).

Таблица 8. Обеспеченность койками круглосуточного стационара контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ

Число коек (на 10 000 чел. контингента, подлежащего прикреплению)	Число МСЧ (абс.)		
	2013 г.).	2015 г.	2017 г.
0-10,0	1	2	0
10,1-20,0	19	17	16
20,1-30,0	26	28	30
30,1-40,0	9	12	13
40,1-50,0	8	9	9
50,1-60,0	6	4	4
60,1-70,0	3	0	0
Итого	72	72	72
	Число МСЧ (%)		
10,1-30,0	62,5	62,5	63,9
прочее	37,5	37,5	32,1
Итого	100,0	100,0	100,0
Min-Max	9,8-68,66	7,24-58,53	11,7-56,65
Max/ Min	7,0	8,1	4,8

Таблица 9. Динамика распределения МСЧ по показателю обеспеченности койками круглосуточного стационара контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ в 2013-2017 гг.*)

Динамика числа коек (на 10 000 чел. контингента, подлежащего прикреплению)	Число МСЧ с отрицательной динамикой	Динамика числа коек (на 10 000 чел. контингента, подлежащего прикреплению)	Число МСЧ с положительной динамикой
- (0-10,0)	24	0-10,0	28
- (10,1-20,0)	9	10,1-20,0	6
- (20,1-30,0)	3	20,1-30,0	2
Итого	36		36

*) включены только МСЧ, в которых койки круглосуточного стационара функционировали на протяжении всего рассматриваемого периода

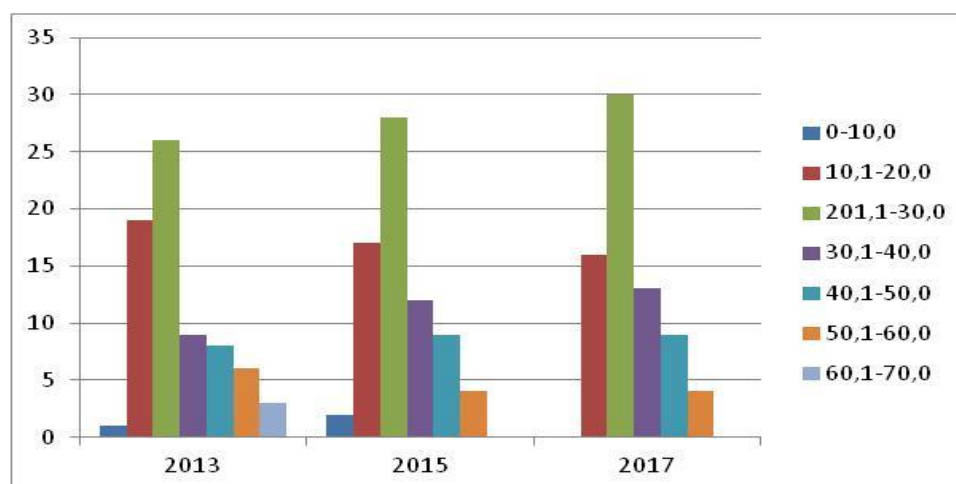


Рисунок 2. Динамика распределения МСЧ по показателю обеспеченности контингента, подлежащего прикреплению, койками круглосуточного стационара в 2013-2017 гг. (исключены МСЧ, в которых койки не функционировали на протяжении всего рассматриваемого периода)

Региональные особенности развития штатной численности медицинского персонала

В 2017 году обеспеченность врачами контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ, почти в половине МСЧ (46,3%) составила от 20,1 до 30,0 штатных должностей врачей на 10 тыс. лиц указанного контингента. Отмечается значительная динамика распределения МСЧ по показателю обеспеченности врачами в 2013-2017 гг. Так, в 2013 году показатель обеспеченности врачами составлял 10,1 - 20,0 в 46% МСЧ, от 20,1 до 30,0 – в 40% МСЧ, от 30,1 до 40,0 - в 7% МСЧ. Аналогичные показатели в 2017 году составили 17%, 46% и 22% соответственно. Таким образом, за рассматриваемый период отмечается явный сдвиг распределения МСЧ по показателю обеспеченности врачами в сторону возрастания данного показателя (Таблица 10).

В то же время происходит выравнивание МСЧ по показателю обеспеченности врачами. Максимальный показатель обеспеченности врачами в 2017 году составил 66,16 штатных должностей врачей на 10 тыс. лиц указанного контингента, минимальный - 13,5. Аналогичные показатели в

2013 году составили 58,92 и 6,34 соответственно, в 2015 году - 61,63 и 5,89 соответственно. Таким образом, если в 2013 году максимальный показатель превышал минимальный в 9 раз, то в 2017 году – только в 5 раз (Таблица 10, Рисунок 3).

В подавляющем большинстве МСЧ отмечался рост числа штатных должностей врачей в расчете на 10000 чел. контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ. Снижение данного показателя отмечалось только в 5-ти МСЧ. В 64% МСЧ изменение показателя обеспеченности врачами находилось в диапазоне значений 10,1-20,0, в 27% МСЧ - не превышало 10,0 (Таблица 11).

Таблица 10. Обеспеченность врачами контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ*)

Число врачей (на 10 000 чел. контингента, подлежащего прикреплению)	Число МСЧ (абс.)		
	2013 г.	2015 г.	2017 г.
0-10,0	2	2	0
10,1-20,0	38	38	14
20,1-30,0	33	32	38
30,1-40,0	6	7	18
40,1-50,0	1	1	7
50,1-60,0	2	1	2
60,1-70,0	0	1	2
Итого	82	82	82
	Число МСЧ (%)		
10,1-20,0	46,3	46,3	17,1
20,1-30,0	40,2	39,0	46,3
30,1-40,0	7,3	8,5	22,0
Число врачей (на 10 000 чел. контингента, подлежащего прикреплению)	Число МСЧ (%)		
	2013 г.	2015 г.	2017 г.
прочие	6,2	6,2	14,6
Итого	100,0	100,0	100,0
Min-Max	6,34-58,92	5,89-61,63	13,5-66,16
Max/ Min	9,3	10,5	4,9

*) исключены: 2 МСЧ

Таблица 11. Динамика распределения МСЧ по показателю обеспеченности врачами контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ в 2013-2017 гг.*)

Динамика числа штатных должностей врачей (на 10 000 чел. контингента, подлежащего прикреплению)	Число МСЧ с отрицательной динамикой	Динамика числа штатных должностей врачей (на 10 000 чел. контингента, подлежащего прикреплению)	Число МСЧ с положительной динамикой
- (0-10,0)	4	0-10,0	21
- (10,1-20,0)	1	10,1-20,0	49
- (20,1-30,0)	0	20,1-30,0	4
-(30,1-40,0)	0	30,1-40,0	3
Итого	5		77

*) исключены: 2 МСЧ

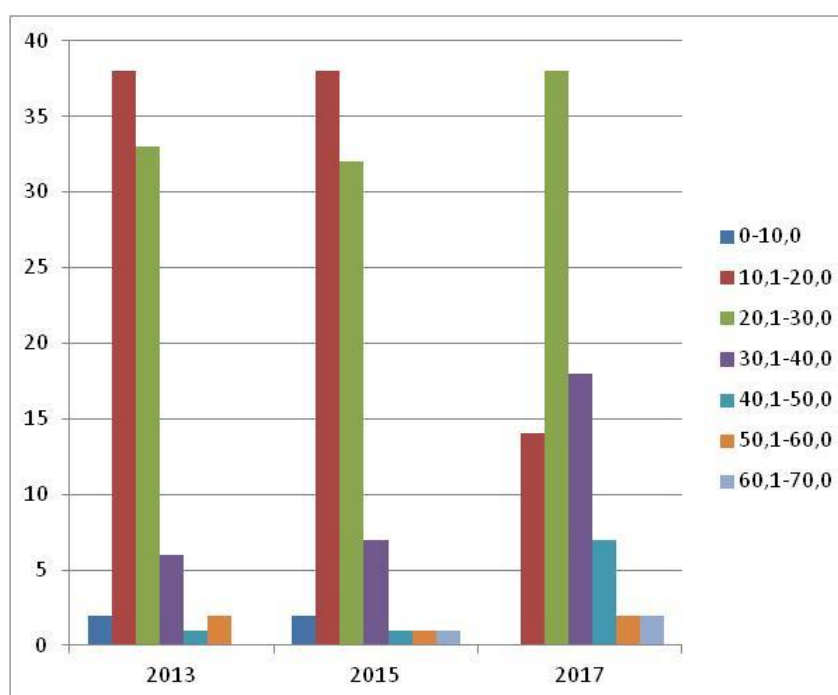


Рисунок 3. Динамика распределения МСЧ по показателю обеспеченности контингента, подлежащего прикреплению, врачами в 2013-2017 гг. (исключены:2 МСЧ)

В 2017 году обеспеченность средним медицинским персоналом контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ, более чем в половине МСЧ (60%) составила 20,1 – 40,0 штатных должностей среднего медицинского персонала на 10 тыс. лиц указанного контингента. Отмечается

значительная динамика распределения МСЧ по показателю обеспеченности средним медицинским персоналом в 2013-2017гг. Так, в 2013 году показатель обеспеченности врачами составлял 10,1 - 20,0 в 26% МСЧ, от 20,1 до 30,0 – в 35% МСЧ, от 30,1 до 40,0- в 19% МСЧ и от 40,1 до 50,0 – в 10% МСЧ. Аналогичные показатели в 2017 году составили 11%, 29%, 29% и 17% соответственно. Таким образом, за рассматриваемый период отмечается явный сдвиг распределения МСЧ по показателю обеспеченности средним медицинским персоналом в сторону возрастания данного показателя (Таблица 12).

В отличие от показателя обеспеченности врачами по данному показателю – обеспеченности средним медицинским персоналом – не происходит выравнивания МСЧ.

Максимальный показатель обеспеченности средним медицинским персоналом в 2017 году составил 98,28 штатных должностей на 10 тыс. лиц указанного контингента, минимальный - 8,6. Аналогичные показатели в 2013 году составили 83,08 и 8,64 соответственно, в 2015 году - 95,42 и 8,84 соответственно. Таким образом, если в 2013 году максимальный показатель превышал минимальный в 9,6 раз, то в 2017 году – уже в 11,4 раза (Таблица 12, Таблица 13).

Таблица 12. Обеспеченность средним медицинским персоналом контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ*) (абс.)

Число штатных должностей среднего медицинского персонала (на 10 000 чел. контингента, подлежащего прикреплению)	Число МСЧ (абс.)		
	2013г.	2015г.	2017г.
0-10,0	3	3	1
10,1-20,0	22	18	9
20,1-30,0	29	32	24
30,1-40,0	16	21	24
40,1-50,0	8	4	14
50,1-60,0	1	1	6
60,1-70,0	1	1	2
70,1-80,0	1	1	1
80,1-90,0	1	0	0
90,1-100,0	0	1	1
Итого	82	82	82

Таблица 13. Обеспеченность средним медицинским персоналом контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ*) (%)

Число штатных должностей среднего медицинского персонала (на 10 000 чел. контингента, подлежащего прикреплению)	Число МСЧ (%)		
	2013г.	2015г.	2017г.
10,1-20,0	26,8	22,0	11,0
20,1-30,0	35,4	39,0	29,3
30,1-40,0	19,5	25,6	29,3
40,1-50,0	9,8	4,9	17,1
прочие	8,5	8,5	13,4
Итого	100,0	100,0	100,0
Min-Max	8,64-83,08	8,84-95,42	8,6-98,28
Max/ Min	9,6	10,8	11,4

*) исключены: 2 МСЧ

В большинстве МСЧ (68 МСЧ) отмечался рост обеспеченности средним медицинским персоналом. В 72% МСЧ изменение показателя - не превышало 10,0 штатных должностей среднего медицинского персонала на 10 тыс. лиц указанного контингента, в 17% МСЧ повышение показателя находилось в диапазоне значений 20,1 - 30,0. Рост показателя обеспеченности более чем на 40 штатных должностей за рассматриваемый период отмечен в 2-х МСЧ (Таблица 14, Рисунок 4).

Таблица 14. Динамика распределения МСЧ по показателю обеспеченности средним медицинским персоналом контингента, подлежащего прикреплению к МСЧ в 2012-2017 гг.*)

Динамика числа штатных среднего медицинского персонала (на 10 000 чел. контингента, подлежащего прикреплению)	Число МСЧ с отрицательной динамикой	Динамика числа штатных должностей среднего медицинского персонала (на 10 000 чел. контингента, подлежащего прикреплению)	Число МСЧ с положительной динамикой
- (0-10,0)	13	0-10,0	49
- (10,1-20,0)	0	10,1-20,0	12
- (20,1-30,0)	1	20,1-30,0	3
-(30,1-40,0)		30,1-40,0	2
		40,1-50,0	2
Итого	14		68

*) исключены: 2 МСЧ

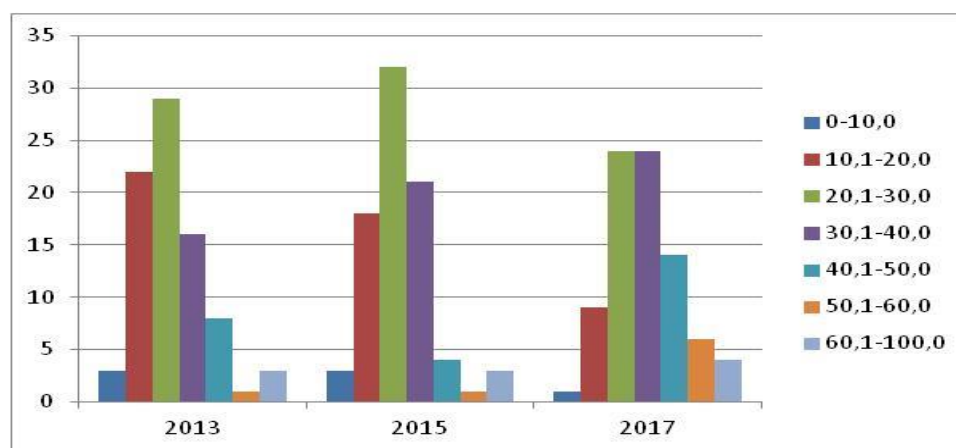


Рисунок 4. Динамика распределения МСЧ по показателю обеспеченности контингента, подлежащего прикреплению, средним медицинским персоналом в 2013-2017 гг. (исключены: 2 МСЧ).

Региональные особенности динамики численности контингентов лиц, обслуживаемых в медицинских организациях МВД России

Снижение численности лиц, подлежащих прикреплению для медицинского обеспечения, произошло в 50-ти МСЧ. Более чем в 2 раза снижение численности данного контингента лиц произошло в ФКУЗ «МСЧ МВД России 165», ФКУЗ «МСЧ МВД России 167», ФКУЗ «МСЧ МВД России 219», ФКУЗ «МСЧ МВД России 183», ФКУЗ «МСЧ МВД России 239»⁶. В 32-х МСЧ отмечался рост численности данного контингента. Наиболее значительным он был в одной из медико-санитарных частей, в которой он составил 186%.

На протяжении 2013-2017 гг. в большинстве МСЧ (61 МСЧ) произошел рост числа лиц, прикрепленных для медицинского обеспечения. Менее, чем в одной трети МСЧ (21 МСЧ) данный показатель снизился. В большинстве МСЧ снижение численности прикрепленного контингента было незначительным – в пределах 10%. Показатель роста числа прикрепленных лиц характеризуется большей вариабельностью. Максимальное снижение численности прикрепленного контингента отмечается в ФКУЗ «МСЧ МВД

⁶Здесь и далее наименования медицинских организаций (МСЧ) заменены кодами в связи с тем, что данная информация является служебной и не подлежит распространению.

России 239» (снижение на 51%), максимальный рост - в ФКУЗ «МСЧ МВД России 162» (183%) (Таблица 15).

Таблица 15. Распределение МСЧ по динамике показателя числа лиц, прикрепленных для медицинского обеспечения в 2013-2017 гг.)*

Динамика числа лиц, прикрепленных для медобеспечения (2017/2013; %).**)	Число МСЧ с отрицательной динамикой	Динамика числа лиц, прикрепленных для медобеспечения (2017/2013; %).**)	Число МСЧ с положительной динамикой
- (0,1 -10,0)	16	0,1 -10,0	23
- (10,1-20,0)	4	10,1-20,0	15
- (20,1-30,0)	0	20,1-30,0	8
(-30,1 и ниже)	1	30,1 и выше	15
Итого	21		61

*) за исключением 2-х МСЧ, организованных в рассматриваемый период

**) значение 0 – отсутствует

Удельный вес лиц, прикрепленных для медицинского обеспечения (к числу лиц, подлежащих прикреплению для медицинского обеспечения), за указанный период возрос (Таблица 16).

За рассматриваемый период произошел сдвиг кривой распределения МСЧ по удельному весу лиц, прикрепленных для медобслуживания, в общей численности лиц, подлежащих медицинскому обслуживанию, в сторону больших значений показателя. Так, если в 2013 году наибольшее число МСЧ (30) имели данный показатель на уровне 40,1%-60,0%, то в 2017 году наибольшее число МСЧ (37) имели данный показатель на уровне 80,1%-100,0%. В 2013 году в 1-ой МСЧ данный показатель составлял 100%, в 2017 году – 17 МСЧ. Тем не менее, в 16-ти МСЧ удельный вес лиц, прикрепленных для медобслуживания, в общей численности лиц, подлежащих медицинскому обслуживанию, снизился. Максимальное снижение отмечается в ФКУЗ «МСЧ МВД России 156» (с 93% до 69%), максимальный рост – в ФКУЗ «МСЧ МВД России 183» (с 33% до 100%) (Таблица 16, Рисунок 5).

Таблица 16. Динамика распределения МСЧ по удельному весу лиц, прикрепленных для медобслуживания в общей численности лиц, подлежащих медицинскому обслуживанию в 2013-2017 гг.*)

Удельный вес лиц, прикрепленных для медобслуживания (в % к числу лиц, подлежащих медобслуживанию)	Число МСЧ (абс.)		
	2013 г.	2015 г.	2017 г.
20,1-40,0	9	7	1
40,1-60,0	30	31	14
60,1-80,0	27	28	30
80,1-100,0	16	16	37
в том числе 100,0	1	0	17
Итого	82	82	82

*) за исключением 2-х МСЧ, организованных в рассматриваемый период

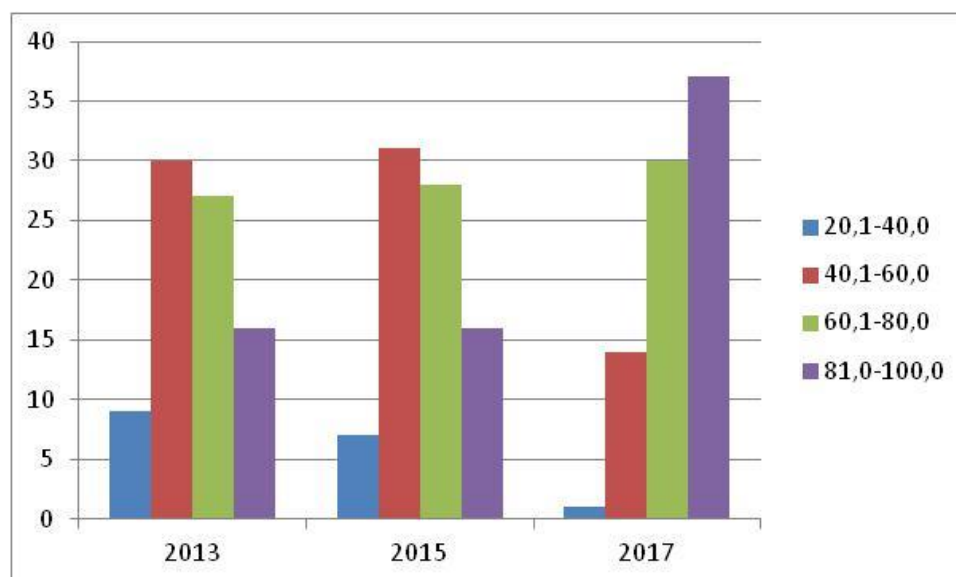


Рисунок 5. Динамика распределения МСЧ по удельному весу лиц, прикрепленных для медобслуживания в общей численности лиц, подлежащих медицинскому обслуживанию в 2013-2017 гг.

Региональные особенности показателей деятельности стационарных подразделений медицинских организаций МВД России

Рост числа госпитализаций в абсолютном выражении с 2013г. по 2017г. произошел в 53-х МСЧ, снижение - в 19-ти МСЧ. Рост числа госпитализаций на 1000 лиц с 2013г. по 2017г. произошел в 55-ти МСЧ, снижение - в 17-ти МСЧ (Таблица 17).

Для показателя числа госпитализаций на 1000 чел. контингента, подлежащего прикреплению (далее – число госпитализаций на 1000 чел.,

относительное число госпитализаций), характерен значительный разброс значений по МСЧ. В течение рассматриваемого периода происходит сдвиг графика распределения МСЧ в зависимости от числа госпитализаций на 1000 чел. вправо – в сторону больших значений показателя. Тенденцию роста относительного числа госпитализаций подтверждают минимальные и максимальные значения показателя в рассматриваемом периоде. Минимальный относительный показатель госпитализаций возрос в 1,6 раза, максимальный – в 1,1 раза. Самый высокий показатель кратности максимального и минимального показателей в рассматриваемом периоде отмечался в 2015 г. – 8,7; в 2017г. он составил 4,7, т.е. отмечается тенденция к снижению дифференциации МСЧ по данному показателю (Ошибка! Источник ссылки не найден., Рисунок 6, Рисунок 7).

Таблица 17. Распределение МСЧ МВД России в зависимости от показателя динамики госпитализаций в 2013-2017 гг.

Прирост Снижение (на) (%)	Число МСЧ с динамикой числа госпитализаций			
	абсолютного:		на 1000 лиц:	
	рост	снижение	рост	снижение (на)
0,1-10,0*)	10	6	6	4
10,1-20,0	17	7	10	7
20,1-30,0	6	2	9	3
30,1-40,0	9	3	7	2
40,1-50,0	6	1	8	1
50,1-60,0	2	0	6	0
60,1-70,0	0	0	1	0
70,1-80,0	1	0	0	0
80,1-90,0	1	0	1	0
90,1-100,0	0	0	2	0
100,1-110,0	1	0	0	0
110,1-120,0	0	0	0	0
120,1-130,0	0	0	1	0
130,1 и выше	0	0	4	0
Итого	53	19	55	17
Справочно: минимальные и максимальные показатели динамики госпитализации				
Min	0,4%	2,1%	0,6%	0,6%
Max	100,3%	49,9%	187,2%	45,6%

*) значение 0,0 – отсутствует

Таблица 18. Распределение МСЧ МВД России в зависимости от числа госпитализаций на 1000 чел. в 2013-2017гг.

Число госпитализаций на 1000 чел.	Число МСЧ		
	2013	2015	2017
20,0 и менее	1	1	0
20,1-30,0	4	3	2
30,1-40,0	15*)	5	3
40,1-50,0	14	14*)	13*)
50,1-60,0	10	10	12
60,1-70,0	10	10	11
70,1-80,0	3	8	9
80,1-90,0	2	5	6
90,1-100,0	4	1	6
100,1-110,0	5	6	3
110,1-120,0	4	4	3
120,1-130,0	0	1	2
130,1-140,0	0	4	2
Итого	72	72	72
Справочно: Число госпитализаций на 1000 чел.			
Min	18,1	16,1	28,8
Max	119,0	139,3	135,9
Max/ Min	6,6	8,7	4,7

*) мода вариационного ряда в указанном году;

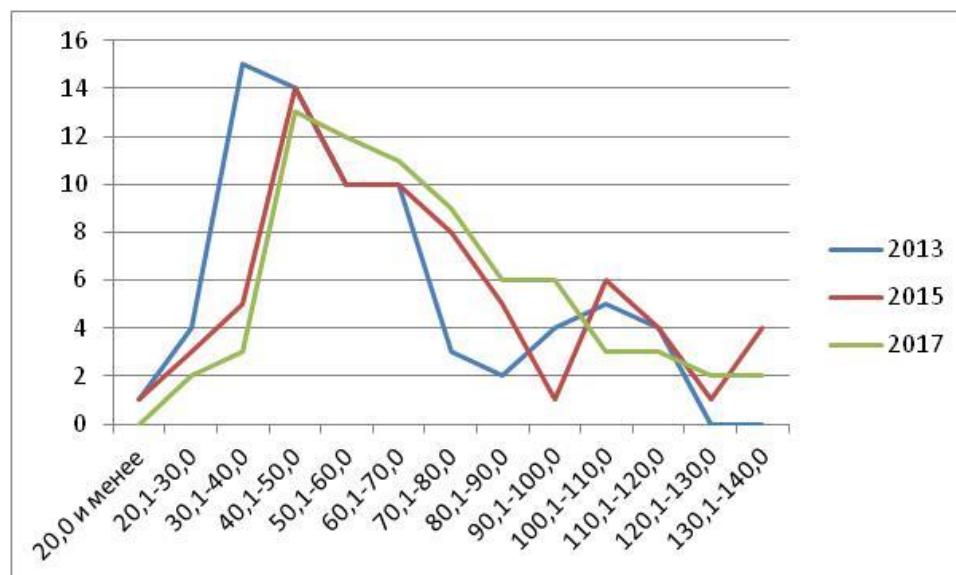


Рисунок 6. Динамика распределения МСЧ МВД России в зависимости от числа госпитализаций на 1000 чел. (график)

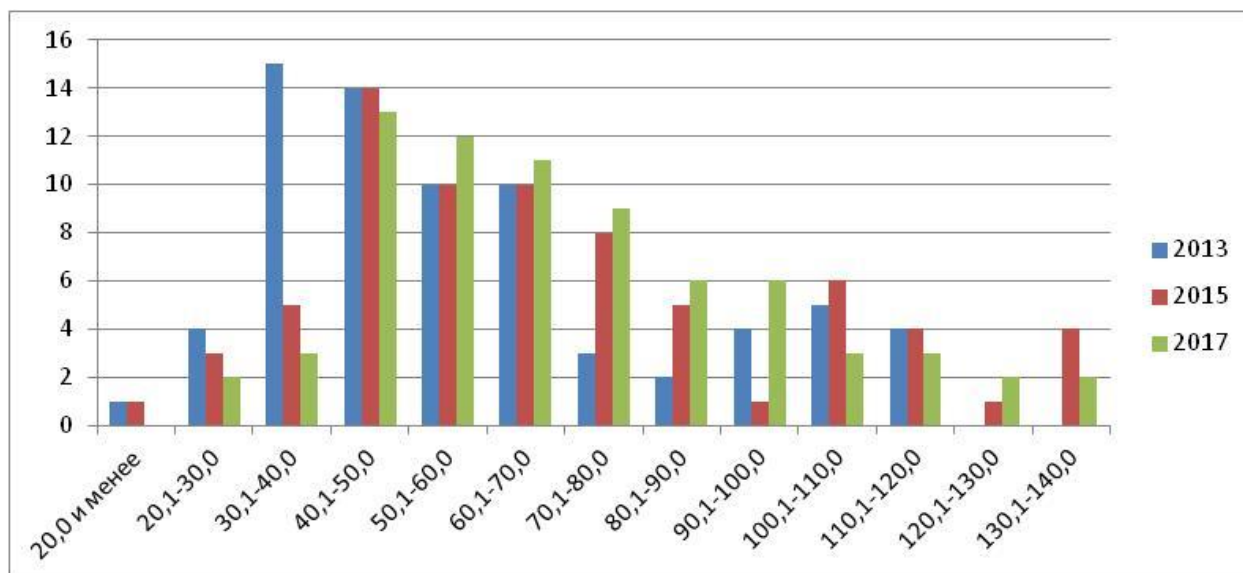


Рисунок 7. Динамика распределения МСЧ МВД России в зависимости от числа госпитализаций на 1000 чел. (гистограмма)

Для показателя числа койко-дней на 1000 чел., контингента, подлежащего прикреплению (далее – число койко-дней на 1000 чел., относительное число койко-дней) также, как и для относительного показателя госпитализаций, характерна значительная дифференциация показателей по МСЧ. Кратность максимального и минимального показателя в 2017г. составила 4,8 раза, но в 2015г. кратность составляла 8,2 раза (Таблица 19, Рисунок 8, Рисунок 9).

Отмечается тенденция к сдвигу распределения МСЧ по относительному показателю числа койко-дней в сторону *больших* значений, хотя эта тенденция значительно менее выражена, чем для относительного показателя госпитализаций. Одновременно, отмечается стойкая тенденция к снижению максимальных значений относительного показателя числа койко-дней. Значение минимального относительного показателя числа койко-дней за указанный период возросло.

Таблица 19. Распределение МСЧ МВД России в зависимости от числа койко-дней на 1000 чел. в 2013-2017 гг.

Число койко-дней на 1000 чел.	Число МСЧ		
	2013	2015	2017
до 300,0 включительно	1	1	0
300,1-400,0	3	3	1
400,1-500,0	10	8	6
500,1-600,0	11*)	6	9
600,1-700,0	10	10	10
700,1-800,0	10	10	13*)
800,1-900,0	9	12*)	5
900,1-1000,0	1	1	6
1000,1-1100,0	1	4	7
1100,1-1200,0	3	4	3
1200,1-1300,0	4	2	5
1300,1-1400,0	2	2	2
1400,1-1500,0	3	4	1
1500,1-1600,0	1	1	1
1600,1-1700,0	1	2	2
1700,1-1800,0	2	2	1
Итого	72	72	72
Справочно: Число койко-дней на 1000 чел.			
Min	264,5	208,0	358,5
Max	1750,1	1713,7	1709,9
Max/ Min	6,6	8,2	4,8

*) мода вариационного ряда в указанном году

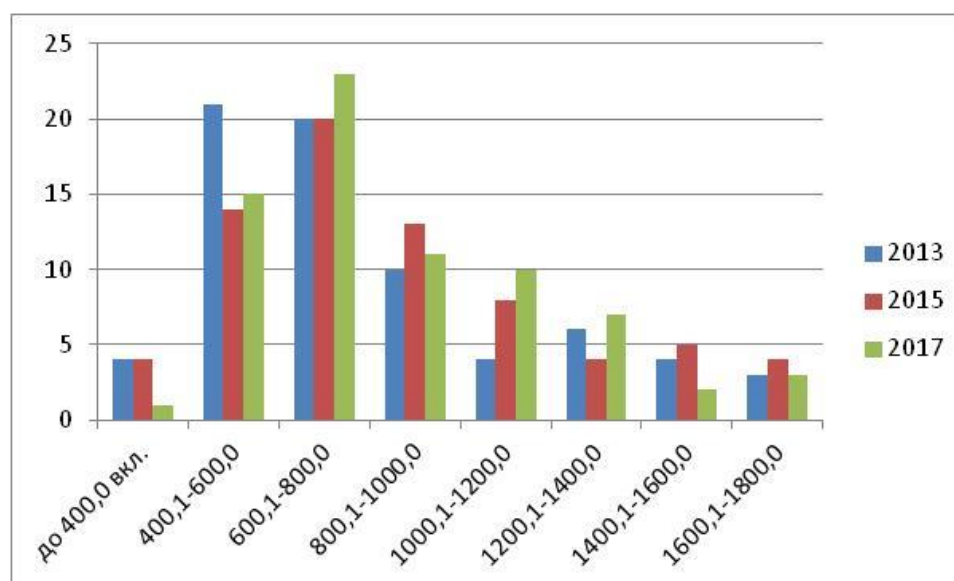


Рисунок 8. Динамика распределения МСЧ МВД России в зависимости от числа койко-дней на 1000 чел. (гистограмма)

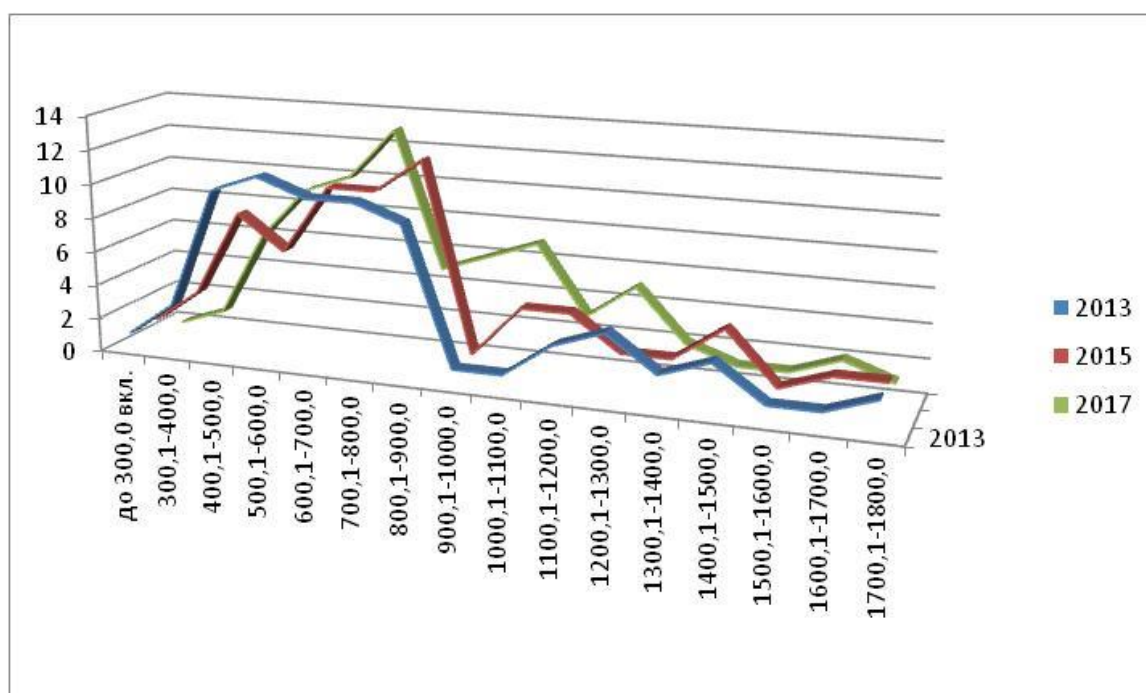


Рисунок 9. Динамика распределения МСЧ МВД России в зависимости от числа койко-дней на 1000 чел. (график)

Средняя длительность госпитализации в большинстве МСЧ снизилась в 2017 году. Так, если в 2013 г. и в 2015 г. в большинстве МСЧ средняя длительность госпитализации составляла 13,1-14 дней, то уже в 2017 году в 60% МСЧ средняя длительность госпитализации не превышала 13 дней (Таблица 20, Рисунок 10).

Таблица 20. Распределение МСЧ МВД России в зависимости от средней длительности госпитализации в 2013-2017гг.

Средняя длительность госпитализации (дн.)	Число МСЧ		
	2013	2015	2017
до 11,0	1	1	5
11,1-12,0	2	2	15
12,1-13,0	17	18	42*)
13,1-14,0	25*)	24*)	8
14,1-15,0	23	23	2
15,1-16,0	3	3	0
16,1-17,0	0	0	0
17,1-18,0	0	0	0
18,1-19,0	1	1	0
итого	72	72	72

*) мода вариационного ряда в указанном году

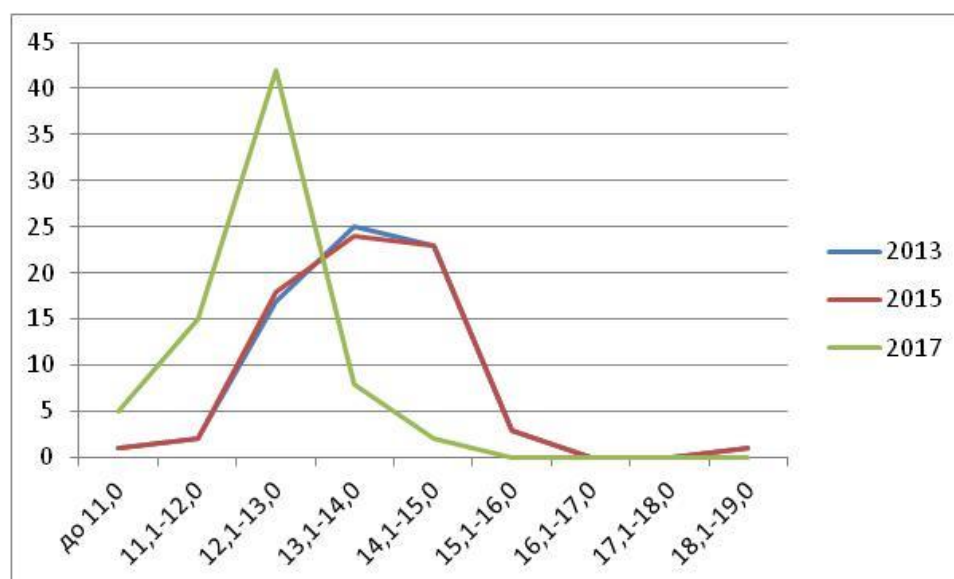


Рисунок 10. Динамика распределения МСЧ МВД России в зависимости от средней длительности госпитализации

Региональные особенности деятельности поликлинических подразделений медицинских организаций

Одним из базовых направлений развития системы ведомственного медицинского обеспечения является создание на базе медико-санитарных частей амбулаторно-поликлинического звена единой системы оказания медицинской помощи, отвечающей всем современным требованиям (Сидоренко В.А., Сухоруков А.Л., Костин Н.А., 2016; Берсенева Е.А., Коньков А.В., Савостина Е.А. 2018., Жемчугов А.М. и соавт., 2017).

Рост абсолютного показателя числа посещений с 2013 г. по 2017 г. произошел в 62-х МСЧ. Наиболее высокий показатель темпа роста отмечался в ФКУЗ «МСЧ МВД России 157», где он составил 126,9%, минимальный темп роста отмечается в ФКУЗ «МСЧ МВД России 162» (0,5%). Снижение абсолютного числа посещений за этот же период произошло в 20-ти МСЧ. Максимальный показатель снижения числа посещений отмечен в ФКУЗ «МСЧ МВД России 253», где он составил 82,6%, минимальный показатель темпа снижения - ФКУЗ «МСЧ МВД России 194» (0,1) (Таблица 21).

Рост числа посещений на 1000 лиц с 2013 г. по 2017 г. произошел в 60-ти МСЧ. Наиболее высокий показатель темпа роста отмечался в ФКУЗ «МСЧ МВД России 178», где он составил 349,8%, минимальный – в ФКУЗ «МСЧ МВД России 213» (0,1%). Снижение числа посещений на 1000 лиц за этот же период произошло в 22-х МСЧ. Максимальный показатель снижения отмечен в ФКУЗ «МСЧ МВД России 195», где он составил 46,0%, минимальный - ФКУЗ «МСЧ МВД России 251» (0,8%) (Таблица 21).

Таблица 21. Распределение МСЧ МВД России в зависимости от показателей динамики посещений в 2013-2017гг.

Прирост Снижение (на) (%)	Число МСЧ с динамикой числа посещений			
	абсолютного:		на 1000 лиц:	
	рост	снижение	рост	снижение
0,1-10,0*)	22	15	11	12
10,1-20,0	19	4	8	7
20,1-30,0	13	0	15	1
30,1-40,0	4	0	4	0
40,1-50,0	2	0	6	2
50,1-60,0	1	0	3	0
60,1-70,0	0	0	2	0
70,1-80,0	0	0	0	0
80,1-90,0	0	0	1	0
90,1-100,0	0	0	3	0
100,1-110,0	0	0	0	0
110,1-120,0	1	0	1	0
120,1-130,0	0	0	0	0
130,1-140,0	1	0	1	0
140,1-150,0	0	0	0	0
150,1 и выше	0	0	5	0
Итого	62	20	60	22
Справочно: минимальные и максимальные показатели динамики посещений (%)				
Min	0,5	0,1	0,1	0,8
Max	126,9	82,6	349,8	46,0

*) значение 0,0 – отсутствует

В 2013 г. минимальный показатель числа посещений на 1000 лиц (1035,5) отмечался во ФКУЗ «МСЧ МВД России 147». Максимальный показатель отмечался в ФКУЗ «МСЧ МВД России 253» - 31712,2. Однако,

данное значение показателя логичнее было бы отнести к так называемым «выпадающим» значениям. Второй по рангу показатель отмечался в ФКУЗ «МСЧ МВД России 173», где он составил 8520,5 посещений на 1000 лиц. Аналогичные показатели в 2015 г. составили: минимальный - 1080,7 (ФКУЗ «МСЧ МВД России 249»), максимальный - 8746,1 (ФКУЗ «МСЧ МВД России 176»). В 2017г. минимальный показатель составил 1366,8 - ФКУЗ «МСЧ МВД России 249», максимальный - 9838,0 (ФКУЗ «МСЧ МВД России 178»). Сразу можно отметить, что показатель числа посещений на 1000 лиц также, как и большинство других показателей деятельности МСЧ, значительно варьирует. Однако, отмечается четкая тенденция на снижение дифференциации: кратность максимального и минимального показателей снижается (Таблица 22).

Таблица 22. Распределение МСЧ МВД России в зависимости от числа посещений на 1000 лиц в 2013-2017гг.

Число посещений на 1000 лиц	Число МСЧ		
	2013	2015	2017
до 2000,0 включительно	5	4	3
2000,1-3000,0	13	13	6
3000,1-4000,0	29*)	24*)	19*)
4000,1-5000,0	18	23	19*)
5000,1-6000,0	9	8	15
6000,1-7000,0	5	6	9
7000,1-8000,0	1	3	6
8000,1-9000,0	2	1	4
9000,1-10 000,0	0	0	1
итого	82	82	82
Справочно: Число посещений на 1000 чел.			
Min	1035,5	1080,7	1366,8
Max	31712,2 8520,5	8746,1	9838,0
Max/ Min	30,6/8,2	8,1	7,2

*) мода вариационного ряда в указанном году

Таким образом, отмечается четко выраженный сдвиг распределения МСЧ по показателю числа посещений на 1000 лиц в сторону больших объемов посещений с одновременным снижением дифференциации данного показателя. На графике данный сдвиг отражается смещением верхней точки графика вниз и вправо (Рисунок 11). На гистограмме наглядно видно изменение структуры совокупности МСЧ в 2013-2017 гг. (Рисунок 12).

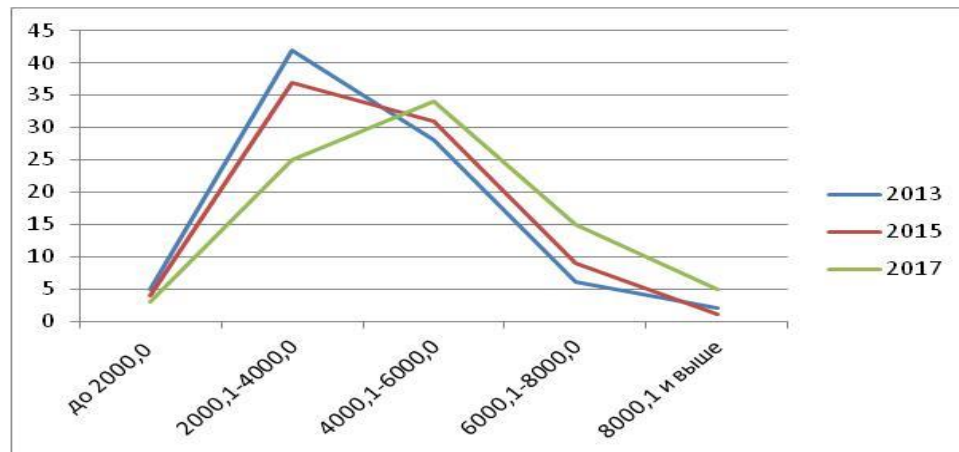


Рисунок 11. Динамика распределения МСЧ МВД России в зависимости от числа посещений на 1000 лиц (график)

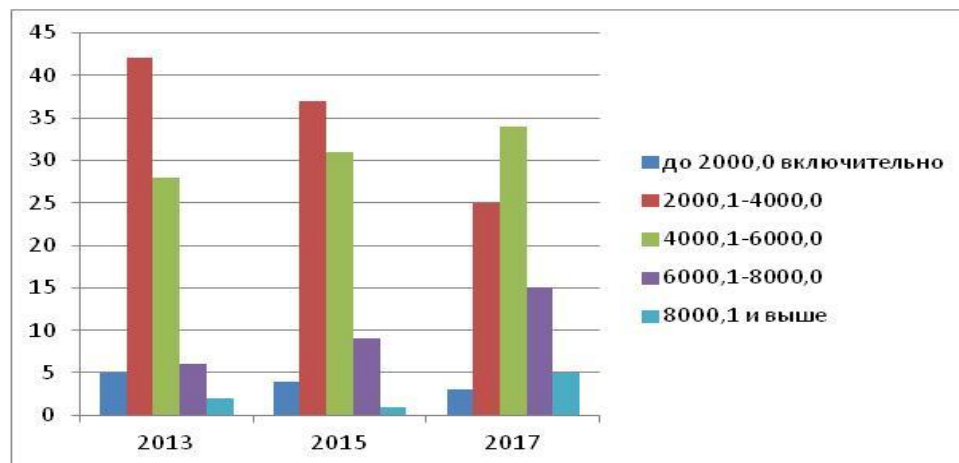


Рисунок 12. Динамика распределения МСЧ МВД России в зависимости от числа посещений на 1000 лиц (гистограмма).

Региональные особенности заболеваемости сотрудников ОВД

Как результат дифференциации процессов ресурсного обеспечения медицинской помощи, отмечается дифференциация процессов заболеваемости сотрудников ОВД. По мнению исследователей, занимающихся проблемами ведомственной медицины МВД «...задача сохранения и укрепления здоровья сотрудников органов внутренних дел - один из основных элементов служебно-боевой подготовки, и показатели здоровья сотрудников – неотъемлемый элемент показателей готовности к выполнению служебных обязанностей» (Иваницкая О.Н., 2018). Здоровье сотрудников Министерства внутренних дел Российской Федерации является одним из базовых компонентов их готовности к выполнению служебных обязанностей (Сидоренко В.А., 2016; Гизатуллин Т.Р., 2016; Одарущенко О.И., 2016;75;236).

В 2017 году заболеваемость, зарегистрированная медицинскими организациями МВД, составила 880,34 ‰. В четверти МСЧ показатель заболеваемости составил от 900,1 до 1000,0 случаев на 1000 чел. В 18% МСЧ зарегистрированный показатель заболеваемости составил 800,1-900,0 и в 17% МСЧ - 700,1-800,0 (случаев на 1000 чел.). В 2013-2017 гг. отмечается снижение числа МСЧ, в которых были зарегистрированы высокие (900,1 и выше) показатели заболеваемости (Таблица 23, Рисунок 13).

Таблица 23. Распределение МСЧ по показателю заболеваемости сотрудников в 2012-2017 гг.

Зарегистрировано заболеваний на 1000 чел.	Число МСЧ					
	Абс.			%		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017
До 600,0 включительно	1	4	5	1,2	4,9	6,1
600,1-700,0	7	3	8	8,5	3,7	9,8
700,1-800,0	7	6	14	8,5	7,3	17,1
800,1-900,0	12	17	15	14,6	20,7	18,3
900,1-1000,0	24	23	21	29,3	28,0	25,6
1000,1-1100,0	16	19	8	19,5	23,2	9,8
1100,1 и выше	15	10	11	18,3	12,2	13,4
Итого	82	82	82	100,0	100,0	100,0

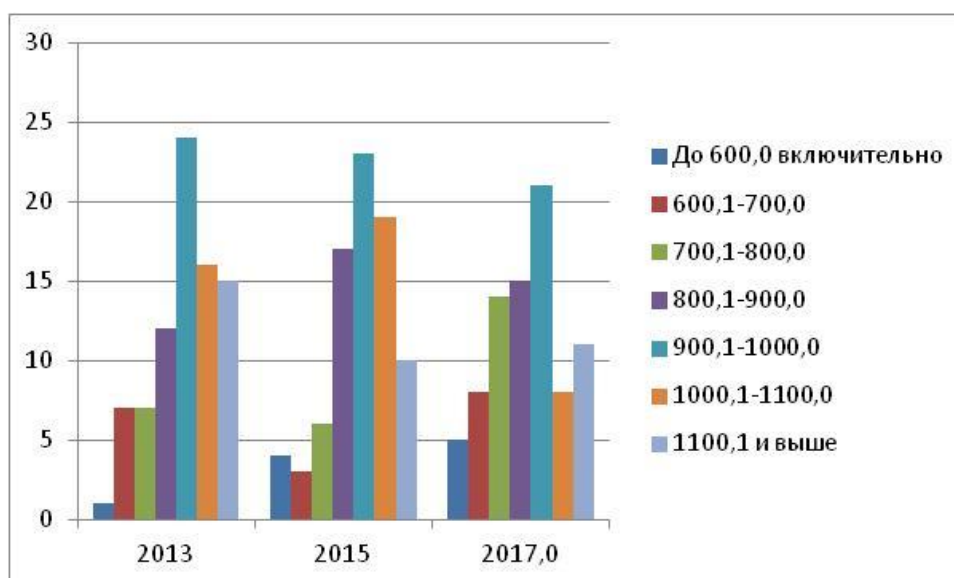


Рисунок 13. Динамика распределения числа МСЧ по числу случаев заболеваний на 1000 чел.

С 2013 г. по 2017 г. показатель общей заболеваемости возрос в 28-ми МСЧ, снизился – в 54-х. Рост показателя заболеваемости в большинстве территорий был незначительным: в 17-ти из 28-ми МСЧ рост показателя не превысил 1,1. Более чем в 2 раза, данный показатель возрос в 4-х МСЧ, в т.ч. в одной из МСЧ – в 2,5 раза (максимальный рост показателя). Снижение показателя заболеваемости в большинстве МСЧ также не превысило 1,1 (Таблица 24).

Таблица 24. Распределение МСЧ по показателю динамики изменения общей заболеваемости в 2013-2017 гг.

Показатель динамики изменения общей заболеваемости*)	Число МСЧ	
	Рост (2017/2013)	Снижение (2013/2017)
менее 1,1	6	2
1.1	11	19
1.2	5	5
1.3	4	12
1.4	0	6
1.5	1	5
более 1,5	1	5
Итого	28	54

*) расчет проведен с округлением до 0,1

Служба в органах внутренних дел постоянно связана с эмоциональным и физическим стрессом (Шаповал В.А., 2006). В связи с этим мониторинг показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности сотрудников органов внутренних дел (далее - ОВД) имеет крайне важное значение.

В 2017 году более чем в трети МСЧ показатель числа случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности (далее – ВУТ) составил от 50,1 до 60,0 случаев на 100 работающих. В четверти МСЧ данный показатель составил 61,1-70,0, и также в четверти МСЧ - 40,1-50,0. В 2013-2017 гг. отмечается снижение числа МСЧ, в которых были зарегистрированы высокие (80,1 и выше) показатели числа случаев с ВУТ. Так, если в 2013 г. показатель числа случаев с ВУТ составлял 61,1- 80,0 в 53 МСЧ, то в 2017 г. - только в 28-ми (Таблица 25, Рисунок 14).

Таблица 25. Распределение МСЧ по числу случаев временной утраты трудоспособности сотрудников на 100 работающих в 2013-2017 гг.*)

Число случаев с ВУТ на 100 работающих	Число МСЧ					
	Абс.			%		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017
до 40,1	3	3	7	3,7	3,7	8,5
40,1-50,0	9	11	20	11,0	13,4	24,4
50,1-60,0	15	19	29	18,3	23,2	35,4
61,1-70,0	35	28	21	42,7	34,1	25,6
70,1-80,0	18	21	2	22,0	25,6	2,4
80,1 и выше	2	0	3	2,4	0,0	3,7
Итого	82	82	82	100,0	100,0	100,0

*) исключены 2 медико-санитарные части, организованные в течение рассматриваемого периода

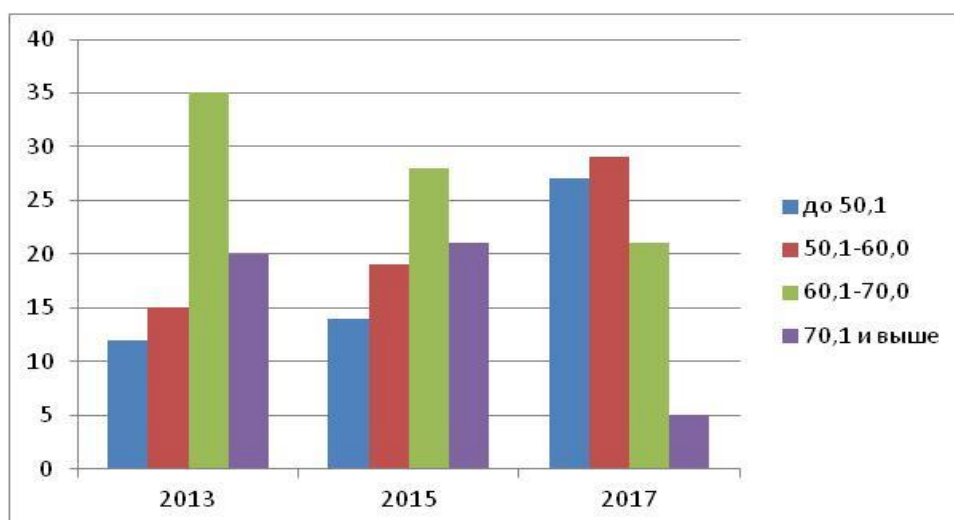


Рисунок 14. Динамика распределения числа МСЧ по числу случаев временной утраты трудоспособности сотрудников на 100 работающих

С 2013 г. по 2017 г. показатель числа случаев с ВУТ возрос в 22-х МСЧ, снизился – в 60-ти. Рост показателя в большинстве МСЧ был незначительным: в 15-ти из 22-х МСЧ показатель числа случаев ВУТ вырос не более чем 10,0 случаев на 100 работающих. Наибольший рост показателя составил 24,15 случаев на 100 работающих. В одной из медико-санитарных частей произошло снижение показателя заболеваемости с ВУТ более чем на 50 случаев. Значительное снижение показателя (более 30,0) отмечалось в 4-х медико-санитарных частях (Таблица 26).

Таблица 26. Распределение МСЧ по показателю динамики числа случаев ВУТ на 100 работающих в 2013-2017 гг.*)

Показатель динамики числа случаев ВУТ	Число МСЧ	
	снижение	рост
30,1 и более	5	1
20,1-30,0	12	0
10,1-20,0	14	6
0 -10,0	29	15
Итого	60	22

*) исключены 2 медико-санитарные части, организованные в течение рассматриваемого периода

В 2017 году в половине МСЧ (52%) показатель числа дней ВУТ составил 601-800 дней на 100 работающих. Аналогичный показатель в 2013 г. составил 39%. В 2013-2017 гг. отмечается снижение числа МСЧ, в которых были зарегистрированы высокие (800 дней и выше) показатели числа дней ВУТ. Так, в 2013 г. в 40 МСЧ показатель числа дней ВУТ превышал 800 дн., а в 2017 г. – только в 17-ти МСЧ (Таблица 27, Рисунок 15).

Таблица 27. Распределение МСЧ по числу случаев временной утраты трудоспособности сотрудников на 100 работающих в 2013-2017 гг.*)

Число дней ВУТ на 100 работающих	Число МСЧ					
	Абс.			%		
	2013	2015	2017	2013	2015	2017
400 и менее	1	0	3	1,2	0,0	3,6
401-600	9	15	19	11,0	18,3	23,2
601-800	32	30	43	39,0	36,6	52,4
801-1000	34	35	16	41,5	42,7	19,5
1001 и более	6	2	1	7,3	2,4	1,2
Итого	82	82	82	100,0	100,0	100,0

*) исключены 2 медико-санитарные части, организованные в течение рассматриваемого периода

С 2013 г. по 2017 г. показатель числа дней ВУТ возрос в 20-ти МСЧ, снизился – в 62-х. Рост показателя в большинстве МСЧ был незначительным (Таблица 28).

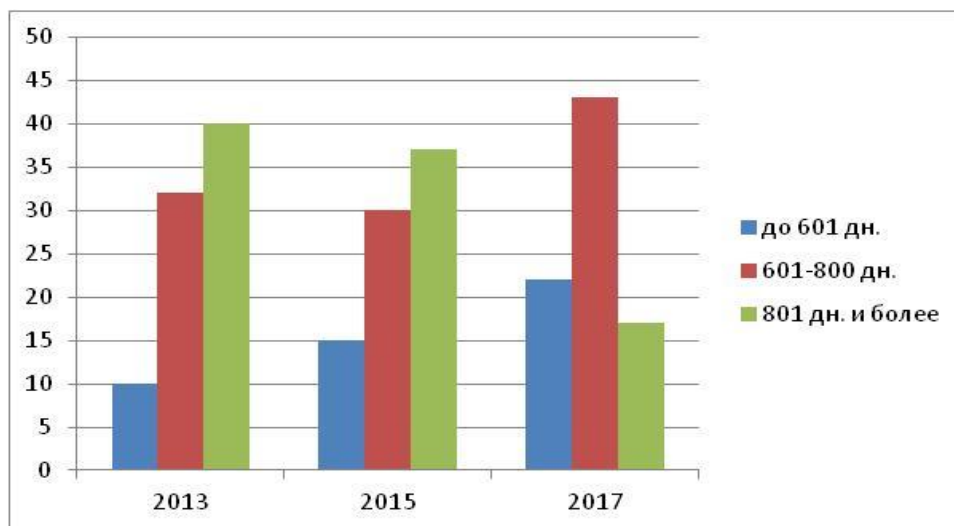


Рисунок 15. Динамика распределения числа МСЧ по числу дней временной утраты трудоспособности сотрудников на 100 работающих

Наибольший рост показателя отмечается в ФКУЗ «МСЧ МВД России 157» (348 дн.) и в ФКУЗ «МСЧ МВД России 174» (244 дн.). Значительное снижение показателя отмечается в ФКУЗ «МСЧ МВД России 123» (727 дней) и в ФКУЗ «МСЧ МВД России 142» (614 дней).

Таблица 28. Распределение МСЧ по показателю динамике числа дней ВУТ в 2013-2017гг.*)

Показатель динамики числа дней ВУТ (число дней)	Число МСЧ	
	снижение	рост
100 и менее	23	13
101-200	14	5
201-300	14	1
301-400	6	1
401 и выше	5	0
Итого	62	20

*) исключены 2 медико-санитарные части, организованные в течение рассматриваемого периода

В процессе исследования была сформирована группа медико-санитарных частей, в которых в течение рассматриваемого периода отмечались негативные тенденции смертности и инвалидности (рост

показателей). Число МСЧ, удовлетворяющих данным условиям, составило 11. Нами были проанализированы показатели объемов и ресурсной обеспеченности медицинской помощи в данной группе МСЧ. Выявлено, что в большинстве МСЧ данной группы отмечается рост объемов медицинской помощи. Так, рост относительных показателей числа койко-дней и посещений отмечается в 6-ти МСЧ данной группы, относительных показателей госпитализации - в 8-ми МСЧ. Несмотря на это, относительные показатели объемов медицинской помощи в большинстве МСЧ данной группы остаются низкими. По любому из 3-х перечисленных относительных показателей объемов медицинской помощи превышение среднего уровня отмечается только в 2-х МСЧ.

Одновременно, для данной группы МСЧ характерны низкие показатели ресурсной обеспеченности медицинской помощи. Превышение средних показателей обеспеченности врачами и обеспеченности средним медицинским персоналом отмечается только в одной МСЧ, превышение среднего показателя обеспеченности обслуживаемого контингента койками круглосуточного стационара - в 2-х МСЧ. В одной МСЧ круглосуточный стационар не организован. При этом отмечается рост показателей ресурсной обеспеченности: в 10-ти МСЧ отмечается рост обеспеченности обслуживаемого контингента врачами, в 7-ми МСЧ – рост обеспеченности койками, рост обеспеченности средним медицинским персоналом также отмечается в 7-ми МСЧ.

Анализ статистических показателей и их динамики позволяет сделать вывод о разнонаправленной динамике показателей развития медицинской службы МВД в разрезе субъектов Российской Федерации, и их значительной дифференциации. Данная ситуация предопределяет необходимость оптимизации управления основными объектами ведомственной системы здравоохранения – медицинскими организациями. Процессный подход может быть выбран как инструмент модернизации управления медицинскими организациями.

Необходимо отметить, что такая ситуация в настоящее время характерна не только для медицинских организаций ведомственной системы, а и, в целом, для системы здравоохранения. Поэтому процессный подход на современном этапе является крайне необходимым инструментом для совершенствования медицинской деятельности на уровне медицинских организаций. Т.к. в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях», то, очевидно, что для эффективного управления медицинской организацией необходимы типовые формализованные процессы, причем не только лечебно-диагностические, но и вспомогательные. При этом, роль вспомогательных процессов в медицинской деятельности крайне высока.

Для того, чтобы осуществить качественную разработку процессов медицинской организации необходимо было разработать научно-методический инструментарий.

3.2. Научно-методический аппарат создания научно-методического инструментария внедрения процессного подхода

Научно-методический аппарат в совокупности образует логически взаимосвязанные элементы научно-теоретических исследований, представляющие собой общие и частные решения научно-теоретических и практических задач соответствующей исследуемой предметной области или проблем (Осетров А.В., Богданов С.А., 2008, Шмелева А.Н., 2015, Юрлова А.А., 2014, Языкова Л.П., 2018).

В данном исследовании под методическим аппаратом мы понимаем методологические подходы и комплекс методик для идентификации реестра вспомогательных бизнес-процессов, создания их моделей и оценки их оптимальности.

В процессе исследования в целях создания научно-методического аппарата создания научно-методического инструментария внедрения процессного подхода реализован следующий состав работ:

- проведен анализ научных публикаций в целях отбора методов и методик для использования в исследовании;
- осуществлена модификация выбранных методов и методик;
- создан (сформирован) единый комплекс взаимосвязанных методик, обеспечивающих создания научно-методического инструментария внедрения процессного подхода.

Совокупность медицинских организаций ведомственной системы здравоохранения МВД России как база формирования научно-методического инструментария и объекта внедрения процессного подхода в управлении обладает следующими характеристиками:

- ограниченное число медицинских организаций, стабильность их сети;
- наличие единой жестко централизованной системы управления медицинскими организациями;
- единство целей, задач, принципов и подходов в организации деятельности с медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, интеграции в единую систему здравоохранения России.

Комплекс данных характеристик, по нашему мнению, предопределяет:

- возможность разработки научно-методического инструментария внедрения процессного подхода в управление на базе медицинских

организаций МВД России с последующей имплементацией в медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения;

– управленческую возможность внедрения разработанного научно-методического инструментария в ведомственной системе здравоохранения с последующей оценкой эффективности;

– возможность имплементации разработанного научно-методического инструментария в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Анализ статистических показателей и их динамики позволяет сделать вывод о разнонаправленной динамике показателей развития медицинской службы МВД в разрезе субъектов Российской Федерации, и их значительной дифференциации. Данная ситуация предопределяет необходимость оптимизации управления основными объектами ведомственной системы здравоохранения – медицинскими организациями. Такая же ситуация характерна и, в целом, для медицинских организаций системы здравоохранения. Процессный подход может быть выбран как инструмент модернизации управления медицинскими организациями. При этом, есть достаточно высокая вероятность, что на базе медицинских организаций ведомственной системы могут быть созданы типовые процессы.

Для организации работы по созданию и внедрению типовых формализованных моделей бизнес-процессов нами был разработан соответствующий научно-методический инструментарий.

ГЛАВА 4. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ РАЗРАБОТКИ МОДЕЛЕЙ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ И МОДЕЛЕЙ БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ РАЗВИТИЯ В ЧАСТИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

4.1. Основные методологические и методические положения разработки моделей вспомогательных бизнес-процессов и моделей бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества

На данном этапе работ проведена разработка (проектирование) моделей вспомогательных бизнес-процессов и моделей бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества медицинской организации (далее – *Модели бизнес-процессов*). Процессное управление является сегодня одной из основных парадигм системы управления качеством, реализуемой в соответствии со стандартом ИСО 9001, в т.ч. и ИСО 9001:2015. Моделирование достаточно широко используется как научная методология в изучении процессов в системе здравоохранения и медицинских организациях.

В целях выполнения указанной работы автором исследования решены следующие задачи и выполнены следующие работы:

- определены методологические и методические положения моделирования вспомогательных бизнес-процессов;
- предложена нотация вспомогательных бизнес-процессов;
- определены формы документирования и представления процессов (моделей);
- изучены научные публикации, публикации практической направленности и НПА по каждому бизнес-процессу;
- определены организационно-методические подходы к разработке и «типизации» моделей;

- проведено анкетирование медицинского персонала на предмет оценки оптимальности процессов asis;
- созданы рабочие группы по разработке и документированию моделей;
- сформированы и представлены в различных вариантах (формах) модели бизнес-процессов;
- определена возможность имплементации моделей в медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения МВД («типизация» моделей).

На наш взгляд, в медицине и организации здравоохранения предпочтительнее использовать функциональные модели бизнес-процессов, а не объектно-ориентированные. Связано это с тем, что функциональный подход к моделированию является интуитивно-понятным для медицинских работников.

Функциональные компоненты модели (Ф) процесса управления могут быть представлены параметром *Деятельность*. Структурные компоненты модели представляют собой связи между функциональными компонентами - деятельностью.

Информационные компоненты модели являются входной/выходной информацией. Таким образом, в данной модели входными и выходными параметрами являются информационные компоненты. Входными параметрами управленческого процесса в данной модели являются нормативные документы различных уровней, в т.ч. локальные нормативные акты, являющиеся результатами выполнения предшествующих этапов процесса, выходными - локальные нормативные документы.

Модель имеет динамический характер, т.к. отражает последовательность реализации функций, позволяет разбить процесс на более мелкие подпроцессы различной степени детализации и степени наполнения.

В процессе проектирования (построения) модели процесса с использованием выбранной методологии решаются следующие задачи:

- определяется состав компонентов (подпроцессов) процесса;
- формируются взаимосвязи;
- формируется последовательность подпроцессов (компонентов),

т.е. этапность бизнес-процесса.

Поскольку должна быть обеспечена имплементация моделей в различных медицинских организациях, обязательным компонентом разработки модели является идентификация ее вариабельности.

Также, в целях имплементации моделей, определена трудоемкость моделированного процесса.

Решение об оптимальности модели и возможности ее имплементации принималось экспертной группой по типизации моделей. При необходимости проводилась доработка бизнес-процесса рабочими группами.

Как мы считаем, сформированные нами методологические и методические подходы к моделированию (разработке) вспомогательных процессов отвечают требованиям процессного подхода, т.к. позволяют идентифицировать состав компонентов (работ) процесса, их взаимосвязь и последовательность.

Обоснование нотации моделей вспомогательных бизнес-процессов и моделей бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества

Нотации функциональных моделей бизнес-процессов, предназначенные для использования в медицине и организации здравоохранения, были разработаны Берсеновой Е.А.(2005г.)

В основу построения рассматриваемых нотаций Берсеновой Е.А. были положены следующие принципы:

- бизнес-процессы медицинской организации в ходе моделирования должны быть представлены графическом формализованном виде;

- представление должно быть доступным (доступно), главным образом, для обсуждения с медицинскими работниками (врачами и средним медицинским персоналом).

- представление должно быть пригодным для использования при дальнейшем реинжиниринге с использованием различных методов моделирования.

Так как деятельность медицинских организаций достаточно многообразна и сложна, и представлять ее в виде линейного списка диаграмм сделает невозможным восприятие подобного типа моделей, то предлагается использовать иерархическое классифицирование групп бизнес-процессов с раскрытием конечного элемента в данной классификации посредством диаграмм деятельности.

На первом уровне иерархии организационных единиц дочерние элементы к корневой организационной единице было решено изображать не последующей диаграммой, а на первой диаграмме вместе с отображением корневой единицы. Данное решение мотивировалось необходимостью отражать на верхнем уровне организационный состав с целью обеспечения быстрой навигации по модели. Кроме того, такая нотация способствует мгновенному пониманию предназначения модели.

Соответственно выделению константных и варьируемых бизнес-процессов, на диаграммах указывается, что бизнес-процесс является варьируемым. Нами предлагается указывать это в качестве Note (заметки), связанной с данным бизнес-процессом.

Организационную единицу конечного уровня иерархии классификации бизнес-процессов с целью детализации описания рассматриваемого бизнес-процесса предлагается раскрывать диаграммой деятельности. Однако просто блок-схема процесса (в соответствии со стандартной нотацией UML) не

достаточно информативна. Рассматриваемая детализация бизнес-процесса должна быть максимально полной, т.е. содержать максимум информации о бизнес-процессе. Кроме того, она должна быть легко воспринимаемой специалистами-медиками.

Данная нотация не применялась для моделирования вспомогательных процессов в медицинской организации. Мы считаем, что при условии ее модификации она может быть применена с этой целью.

Нами проведена доработка данной нотации в направлении отражения входной для процесса информации. Мы предлагаем отдельно показывать, какой вид документа поступает на вход бизнес-функции: а) печатный; б) сведения в произвольной форме; в) электронный документ.

Вследствие этого нами предлагается следующая нотация диаграммы деятельности для описания бизнес-процесса.

Базовыми компонентами схемы модели являются следующие:

- входная/выходная информация;
- деятельность (основные действия);
- подразделения – структурные подразделения медицинской организации, ответственные за осуществление конкретных действий (деятельности), или вовлеченные в нее;
- должностные лица, ответственные за выполнение тех или иных действий (деятельности);
- бизнес-правила, на основании которых сформирована схема действий.

Диаграмма деятельности посредством разделителей (swimline) делится на следующие зоны:

- входная/выходная информация;
- деятельность;
- подразделение;
- должность;

– бизнес-правила.

Как бизнес-правила могут использоваться ссылки на нормативные документы, определяющие те или иные действия их последствия и условия осуществления. Следует отметить, что зона «бизнес-правила» формируется лишь в случае, если с процессом, для отображения которого строится данная диаграмма деятельности, связаны соответствующие бизнес-правила.

В качестве условных обозначений на схеме применяются стрелки (показывают последовательность действий) и пунктирные линии (показывают взаимосвязи между компонентами схемы). Геометрическая фигура сплошной круг используется для обозначения начала (инициации) процесса, двойной круг – окончание (финиш) процесса. Применяемая нотация обеспечивает, по нашему мнению, достаточно понятное для руководителей и сотрудников представление процесса.

Как мы считаем, преимущество предлагаемого нами представления модели (по сравнению с методологией IDEF SADT) является доступность восприятия для членов рабочей группы.

Формализация и документирование моделей вспомогательных бизнес-процессов и моделей бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества

Формализация и документирование – первый шаг к управлению процессом, оценке его результативности и эффективности, делегировании процесса или его компонентов, конкурентоспособности медицинской организации. В процессе создания системы управления качеством документированию подлежат все идентифицированные процессы в организации. Формы документирования процессов могут быть различны. Выбор формы документирования процесса и уровня детализации во многом зависит от таких характеристик процесса как устойчивость и повторяемость. В зависимости от этих характеристик процессы подразделяют на постоянные, непостоянные, многовариантные. Вспомогательные процессы в

медицинской организации являются, как правило, постоянными, хотя и осуществляются с разной частотой и периодичностью.

Как показывает анализ научных и практических публикаций, документирование бизнес-процесса может осуществляться с использованием следующих форм:

- графическое представление;
- текстовое описание; такая форма представления модели является более удобной для сотрудников, т.к. в медицинской организации процессы регламентируются приказами и распоряжениями, т.е. текстовыми документами;
- технологическая карта.

Документирование бизнес-процессов и их моделей с представлением их в графической форме

В рамках создания системы управления для документирования широко используются графические формы представления процесса. Графическая форма представления процессов на наш взгляд, является удобной для пользователей модели. Базовым преимуществом графической формы представления является такое качество как наглядность, являющееся следствием визуализации процесса в целом и отдельных операций. Он также может использоваться для обучения новых сотрудников организации, как наглядное отображение алгоритма деятельности внутри стандартной операционной процедуры (СОПа).

Графическое представление, как показано выше, является одним из вариантов проектирования модели процесса.

Преимуществом представления процесса в графической форме является:

- «визуализация» (наглядное представление) проекта в единстве и определенной последовательности выполнения его компонентов; при этом визуализация является одним из вариантов интеллектуального анализа процесса;

- определение входных и выходных результатов подпроцессов;
- наглядное формирование подходов к определению вариабельности модели.

Следует также отметить, что разработка модели ориентирована на графическое представление.

Документирование бизнес-процессов и их моделей с представлением их в текстовой форме

Одновременно с представлением моделей в графической форме в данном исследовании нами применено текстовое описание моделей. Для обеспечения единообразия текста и наилучшего понимания членами рабочих и экспертных групп нами разработан шаблон текстового представления моделей. Шаблон включает:

- наименование (идентификация) процесса;
- начало (инициация) процесса;
- четкое представление последовательности (этапности) подпроцессов;
- наименование (идентификация) подпроцесса;
- участники подпроцесса;
- результаты подпроцесса;
- окончание процесса;
- целевые показатели процесса;
- организация мониторинга и контроля процесса и его результатов;
- риски процесса и меры по их устранению/снижению.

В здравоохранении постепенно развивается практика формирования технологических карт и использования их в качестве организационно-распорядительного документа. Так, в системе здравоохранения Рязанской области утвержден большой пакет нормативных документов по регламентации различных медицинских услуг на основе использования технологической карты (Приказы Министерства здравоохранения Рязанской

области «Об утверждении технологических карт на медицинские услуги по специальности...»).

Имеются и научные публикации по данному вопросу. Но практика формирования технологических карт в настоящее время реализуется по отношению к лечебно-диагностическим процессам. Нам не удалось найти ни одной научной публикации или нормативного акта по формированию или утверждению технологической карты на вспомогательные процессы в медицинской организации. К ним мы относим все процессы, происходящие в медицинской организации за исключением, непосредственно, диагностики и лечения. К таковым возможно отнести достаточно широкий круг процессов, начиная от эксплуатации зданий до формирования медицинской документации. Именно эти процессы обеспечивают «физическое» существование медицинской организации и ее функционирование.

Наличие организационно-технологических документов, в том числе таких как технологические карты, и их использование во многом определяют конкурентоспособность организации. Разработка технологических карт важна для выбора наиболее оптимального варианта реализации процесса и, на этой основе, унификации процессов в системе в целом, что повышает ее управляемость и способствует экономии ресурсов (Новолодский А.И., Таевский Б.В., Кицул В.С., Щуко А.Г., Юрьева Т.Н., 2015; Жемчугов А.М. и соавт., 2017, Зайцев А.В. , 2017, Запорожцев А.В., 2017 Построение процессных карт: как и почему? [Электронный ресурс]; Карта процесса [Электронный ресурс]).

Полный состав технологических карт обеспечивает документирование технологии работы и управления организацией в целом. Основные требования к формированию технологических карт вспомогательных процессов медицинской организации сформированы нами на основании отдельных положений ГОСТ ИСО 9001 и публикаций (научных и практических). По нашему мнению, требования к формированию карты технологического процесса должны охватывать следующие аспекты:

- полнота документирования процесса в карте;
- состав элементов (компонентов) технологической карты;
- обязательное наличие методов оценки эффективности/результативности процесса;
- сложность формирования карты;
- унификация карт для процессов различных видов;
- форма документирования процесса (шаблон карты).

Полнота документирования процесса в карте должна быть достаточна для формирования устойчивых и идентифицируемых результатов. Полнота документирования процесса в карте, с другой стороны, не должна быть избыточна; отдельные детали даже устойчивых процессов могут быть вариативны без существенных влияний на результат процесса; избыточное детализирование в карте может затруднять формирование карты и мониторинг процесса (Карта процесса; электронный ресурс, 2018).

Стандарт ИСО 9001:2008 не устанавливает каких-либо требований по детализации процессов или их описанию (ГОСТ Р ИСО 9001-2015.).

Главное требование стандарта - процессы должны находиться в управляемых условиях. Поэтому детализировать процессы необходимо таким образом, чтобы эти управляемые условия обеспечить. Детализация, представляемая в картах процессов, обычно соответствует уровню управления всей организацией и уровню управления взаимодействием подразделений. В отдельных случаях, в картах процессов детализируют ход процесса внутри подразделений. По нашему мнению, уровень детализации карты вспомогательных процессов медицинской организации должен обеспечить его выполнение как типового в другой организации, т.е. должна быть возможность его воспроизведения в том же составе операций и их последовательности на основе документирования в карте. С этой точки зрения, важно отразить общую последовательность работ, организационные единицы, участвующие в их выполнении. Кроме того, одним из важнейших

требований к картам технологических процессов является возможность идентификации кадров ресурсов и, возможно, штатных структур, необходимых для выполнения процесса.

Сложность формирования карты должна определяться возможностью ее создания в организации без привлечения сторонних разработчиков.

Обязательными элементами технологической карты вспомогательных процессов медицинской организации являются:

- наименование (идентификация) процесса;
- владелец процесса;
- участники процесса;
- начало (инициация) процесса;
- результат(ы) (окончание) процесса;
- целевые показатели процесса;
- организация мониторинга и контроля процесса и его результатов;
- операции процесса с указанием их исполнителей и условий их отмены/изменения при необходимости;
- основные риски процесса: факторы риска, прогнозируемые последствия, действия, направленные на минимизацию/устранение рисков.

Единство формы карты в значительной мере предопределяет унификацию подходов к формированию, реализации, мониторингу и контролю процессов в медицинской организации.

Хотелось бы выразить мнение, что в системе здравоохранения технологические карты (карты технологических процессов) и формализованные модели бизнес-процессов (лежащие в основе СОПов) должны стать одним из обязательных документов при лицензировании и решении вопросов о финансировании, подтверждающих готовность организации к выполнению работ, соблюдении определенных требований к качеству и рациональному использованию ресурсов. Следует отдельно заметить, что с использованием такого же подхода следует моделировать

процессы, связанные с внедрением к использованию в медицинской организации лексического анализа медицинских документов как элемента системы внутреннего контроля качества (Берсенева Е.А., Седов А.А. Автоматизированный лексический контроль как средство повышения качества медицинских документов. // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 2. – С. 49-53, Захарова О.В., 2014, Ильенкова Н. Д., 2016, Калентьева Ю. Н., 2018).

Членами рабочих групп по разработке моделей бизнес-процессов было высказано мнение, что для проведения работ по разработке, оптимизации и типизации моделей достаточными являются два варианта представления моделей:

- сочетание графического и текстового представления моделей;
- технологические карты.

Для проведения работ был выбран первый из указанных вариантов.

Технологические карты в данном исследовании не формировались, но требования к их формированию учтены при разработке шаблона текстового описания (представления) модели. Основанием отказа от их использования в данном исследовании также стало мнение членов рабочих групп.

Тем не менее, на основании изучения и анализа требований к формированию технологических карт состав данных модели был дополнен такими характеристиками как:

- целевые показатели процесса;
- организация мониторинга и контроля процесса и его результатов;
- основные риски процесса: факторы риска, прогнозируемые последствия, действия, направленные на минимизацию/устранение рисков.

Методические подходы к определению variability моделей вспомогательных бизнес-процессов и моделей бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества

Необходимость вариабельности моделей бизнес-процессов на этапе их создания обусловлена практической потребностью диверсификации разработанной модели процесса с целью имплементации ее в различных медицинских организациях при внедрении процессного подхода.

В данном исследовании направления вариабельности определены для типовых моделей, подлежащих внедрению (имплементации).

Исходя из представления модели, вариабельность модели может быть реализована по следующим направлениям:

- изменение состава функциональных компонентов;
- изменение последовательность реализации функциональных компонентов;
- изменение структурных компонентов;
- изменение информационных компонентов.

Возможность реализации направлений вариабельности определяется характером процесса. Так, например, применительно к процессу организации и реализации охраны труда, вариабельность может касаться практически только последовательности реализации функциональных компонентов, т.к. весь процесс жестко регламентирован нормативными документами. Условием корректного изменения последовательности реализации функциональных компонентов является определение обязательных начальных условий реализации подпроцесса. В дополнение к входной информации по каждому этапу к ним относятся обязательность выполнения предыдущих этапов для каждого последующего. В главе 4 для модели каждого бизнес-процесса определены возможные варианты вариабельности.

4.2. Организационно-методические подходы к работе по формированию моделей вспомогательных бизнес-процессов и моделей бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества

Перед началом работ по формированию моделей вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации – базе исследования было проведено анкетирование персонала на предмет оптимальности организации вспомогательных бизнес-процессов. Для анкетирования была разработана анкета.

Анкета персонала по оценке организации вспомогательных процессов

Категория персонала: медицинский (1), немедицинский (2), руководящий (3)

Данные медицинского персонала:

пол: м(1) ж(2); **возрастная группа:** 0-19 (1), 20-29 (2), 30-39 (3), 40-49 (4), 50-59 (5), 60 и старше (6); **категория медицинского персонала:** врач (1); средний медицинский работник (2); **длительность работы в МО:** менее 1 года (1), 1-5 лет (2); более 5-ти лет (3).

Считаете ли Вы, что указанные ниже процессы в нашей медицинской организации организованы оптимально (поставьте отметку)?

Вспомогательные процессы	Ответы:		
	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
1. Проведение плановой инвентаризации материальных ценностей			
2. Контроль за правильностью хранения, использования, учета расходов перевязочного материала и медикаментов			
3. Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов			
4. Осуществление учета материальных ценностей			
5. Проведение служебной проверки			
6. Проведение совещаний, на которых рассматриваются вопросы, связанные с работой подразделения			
7. Выполнение работ силами сторонних организаций			
8. Планирование, организация и контроль соблюдения требований охраны труда			
9. Проведение инструктажей по охране труда			
10. Проведение специальной оценки условий труда			
11. Проведение предварительных медицинских осмотров			
12. Проведение периодических медицинских			

Вспомогательные процессы		Ответы:		
		Да	Нет	Затрудняюсь ответить
осмотров				
13. Расследование и учет несчастных случаев				
14. Процесс использования автотранспорта				
15. Списание основных средств				
16. Метрологический контроль средств измерений				
17. Обработка входящего документа				
18. Обработка исходящего документа				
19. Контроль технического состояния оборудования перед использованием				
20. Текущий контроль технического состояния				
21. Плановый контроль технического состояния				
22. Текущее техническое обслуживание				
23. Плановое техническое обслуживание				
24. Ремонт оборудования				
25. Выполнение работ по заявкам структурных подразделений				
26. Проведение обучения персонала				
27. Отбор кандидатов на вакантные должности				
28. Разработка внутренних локальных нормативно-правовых актов				
29. Планирование				
30. Разработка СОП				
Есть ли у Вас предложения по оптимизации процессов?				xxxxxxxx
Ваши предложения:				
Номер процесса	Предложения			

Результаты анкетирования приведены в таблице (Таблица 29).

Таблица 29. Результаты анкетирования персонала по оптимальности организации вспомогательных бизнес-процессов

Вспомогательные процессы	Всего ответивших на вопрос:	в т.ч. число ответов:		
		Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Абсолютные значения показателей				
Проведение плановой инвентаризации материальных ценностей	130	87	4	39
Контроль за правильностью хранения, использования, учета расходов перевязочного материала и медикаментов	130	98	1	31

Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов	129	90	39	0
Осуществление учета материальных ценностей	130	91	4	35
Проведение служебной проверки	125	82	7	36
Проведение совещаний, на которых рассматриваются вопросы, связанные с работой подразделения	129	110	9	10
Выполнение работ силами сторонних организаций	130	54	14	62
Планирование, организация и контроль соблюдения требований охраны труда	129	92	18	19
Проведение инструктажей по охране труда	130	106	15	9
Проведение специальной оценки условий труда	129	88	15	26
Проведение предварительных медицинских осмотров	129	110	5	14
Проведение периодических медицинских осмотров	130	117	7	6
Вспомогательные процессы	Всего ответивших на вопрос:	в т.ч. число ответов:		
		Да	Нет	Затрудняюсь ответить
	Абсолютные значения показателей			
Расследование и учет несчастных случаев	130	64	4	62
Процесс использования автотранспорта	127	85	5	37
Списание основных средств	129	72	14	43
Метрологический контроль средств измерений	130	88	10	32
Обработка входящего документа	129	87	3	39
Обработка исходящего документа	129	85	5	39
Контроль технического состояния оборудования перед использованием	130	85	11	34
Текущий контроль технического состояния	130	77	24	29
Плановый контроль технического состояния	130	75	23	32
Текущее техническое обслуживание	129	77	25	27
Плановое техническое обслуживание	128	76	25	27
Ремонт оборудования	130	71	36	23
Выполнение работ по заявкам структурных подразделений	129	88	12	29
Проведение обучения персонала	130	98	13	19
Отбор кандидатов на вакантные должности	129	73	10	46
Разработка внутренних локальных нормативно-правовых актов	130	75	11	44

Планирование	130	80	5	45
Разработка СОП	129	52	3	74
	Удельный вес (%)			
Проведение плановой инвентаризации материальных ценностей	100%	70,0	3,1	26,9
Контроль за правильностью хранения, использования, учета расходов перевязочного материала и медикаментов	100,0%	66,9	3,1	30,0
Вспомогательные процессы	Всего отвечивших на вопрос:	в т.ч. число ответов:		
		Да	Нет	Затрудняюсь ответить
	Удельный вес (%)			
Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов	100,0%	75,4	0,8	23,8
Осуществление учета материальных ценностей	100,0%	69,8	30,2	0,0
Проведение служебной проверки	100,0%	70,0	3,1	26,9
Проведение совещаний, на которых рассматриваются вопросы, связанные с работой подразделения	100,0%	65,6	5,6	28,8
Выполнение работ силами сторонних организаций	100,0%	85,3	7,0	7,8
Планирование, организация и контроль соблюдения требований охраны труда	100,0%	41,5	10,8	47,7
Проведение инструктажей по охране труда	100,0%	71,3	14,0	14,7
Проведение специальной оценки условий труда	100,0%	81,5	11,5	6,9
Проведение предварительных медицинских осмотров	100,0%	68,2	11,6	20,2
Проведение периодических медицинских осмотров	100,0%	85,3	3,9	10,9
Расследование и учет несчастных случаев	100,0%	90,0	5,4	4,6
Процесс использования автотранспорта	100,0%	49,2	3,1	47,7
Списание основных средств	100,0%	66,9	3,9	29,1
Метрологический контроль средств измерений	100,0%	55,8	10,9	33,3
Обработка входящего документа	100,0%	67,7	7,7	24,6
Обработка исходящего документа	100,0%	67,4	2,3	30,2
Контроль технического состояния оборудования перед использованием	100,0%	65,9	3,9	30,2
Текущий контроль технического состояния	100,0%	65,4	8,5	26,2
Вспомогательные процессы	Всего отвечивших на вопрос:	в т.ч. число ответов:		
		Да	Нет	Затрудняюсь ответить

	Удельный вес (%)			
Плановый контроль технического состояния	100,0%	59,2	18,5	22,3
Текущее техническое обслуживание	100,0%	57,7	17,7	24,6
Плановое техническое обслуживание	100,0%	59,7	19,4	20,9
Ремонт оборудования	100,0%	59,4	19,5	21,1
Выполнение работ по заявкам структурных подразделений	100,0%	54,6	27,7	17,7
Проведение обучения персонала	100,0%	68,2	9,3	22,5
Отбор кандидатов на вакантные должности	100,0%	75,4	10,0	14,6
Разработка внутренних локальных нормативно-правовых актов	100,0%	56,6	7,8	35,7
Планирование	100,0%	57,7	8,5	33,8
Разработка СОП	100,0%	61,5	3,8	34,6

Результаты анкетирования стали ориентиром для определения оптимальности каждой модели бизнес-процесса и необходимости доработки модели asis в направлении astobe.

Анкетирование показало, что часть процессов может быть представлена asis, часть - astobe. Но при этом модели asis одновременно должны являться моделями astobe. Данная задача может быть решена как на основании основных нормативных документов и научных публикаций по проблеме.

Также результаты анкетирования в соответствии с представленной ниже анкетой были использованы для оценки эффективности оптимизации моделей бизнес-процессов в медицинской организации – базе исследования (Д.М. Гвишиани, 1974).

Для формирования моделей вспомогательных бизнес-процессов исполнителем исследования в медицинской организации, являющейся базой исследования, были созданы рабочие группы. Рабочая группа была создана для каждого процесса, идентифицированного на предыдущем этапе – этапе идентификации процессов. Руководителями рабочих групп были определены руководители подразделений, исполняющих в настоящее время большинство функций, относящихся к тому или иному идентифицированному процессу. В состав членов рабочих групп включены сотрудники организации,

выполняющие те или иные функции идентифицированного бизнес-процесса. Руководители рабочих групп были ознакомлены с методическими подходами к формированию моделей бизнес-процессов. В свою очередь руководители рабочих групп ознакомили их членов с указанными методическими подходами. До начала проведения работ было проведено общее установочное совещание. На совещании присутствовали все руководители рабочих групп и, по желанию и возможности, члены рабочих групп.

В процессе разработки моделей исполнителем работ проводились консультации руководителей рабочих групп (в присутствии членов рабочей группы при необходимости).

Период разработки моделей составил 1 год.

Организационно-методические подходы к «типизации» состава базовых вспомогательных бизнес-процессов и бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества и их моделей

Понятие типовых технологических процессов широко применяется в производстве. Типизация технологических процессов должна обеспечить устранение многовариантности реализации бизнес-процессов. Основой процесса типизации является использование научных подходов, опыта. Целью типизации является обеспечение рационального использования материальных и трудовых ресурсов с учетом конкретных производственных условий производства, т.е. экономические соображения. «Типовой» технологический процесс имеет единство содержания и последовательности большинства технологических операций и переходов. Типовой технологический процесс должен быть рациональным в конкретных производственных условиях, характеризоваться единством содержания и последовательности большинства технологических операций, обладающих общими функциональными признаками. Типовые технологические процессы разрабатывают на основе анализа действующих и возможных технологических процессов.

Технологический процесс - это последовательность технологических операций, необходимых для выполнения определенного вида работ. С этой точки зрения вспомогательных бизнес-процессы медицинской организации можно рассматривать как технологические процессы. С точки зрения этапности типизации идентификация базовых бизнес-процессов и их моделирование уже являются шагами к типизации.

В данном исследовании целью типизации состава базовых вспомогательных процессов и их моделей, разработанных в медицинской организации - базе исследования, является определение возможности их применения в других медицинских организациях с аналогичными функциями и задачами, включая ограничения их изменений (вариабельность). Определение ограничений необходимо в целях универсализации процессов в медицинских организациях. В противном случае такая цель внедрения процессного подхода как оптимизация процессов, например, в ведомственной системе здравоохранения, на основе процессного подхода не будет достигнута.

К типовым бизнес-процессам можно отнести процессы, которые в обязательном порядке реализуются в медицинских организациях.

Типовую модель бизнес-процесса, в принципе, можно было бы определить как модель в наибольшей мере, соответствующую реализации бизнес-процесса в различных медицинских организациях. Однако, такое определение бизнес-модели не несет в себе характера перспективности модели. По сути, это сведение модели от *astobe* к *asis*.

В нашем исследовании для типовой модели бизнес-процесса медицинской организации сформированы следующие требования:

- представление моделей в категориях практического опыта, доступность понимания и рассмотрения экспертами;
- возможность применения без значительных изменений в медицинских организациях, аналогичных по структуре и функциям базовой медицинской организации;

- адаптируемость к конкретным условиям деятельности медицинской организации;
- оптимальность представления для практического применения (без излишней детализации);
- обеспечение оптимальности расходования ресурсов.

В целях проведения типизации состава и моделей бизнес-процессов исполнителем диссертационного исследования была сформирована экспертная группа. Число членов экспертной группы составило 10 чел., что обеспечивает обоснованную оценку модели в плане возможности ее применения как типовой (Русопов В.Л. Методы определения количества экспертов// [Вестник Иркутского государственного технического университета](#). – 2015 - №3/98 – с.285-292).

Основными критериями отбора экспертов явились следующие:

- должность - руководитель/заместитель руководителей медицинских организаций МВД России (соответственно – высшее медицинское образование);
- стаж работы в должности – не менее трех лет;

Критерии отбора сформированы, исходя из следующих предположений:

- назначение на должность руководителя (заместителя) медицинской организации осуществляется на основе признания компетенций данного специалиста, в том числе компетенций по руководству медицинской организацией, что предполагает знание НПА, практической организации работы и т.д.; пребывание в должности медицинской организации более трех лет подтверждает данную компетенцию и способствует ее развитию;
- при признании модели процесса типовой, эксперт, как руководитель (заместитель) медицинской организации, будет обеспечивать оптимизацию процесса на основании модели.

Для работы экспертов была разработана анкета. Ответы в анкете предусматривали только альтернативу да/нет. Перед началом анкетирования было проведено установочное совещание в медицинской организации - базе исследования. Характер задачи не позволял сформировать группу экспертов, достаточную по численности для использования процентных показателей мнений экспертов. Поэтому была поставлена задача достижения единого согласованного мнения экспертов по вопросу состава типовых процессов и их моделей. Эксперты могли обращаться за консультациями к сотрудникам своих организаций. Срок первой итерации проведения типизации бизнес-процессов был определен в 1 месяц.

В первой части анкеты экспертам на рассмотрение был представлен перечень основных бизнес-процессов. Задача определения (формирования перечня) типовых процессов была выполнена в две итерации.

Во второй части анкеты экспертам было предложено оценить адекватность требований к типизации моделей.

На третьем этапе экспертам были представлены модели бизнес-процессов в графическом виде и в текстовом описании. Им было предложено провести аналитическую оценку модели и подходов к ее вариативности. Предложения по корректировке модели эксперты могли представить в произвольном виде: устно, в виде правок на графическом представлении модели, в виде правок к текстовому изложению модели. Корректировка моделей была поручена рабочей группе базовой медицинской организации. Рабочей группе не вменялось в обязанность проведения корректировки модели в безусловном порядке по предложениям экспертов. Но в случае наличия предложений по изменению моделей от экспертов и несогласия с ними рабочей группы, члены последней с непосредственным участием исполнителя исследования формировали обоснование тех или иных аспектов модели.

После проведения этапа корректировок модели повторно были представлены экспертам. Поступившие предложения по корректировкам

были не значительны по числу и характеру. Модели были доработаны в процессе проведения совещания экспертов.

Одновременно с аналитической оценкой моделей эксперты отвечали вопросы о соответствии модели требованиям, предъявляемым к типовой модели.

Модели были признаны типовыми после согласования всеми экспертами и наличия всех положительных ответов на соответствие модели требованиям к типизации.

**Типовые вспомогательные бизнес-процессы медицинской
организации
Анкета эксперта**

Код эксперта _____

Раздел 1.

**Типизация перечня вспомогательных бизнес-процессов
медицинской организации**

Вспомогательные процессы	Оценка эксперта:*)
1. Проведение плановой инвентаризации материальных ценностей	
2. Контроль за правильностью хранения, использования, учета расходов перевязочного материала и медикаментов	
3. Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов	
4. Осуществление учета материальных ценностей	
5. Проведение служебной проверки	
6. Проведение совещаний, на которых рассматриваются вопросы, связанные с работой подразделения	
7. Выполнение работ силами сторонних организаций	
8. Планирование, организация и контроль соблюдения требований охраны труда	
9. Проведение инструктажей по охране труда	
10. Проведение специальной оценки условий труда	
11. Проведение предварительных медицинских осмотров	
12. Проведение периодических медицинских осмотров	
13. Расследование и учет несчастных случаев	
14. Процесс использования автотранспорта	
15. Списание основных средств	
16. Метрологический контроль средств измерений	
17. Обработка входящего документа	
18. Обработка исходящего документа	
19. Контроль технического состояния оборудования перед использованием	
20. Текущий контроль технического состояния	

Вспомогательные процессы	Оценка эксперта:*)
21. Плановый контроль технического состояния	
22. Текущее техническое обслуживание	
23. Плановое техническое обслуживание	
24. Ремонт оборудования	
25. Выполнение работ по заявкам структурных подразделений	
26. Проведение обучения персонала	
27. Отбор кандидатов на вакантные должности	
28. Разработка внутренних локальных нормативно-правовых актов	
29. Планирование	
30. Разработка СОП	

***) Согласен/не согласен/требуется разъяснения (да/нет/ требуются разъяснения)**

Раздел 2.

Типизация моделей бизнес-процессов

Требования к типизации модели бизнес-процесса

1. Считаете ли Вы, что параметры типизации моделей определены правильно (да/нет/не знаю)_____.
2. Если Вы не согласны (не совсем согласны) с требованиями к типизации модели, заполните, пожалуйста, следующую таблицу.

Требования к типизации	Оценка эксперта:*)
Представление моделей в категориях практического опыта, доступность понимания и рассмотрения экспертами	
Возможность применения без значительных изменений в ведомственных медицинских организациях, аналогичных по структуре и функциям базовой медицинской организации	
Адаптируемость к конкретным условиям деятельности медицинской организации (на основании разработанных подходов к реинжинирингу)	
Оптимальность представления для практического применения (без излишней детализации)	
Обеспечение оптимальности расходования ресурсов	
Дополните список при необходимости:	

***) Согласен/не согласен/требуется разъяснения (да/нет/ требуются разъяснения)**

Раздел 3.**Типизация моделей бизнес-процессов**

Типизация модели	Оценка эксперта:*)
Модель понятна для понимания	
Модель достаточно детализирована	
Модель излишне детализирована	Контрольный вопрос
Модель может быть применена в Вашей медицинской организации без значительных изменений	
Как Вы считаете, данная модель может быть применена в других организациях здравоохранения?	
Если модель будет применена в Вашей организации, потребуются ли ее изменения?	
Если Вы положительно ответили на предыдущий вопрос: Обеспечат ли предложенные направления изменения модели возможность ее применения в Вашей организации	
Как Вы считаете, если данная модель будет применена в Вашей медицинской организации, приведет ли она к оптимизации использования ресурсов (включая персонал)?	
Как Вы считаете, если данная модель будет применена в медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения, приведет ли она к оптимизации использования ресурсов (включая персонал)?	

*) Согласен/не согласен/требуются разъяснения (да/нет/ требуются разъяснения)

4.3. Обоснование возможности имплементации научно-методического инструментария процессного подхода, разработанного на базе медицинских организаций МВД России, в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения

Медицинская деятельность обеспечивает права граждан на охрану здоровья, что является одной из важнейших задач государства и органов власти. Поэтому она не может быть произвольной (в том числе полностью саморегулируемой) и подлежит контролю со стороны государства вне зависимости от ведомственной или иной принадлежности медицинской организации. В этом аспекте медицинские организации ведомственной системы здравоохранения МВД России не могут составлять и не составляют исключения.

Медицинские организации МВД России интегрированы в единую систему здравоохранения посредством единого законодательно-правового пространства. Медицинская служба МВД России осуществляет свою деятельность в соответствии с федеральными конституционными законами, федеральными законами, актами Президента и Правительства Российской Федерации, международными договорами в области здравоохранения. Соблюдение законодательства предполагает реализацию единых принципов при осуществлении основной (лечебно-диагностической) деятельности, а также соблюдение единых экологических, санитарно-эпидемиологических, гигиенических, противопожарных норм и правил.

Возможность имплементации научно-методического инструментария процессного подхода, разработанного на базе медицинских организаций МВД России, в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения обеспечивается также:

- единой государственной системой лицензирования медицинской деятельности;
- единством федеральных стандартов оказания медицинской помощи;
- включением медицинских организаций МВД России в территориальные программы ОМС.

В заключение отметим, что в число членов экспертной группы при проведении «типизации» моделей процессов были включены представители медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения.

В данном исследовании представлены модели процессов, которые разработаны в пилотной медицинской организации: Клиническом госпитале федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по г. Москве». «Типизация» моделей проведена экспертной группой, в состав которой были включены руководители медико-санитарных частей МВД России, а также

руководители (заместители) медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения. В связи с этим мы считаем, что предложенные нами модели процессов могут быть рекомендованы для использования как в медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения МВД России, так и в других медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также медицинских организациях других ведомств.

ГЛАВА 5. ТИПОВЫЕ И КОМПЛЕКСНАЯ МОДЕЛИ ПРОЦЕССОВ РАЗВИТИЯ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ АКТУАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

5.1. Организационно-методические подходы к идентификации и разработке процессов развития в части внутреннего контроля качества

16 сентября 2019 года вступили в силу Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённые Приказом Министерства здравоохранения РФ от 07.06.2019 № 381н (далее по тексту – Требования, Приказ). Основой его стали Предложения Росздравнадзора по организации данной деятельности, которые были апробированы в ходе пилотного проекта.

До введения данного Приказа вопросы осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль) были отнесены к самостоятельному ведению медицинских организаций. Данным нормативным актом:

- определены цель и задачи внутреннего контроля;
- установлены субъекты его осуществления;
- указаны конкретные мероприятия, которые следует проводить медицинским организациям;
- сформулированы конкретные показатели, которые организации должны будут оценивать при проведении проверок;
- установлены основания, предельные сроки, а также периодичность проведения проверок;
- конкретизировано содержание положения о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, которое необходимо разработать в каждой медицинской организации;
- сформулированы общие полномочия лиц, осуществляющих внутренний контроль;

- описан порядок оформления результатов внутреннего контроля.

В Приказе содержится обширный перечень из 38 групп показателей, которые необходимо будет оценивать при проведении проверок в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Анализ Приказа приводит к ряду выводов:

- медицинским организациям предстоит провести работу по формированию локальных нормативных актов, регламентирующих порядок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (или внесению изменений в действующие в целях устранения противоречий);
- организовать работу по внутреннему контролю в соответствии с требованиями Приказа;
- создать систему сбора и анализа показателей качества деятельности медицинской организации, а также неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи;
- наиболее успешная реализация Приказа может быть обеспечена на основе процессного подхода как базового принципа управления качеством; можно также указать, что Приказ предусматривает разработку алгоритмов действий и СОПов, что уже является элементом процессного подхода; также, по сути, Приказ предусматривает распределение полномочий в системе внутреннего контроля, что также решается использованием процессного подхода;
- необходимы методические рекомендации по реализации Приказа в медицинских организациях.

Последнее из указанных требований связано с тем, что Требования не содержат конкретики по перечню локальных нормативных актов и их положений; показатели не отражают требования к процессам и деятельности персонала на рабочих местах; как правило, у управленческого персонала в медицинских организациях отсутствуют компетенции в области системного управления качеством.

В данной главе сформированы предложения по реализации Приказа на

основе процессного подхода к управлению. Кроме того, данные процессы на стадии проработки и внедрения относятся к классическим «процессам развития», позволяющим после их внедрения в медицинской организации перейти на новый уровень деятельности по основным процессам.

В данной главе представлены организационно-методические подходы к идентификации и формализации процессов развития в части внутреннего контроля качества в медицинской организации, а также сформированные модели данных бизнес-процессов.

Идентификация (формирование реестра) основных вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации проведена в медицинских организациях базы исследования. В целях идентификации процессов нами был реализован следующий перечень работ:

- проведен анализ приказа Минздрава 381 н, а также научных публикаций и публикаций практической направленности;
- разработаны организационно-методические подходы к идентификации (формированию реестра) процессов развития в части контроля качества в медицинской организации;
- разработаны организационно-методические подходы к «типизации» процессов развития в части внутреннего контроля качества в медицинской организации.

5.2. Процессы развития при реализации актуальной модели внутреннего контроля качества, реестр и классификация данных процессов

Основу методики идентификации рассматриваемых бизнес-процессов составляют:

- методические подходы к формированию рабочих групп;
- последовательность итераций (этапов) формирования и уточнения реестра вспомогательных бизнес-процессов.

Для идентификации рассматриваемых бизнес-процессов медицинской организации в МО базы исследования была создана рабочая группа. В состав рабочей группы были включены руководитель медицинской организации (исполнитель исследования), заместители руководителя, руководители подразделений. Общая численность членов группы составила 10 человек. Исследование проведено в 4 этапа.

На первом этапе членам рабочей группы было предложено сформировать список (перечень) процессов «с чистого листа». Т.е. предварительный список членам рабочей группы не был представлен. Членам рабочей группы было дано пояснение, что им необходимо определить процессы, которые обеспечивают реализацию лечебно-диагностического процесса и его качество, также как реализацию всех 38 групп показателей внутреннего контроля качества в соответствии с приказом. Также было рекомендовано при определении процессов на первом этапе не консультироваться друг с другом. При этом было рекомендовано основываться на локальных нормативных актах, собственном опыте, а также, по возможности, изучить научную литературу по данному вопросу. Не запрещалось консультироваться со своими сотрудниками. Таким образом, по сути, рабочая группа работала в расширенном составе. Активно в процесс работы вовлекались сотрудники медицинской организации. Число процессов не ограничивалось. В целях практического выполнения задачи членам рабочей группы был определен срок выполнения задания (1 месяц).

На втором этапе проведена лексическая унификация списков, сформированных членами рабочей группы, в целях исключения дублирования одних и тех же процессов, идентифицированных членами рабочей группы различными формулировками. На данном этапе проводилось уточнение смыслового содержания включенных членами рабочих групп процессов путем собеседования с каждым экспертом исполнителем данного исследования. По результатам данного этапа работ составлен полный список процессов, идентифицированных экспертами.

На третьем этапе членам рабочей группы (каждому) был представлен общий унифицированный список процессов. Им было предложено повторно уже на основе унифицированного общего списка составить обновленный список процессов.

По итогам работ исполнителем исследования был составлен обновленный список процессов. В список были включены процессы, которые были подтверждены 8-мью членами рабочей группы. Также на этом этапе было проведено совещание членов рабочей группы под руководством исполнителя данного диссертационного исследования.

В целях имплементации моделей была проведена их «типизация». «Типизация» преследовала цель оценки возможности применения модели, внедренной в пилотной организации, в других медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения МВД России, а также и в иных медицинских организациях. С этой целью была создана экспертная группа, разработана анкета эксперта. Процесс типизации носил итерационный характер и проводился до формирования согласованного мнения экспертов. Согласованием в данном исследовании считалось положительное мнение восьми из десяти экспертов. В целях достижения согласования отдельные модели были доработаны рабочими группами по разработке моделей по предложениям экспертов.

По итогам решения задачи сформирован реестр основных процессов развития.

Таблица 30. Реестр (карта) процессов развития в части внутреннего контроля качества

№ п/п	Процесс	Тип
1.	Проведение внутреннего аудита	Процесс по всем показателям контроля качества в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2019 г. № 381н Процесс развития
2.	Обучение персонала внутри организации	Процесс по всем показателям контроля качества в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2019 г. № 381н Процесс развития

№ п/п	Процесс	Тип
3.	Оказание медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов, на основе клинических рекомендаций	Процесс по показателям: обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций; обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи Процесс развития
4.	Оценка качества медицинской помощи	Процесс по показателям: обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций; обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи; Процесс развития
5.	Взаимодействие с медицинскими организациями, которые оказывают скорую, в т.ч. скорую специализированную, медицинскую помощь, центрами медицины катастроф	Процесс по показателю: обеспечение взаимодействия медицинской организации с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, Процесс развития
6.	Обеспечение безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах медицинской организации и (перевозе) в другую медицинскую организацию)	Процесс по показателю: соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента Процесс развития
7.	Обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах	Процесс по показателю: обеспечение преемственности оказания медицинской помощи Процесс развития
8.	Получение информированного добровольного согласия	Процесс по показателю: обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина Процесс развития
9.	Организация работы приемного отделения, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме	Процесс по показателю: наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме; осуществление сортировки пациентов; обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме Процесс развития
10.	Сортировка пациентов при поступлении/обращении в зависимости от тяжести состояния и экстренности необходимых вмешательств	Процесс по показателю: осуществление сортировки пациентов Процесс развития
11.	Своевременность оказания помощи при поступлении/обращении пациента в стационар	Процесс по показателям: обеспечение своевременного оказания медицинской помощи; обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций Процесс развития
12.	Экстренное оповещение/сбор персонала	Процесс по показателю: обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве Процесс развития

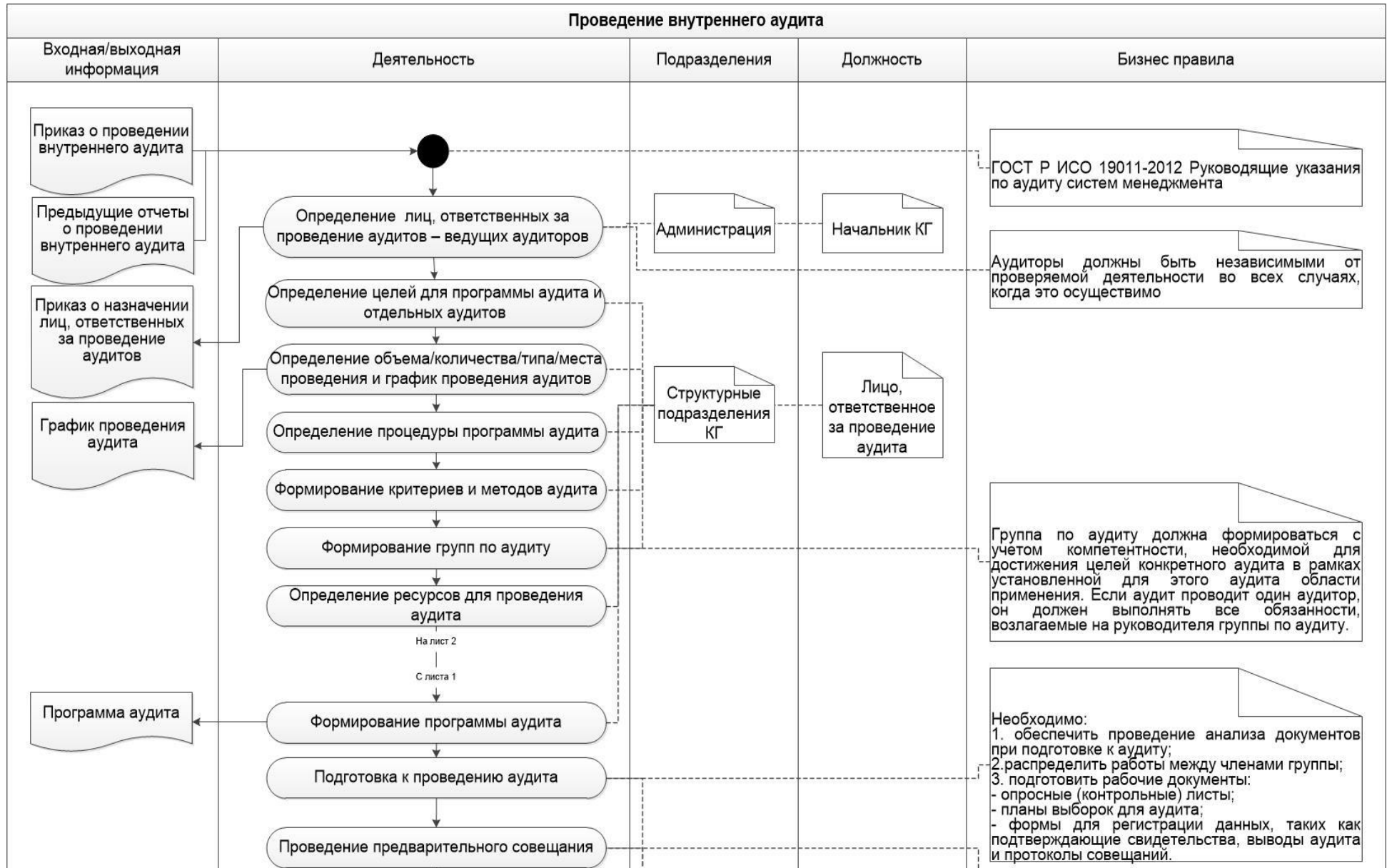
№ п/п	Процесс	Тип
13.	Вызов медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты	Процесс по показателю: обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты Процесс развития
14.	Обеспечение оказания медицинской помощи в экстренной форме	Процесс по показателям: обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме; наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения медицинской организации, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме; осуществление сортировки пациентов; организация управления потоками пациентов Процесс развития
15.	Обеспечение круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований	Процесс по показателю: обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований
16.	Организация безопасной деятельности лабораторного отделения	Процесс по показателю: организация безопасной деятельности клиничко-диагностической лаборатории (отделения), наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов; Процесс развития
17.	Идентификация образцов и прослеживаемость результатов	
18.	Соблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных при осуществлении медицинской деятельности	Процесс по показателям: обеспечение соблюдения врачебной тайны; обеспечение функционирования медицинской информационной системы медицинской организации Процесс развития
19.	Обеспечение комфортных условий пребывания пациентов и организация безопасной среды в медицинской организации	Процесс по показателям: обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях; осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников медицинской организации Процесс развития
20.	Организация безопасного применения лекарственных препаратов	Процесс по показателю: осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов Процесс развития
21.	Обеспечение эпидемиологической безопасности (профилактики ИСМП)	Процесс по показателю: осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности Процесс развития
22.	Мониторинг длительности пребывания пациента в стационаре	Процесс по показателю: проведение мониторинга длительности пребывания пациента в медицинской организации Процесс развития
23.	Безопасное применение медицинских изделий	Процесс по показателю: осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий Процесс развития
24.	Обеспечение хирургической безопасности	Процесс по показателям: осуществление мероприятий при хирургических вмешательствах; обеспечение преемственности оказания медицинской помощи; обеспечение своевременного оказания медицинской помощи Процесс развития
25.	Осуществление мероприятий по облегчению боли	Процесс по показателю: осуществление мероприятий по облегчению боли Процесс развития
26.	Осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов	Процесс по показателям: осуществление мероприятий по обращению донорской крови; обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований; организация безопасной деятельности клиничко-диагностической лаборатории (отделения), наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов Процесс развития
27.	Обеспечение ухода при оказании медицинской помощи	Процесс по показателю: осуществление мероприятий по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи

№ п/п	Процесс	Тип
		Процесс развития
28.	Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни	Процесс по показателю: организация мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни Процесс развития
29.	Выявление онкологических заболеваний на ранних сроках	Процесс по показателю: организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний Процесс развития
30.	Организация работы оперативного отдела	Процесс по показателям: организация работы регистратуры; организация управления потоками пациентов; обеспечение функционирования медицинской информационной системы медицинской организации Процесс развития
31.	Управление потоками пациентов	
32.	Обеспечение функционирования медицинской информационной системы	Процесс по показателям: обеспечение функционирования медицинской информационной системы медицинской организации; организация управления потоками пациентов Процесс развития
33.	Информирование пациентов о медицинской деятельности, о медицинских работниках и об уровне их образования и квалификации	Процесс по показателю: проведение информирования граждан в доступной форме Процесс развития
34.	Организация профилактических медицинских осмотров и диспансеризации	Процесс по показателям: организация проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации организация диспансерного наблюдения Процесс развития
35.	Организация диспансерного наблюдения	
36.	Организация вакцинации	Процесс по показателю: организация проведения вакцинации населения Процесс развития
37.	Организация работы дневного стационара	Процесс по показателю: организация работы дневного стационара Процесс развития
38.	Управление персоналом	Процесс по показателям: осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации; обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований Процесс развития
39.	Система правового информирования персонала	Процесс по показателю: обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи Процесс развития

Процесс «Проведение внутреннего аудита» (Рисунок 16) осуществляется в соответствии с ГОСТ Р ИСО 19011-2012 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента» и включает 20 этапов.

Инициацией процесса «Проведение внутреннего аудита» является приказ о проведении внутреннего аудита и предыдущие отчеты о проведении внутреннего аудита.

1. Определение лиц, ответственных за проведение аудитов – ведущих аудиторов. Бизнес-правило этапа: аудиторы должны быть независимыми от проверяемой деятельности во всех случаях, когда это осуществимо. Выходная информация этапа - приказ о назначении лиц, ответственных за проведение аудитов.
2. Определение целей для программы аудита и отдельных аудитов.
3. Определение объема/количества/типа/места проведения и графика проведения аудитов. Выходная информация - график проведения аудита.
4. Определение процедуры программы аудита.
5. Формирование критериев и методов аудита.
6. Формирование групп по аудиту. Бизнес-правило этапа: группа по аудиту должна формироваться с учетом компетентности, необходимой для достижения целей конкретного аудита в рамках установленной для этого аудита области применения. Если аудит проводит один аудитор, он должен выполнять все обязанности, возлагаемые на руководителя группы по аудиту.
7. Определение ресурсов для проведения аудита.
8. Формирование программы аудита. Выходная информация - программа аудита.
9. Подготовка к проведению аудита. На данном этапе необходимо: обеспечить проведение анализа документов при подготовке к аудиту; распределить работы между членами группы; подготовить рабочие документы: опросные (контрольные) листы, планы выборок для аудита, формы для регистрации данных, таких как подтверждающие свидетельства, выводы аудита и протоколы совещаний.
10. Проведение предварительного совещания. Бизнес-правило: предварительное совещание проводят с теми лицами, которые отвечают за проверяемые подразделения или процессы.
11. Проверка выполнения и результативности корректирующих



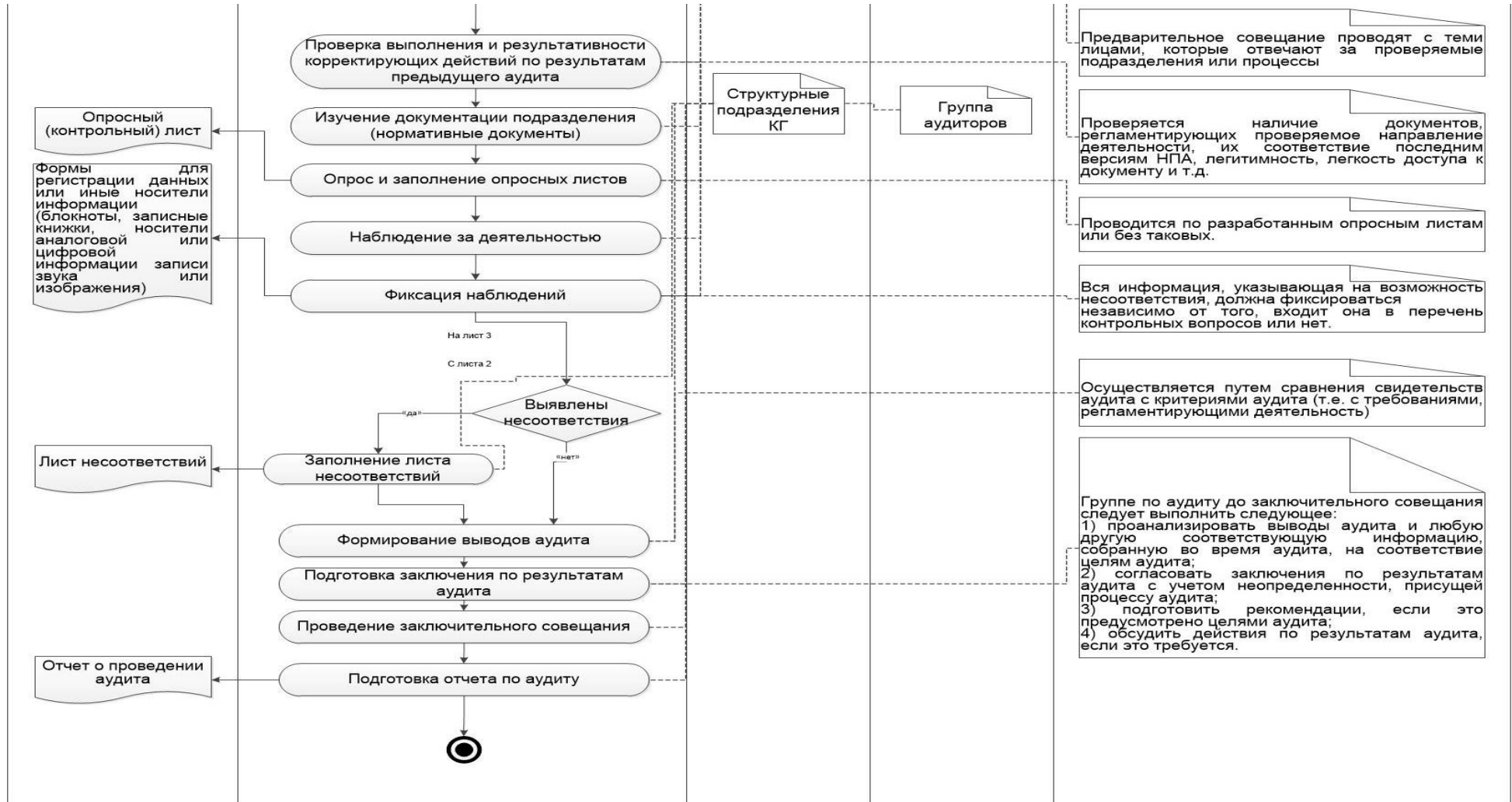


Рисунок 16. Процесс «Проведение внутреннего аудита»

действий по результатам предыдущего аудита. Бизнес-правило: проверяется наличие документов, регламентирующих проверяемое направление деятельности, их соответствие последним версиям НПА, легитимность, легкость доступа к документу и т.д.

12. Изучение документации подразделения (нормативные документы).

13. Опрос и заполнение опросных листов. Бизнес-правило: опрос проводится по разработанным опросным листам или без таковых. Выходной информацией на данном этапе будет опросный (контрольный) лист.

14. Затем обеспечивается наблюдение за деятельностью.

15. Фиксация наблюдений. Бизнес-правило: вся информация, указывающая на возможность несоответствия, должна фиксироваться независимо от того, входит она в перечень контрольных вопросов или нет. Выходная информация: формы для регистрации данных или иные носители информации (блокноты, записные книжки, носители аналоговой или цифровой информации записи звука или изображения).

16. Заполнение листа несоответствий (дополнительный этап если в ходе описываемой процедуры возможны вариации), в случае выявления несоответствий по результатам предыдущего этапа. Выходная информация: лист несоответствий.

17. Формирования выводов аудита.

18. Подготовка заключения по результатам аудита. Бизнес-правило: группе по аудиту до заключительного совещания следует выполнить следующее: проанализировать выводы аудита и любую другую соответствующую информацию, собранную во время аудита, на соответствие целям аудита; согласовать заключения по результатам аудита с учетом неопределенности, присущей процессу аудита; подготовить рекомендации, если это предусмотрено целями аудита; обсудить действия по результатам аудита, если это требуется.

19. Проведение заключительного совещания.

20. Подготовка отчета по аудиту. Выходная информация: отчет по

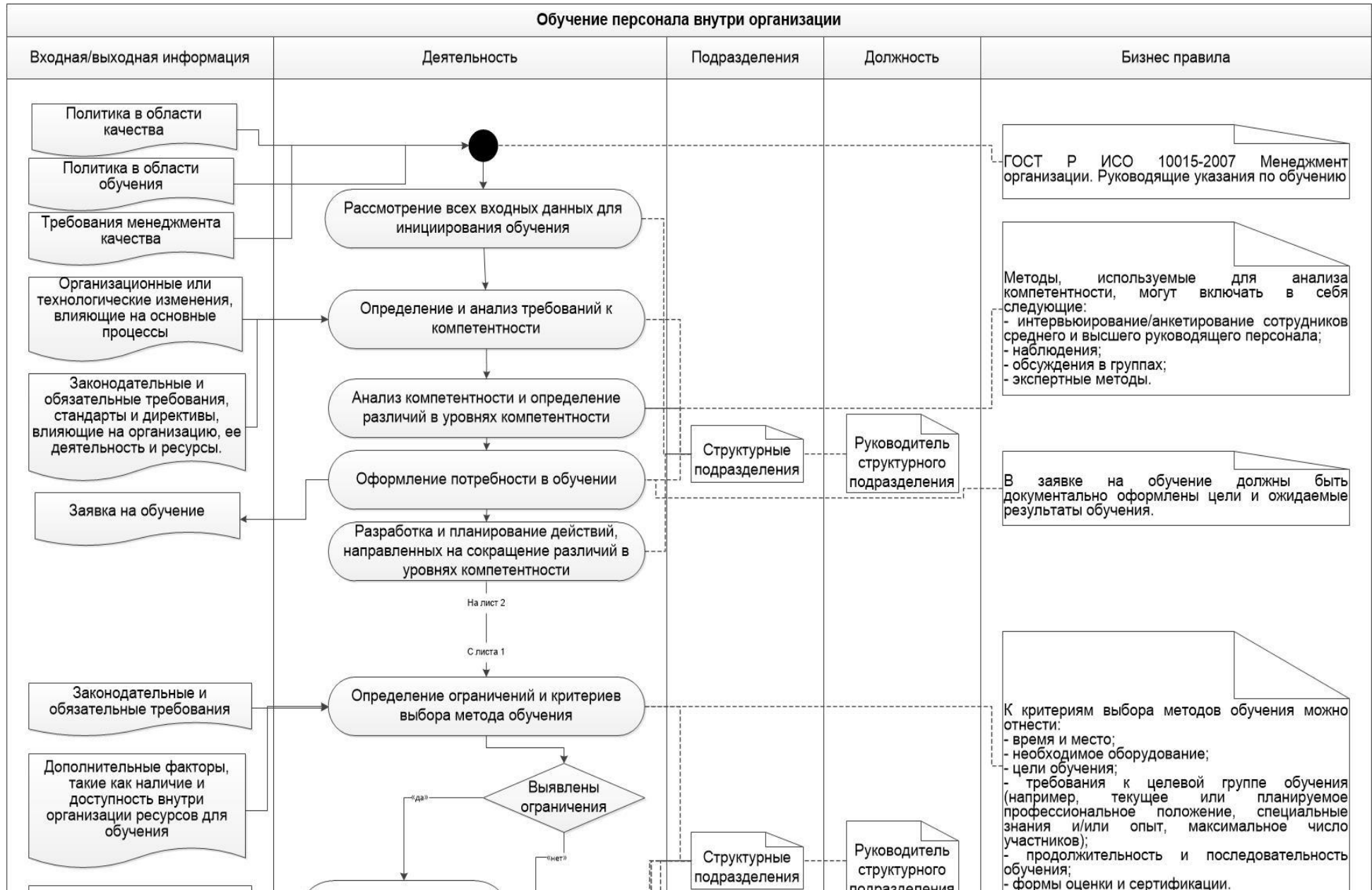
аудиту.

Выполнение работ входе описанной процедуры обеспечивают: администрация – начальник КГ, лицо, ответственное за проведение аудита в структурном подразделении медицинской организации (далее – МО), группа аудиторов, сформированная из работников структурных подразделении медицинской организации (далее – МО).

Процесс «Обучение персонала внутри организации» (Рисунок 17) осуществляется в соответствии с ГОСТ Р ИСО 10015-2007 «Менеджмент организации. Руководящие указания по обучению».

Инициацией процесса является утверждение документов: политика в области качества, политика в области обучения и требования менеджмента качества (входная информация). Сформированная нами модель процесса включает 13 этапов.

1. Рассмотрение всех входных данных для инициирования обучения.
2. Определение и анализ требований к компетентности. Входная информация: организационные или технологические изменения, влияющие на основные процессы и законодательные и обязательные требования, стандарты и директивы, влияющие на организацию, ее деятельность и ресурсы.
3. Анализ компетентности и определение различий в уровнях компетентности. Методы, используемые для анализа компетентности, могут включать в себя следующие: интервьюирование/анкетирование сотрудников среднего и высшего руководящего персонала; наблюдения; обсуждения в группах; экспертные методы.
4. Оформление потребности в обучении. Выходная информация: заявка на обучение.
5. Разработка и планирование действий, направленных на сокращение различий в уровнях компетентности.
6. Определение ограничений и критериев выбора метода обучения.



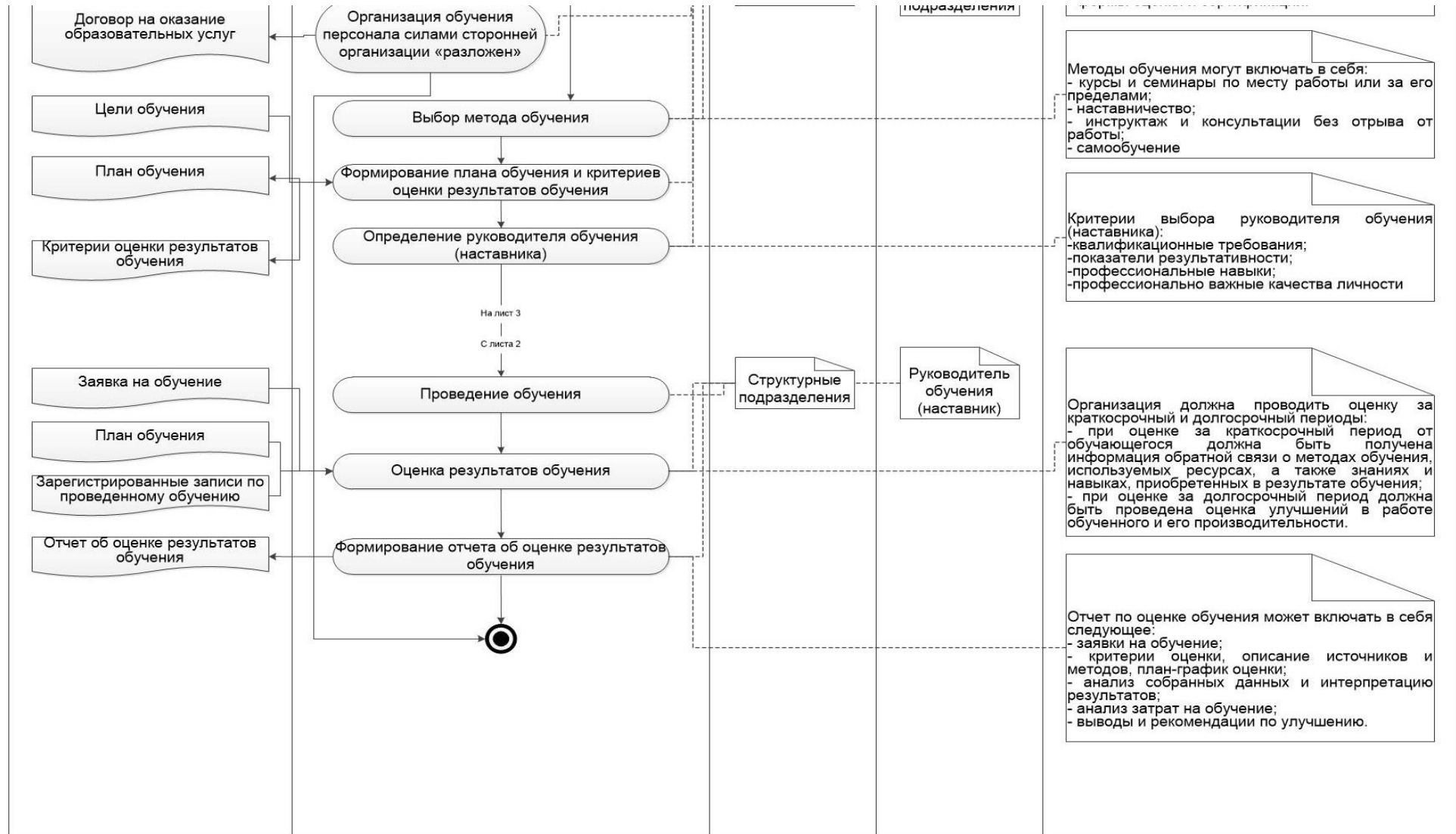


Рисунок 17. Процесс «Обучение персонала внутри организации»

К критериям выбора методов обучения можно отнести: время и место; необходимое оборудование; цели обучения; требования к целевой группе обучения (например, текущее или планируемое профессиональное положение, специальные знания и/или опыт, максимальное число участников); продолжительность и последовательность обучения; формы оценки и сертификации. Входная информация: законодательные и обязательные требования, а также дополнительные факторы, такие как наличие и доступность внутри организации ресурсов для обучения.

7. Организация обучения персонала силами сторонней организации (дополнительный этап, если в ходе описываемой процедуры возможны вариации, в случае выявления ограничений по результатам предыдущего этапа). Выходная информация: договор на оказание образовательных услуг и на данном этапе процесс будет завершен.

8. Выбор метода обучения. Методы обучения могут включать в себя: курсы и семинары по месту работы или за его пределами; наставничество; инструктаж и консультации без отрыва от работы; самообучение.

9. Формирование плана обучения и критериев оценки результатов обучения. Входная информация этапа - цели обучения. Выходная информация: план обучения и критерии оценки результатов обучения.

10. Определение руководителя обучения (наставника). Критерии выбора руководителя обучения (наставника): квалификационные требования; показатели результативности; профессиональные навыки; профессионально важные качества личности.

11. Проведение обучения.

12. Оценка результатов обучения. Входная информация: заявка на обучение, план обучения и зарегистрированные записи по проведенному обучению. Бизнес-правило: Организация должна проводить оценку за краткосрочный и долгосрочный периоды. При оценке за краткосрочный период от обучающегося должна быть получена информация обратной связи

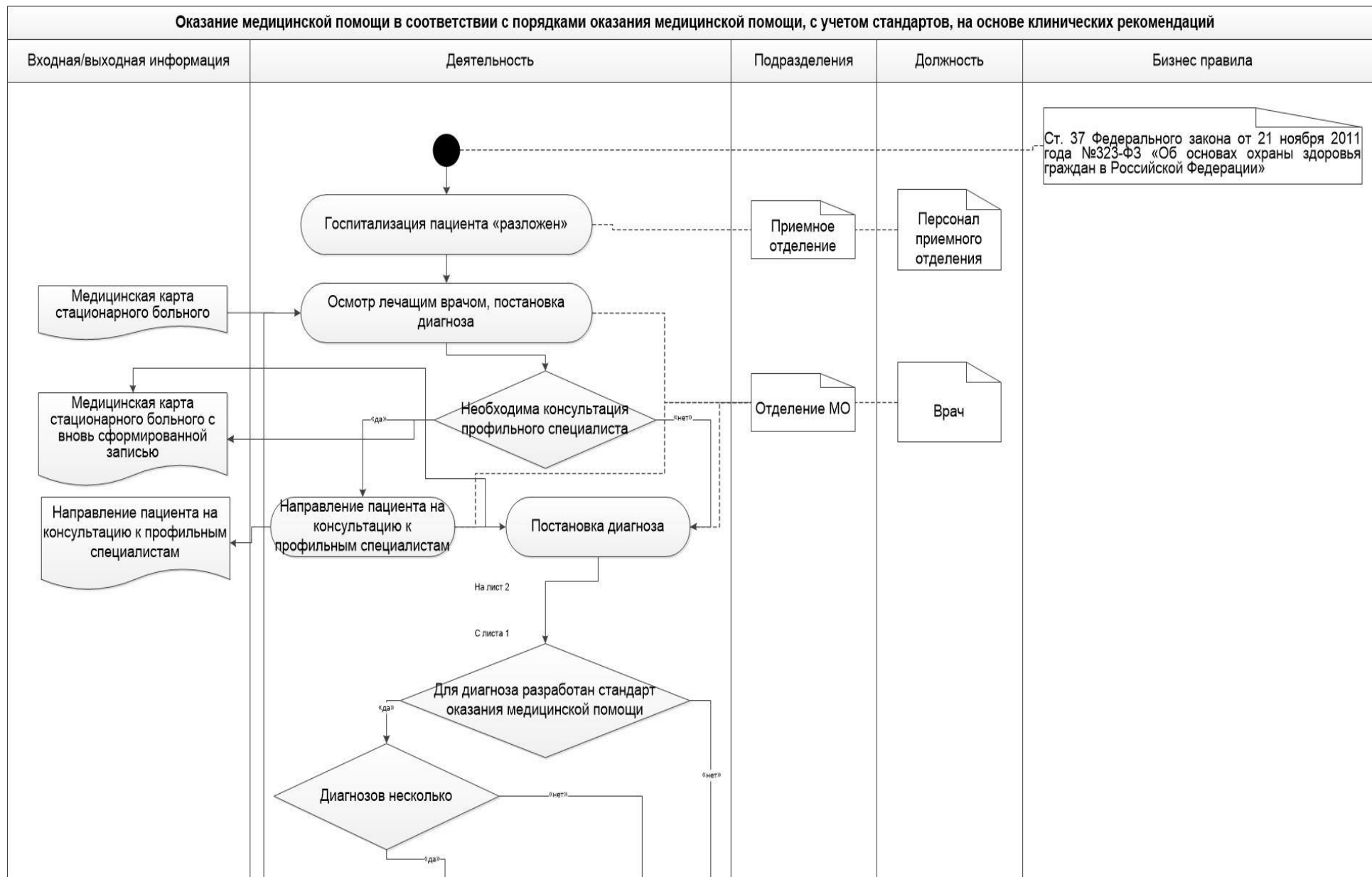
о методах обучения, используемых ресурсах, а также знаниях и навыках, приобретенных в результате обучения. При оценке за долгосрочный период должна быть проведена оценка улучшений в работе обученного и его производительности.

13. Формирование отчета об оценке результатов обучения. Отчет по оценке обучения может включать в себя следующее: заявки на обучение; критерии оценки, описание источников и методов, план-график оценки; анализ собранных данных и интерпретацию результатов; анализ затрат на обучение; выводы и рекомендации по улучшению. Выходная информация: отчет об оценке результатов обучения.

Выполнение работ на перечисленных этапах обеспечивают: руководители структурных подразделений медицинской организации, руководитель обучения (наставник).

Процесс «Оказание медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов, на основе клинических рекомендаций» (Рисунок 18) осуществляется в соответствии со ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и включает 11 этапов

1. Госпитализация пациента.
2. Осмотр лечащим врачом, постановка диагноза. Входящая информация: медицинская карта стационарного больного.
3. Направление пациента на консультацию к профильным специалистам (дополнительный этап, если по результатам предыдущего этапа необходима консультация профильного специалиста). Выходная информация этапа: направление пациента на консультацию к профильным специалистам.
4. Постановка диагноза. Выходная информация: медицинская карта стационарного больного с вновь сформированной записью.
5. Реализация комплекса необходимых исследований/назначений



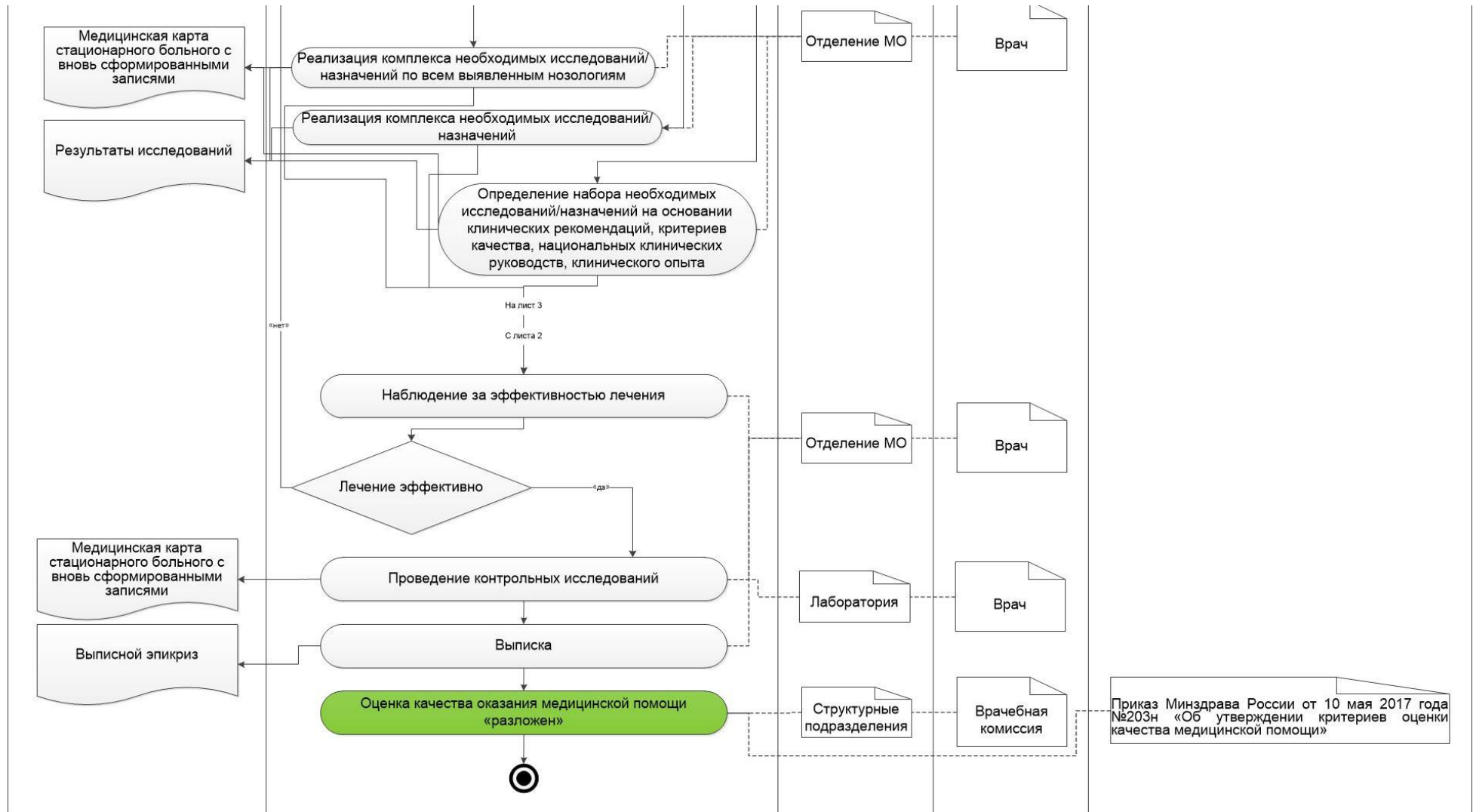


Рисунок 18. Процесс «Оказание медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов, на основе клинических рекомендаций»

(если установлен один диагноз, для которого разработан стандарт оказания медицинской помощи).

6. Реализация комплекса необходимых исследований/назначений по всем выявленным нозологиям (если установлено несколько диагнозов, для которых разработаны стандарты оказания медицинской помощи).

7. Определение набора необходимых исследований/назначений на основании клинических рекомендаций, критериев качества, национальных клинических руководств, клинического опыта (если для установленного диагноза не разработан стандарт оказания медицинской помощи).

Выходная информация этапов 5, 6 и 7: медицинская карта стационарного больного с вновь сформированными записями и результаты исследований.

8. Наблюдение за эффективностью лечения. В случае если назначенное лечение не эффективно необходимо повторить все вышеперечисленные этапы начиная со второго.

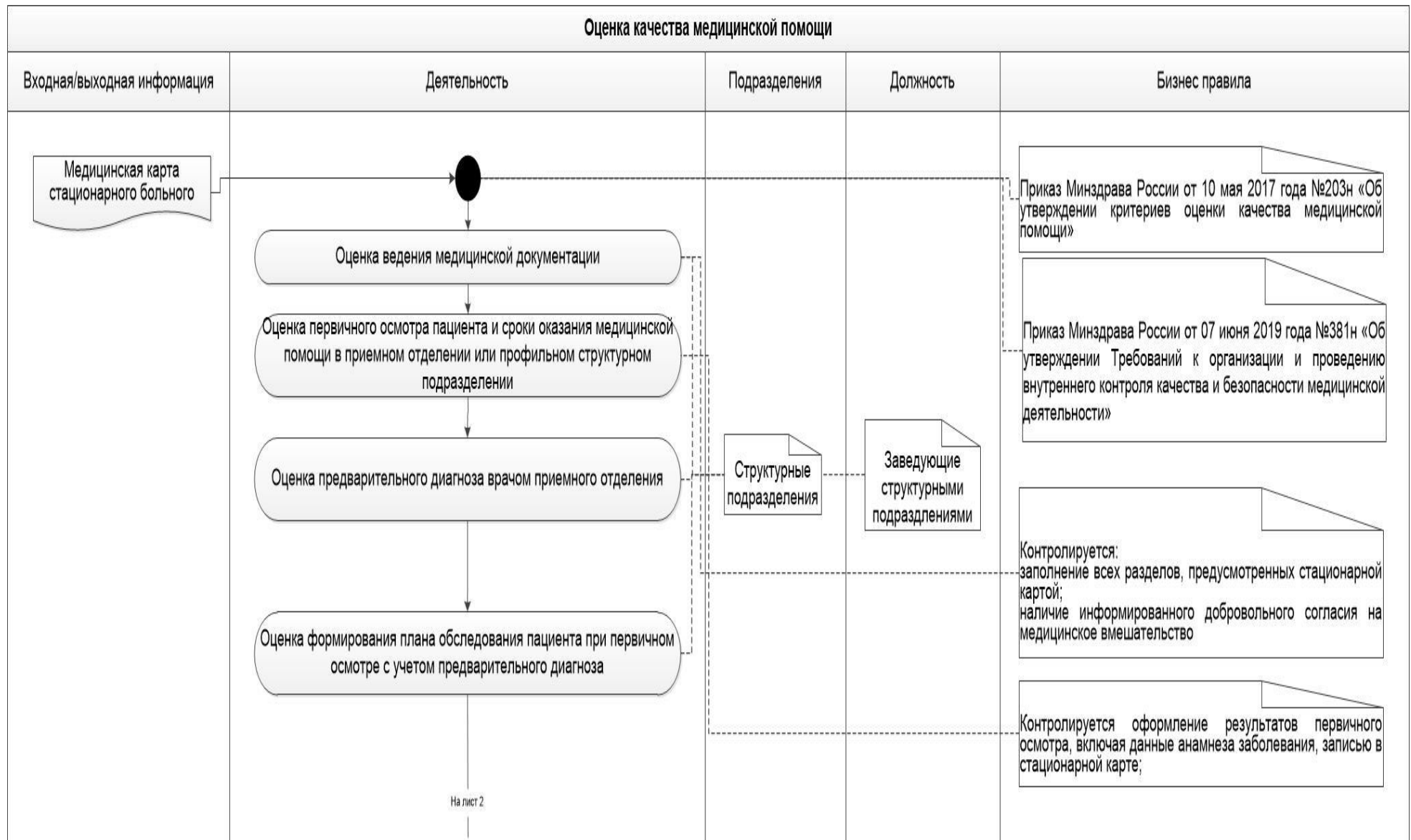
9. Проведение контрольных исследований. Выходная информация: медицинская карта стационарного больного с вновь сформированными записями.

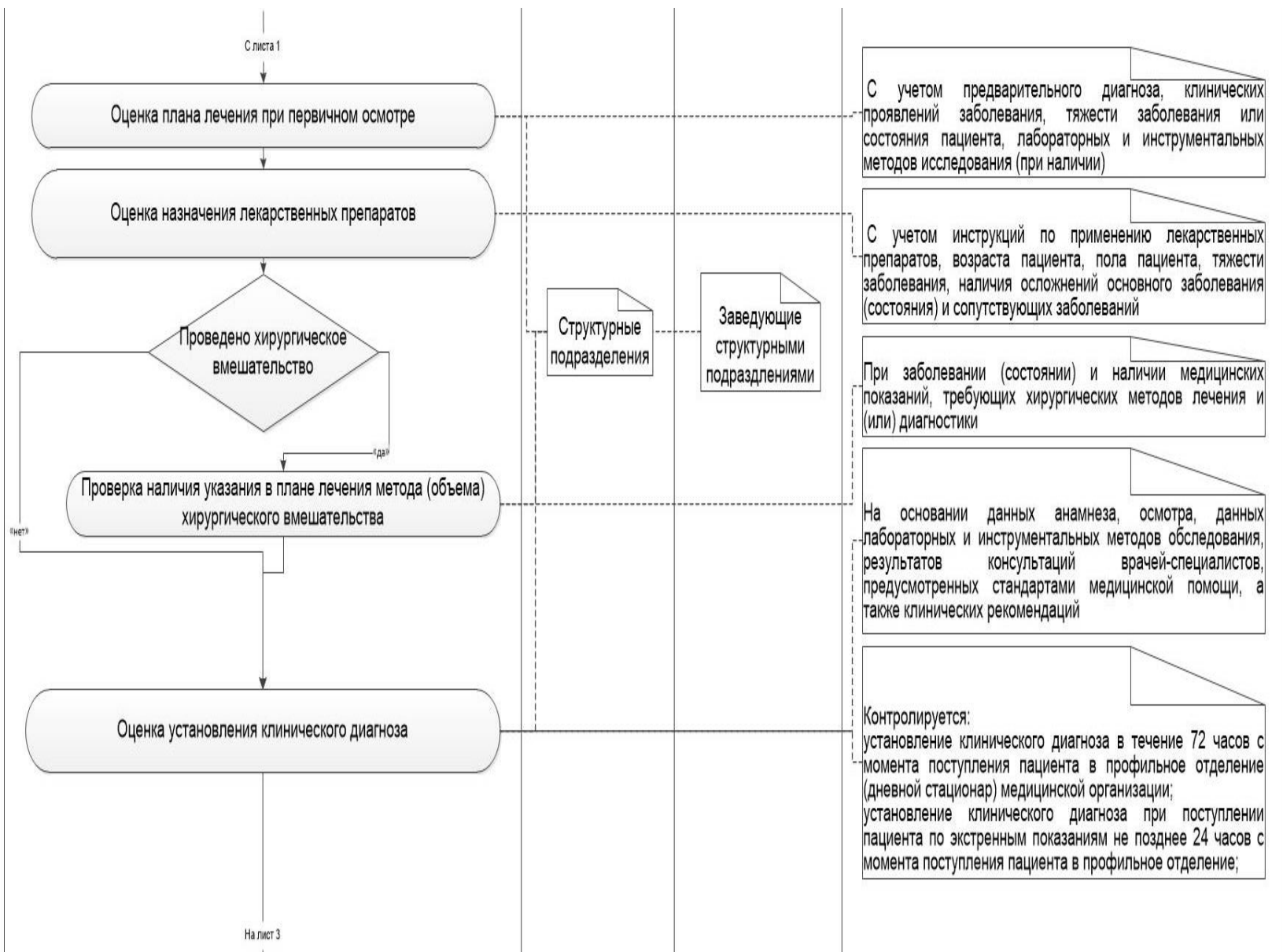
10. Выписка. Выходная информация: выписной эпикриз.

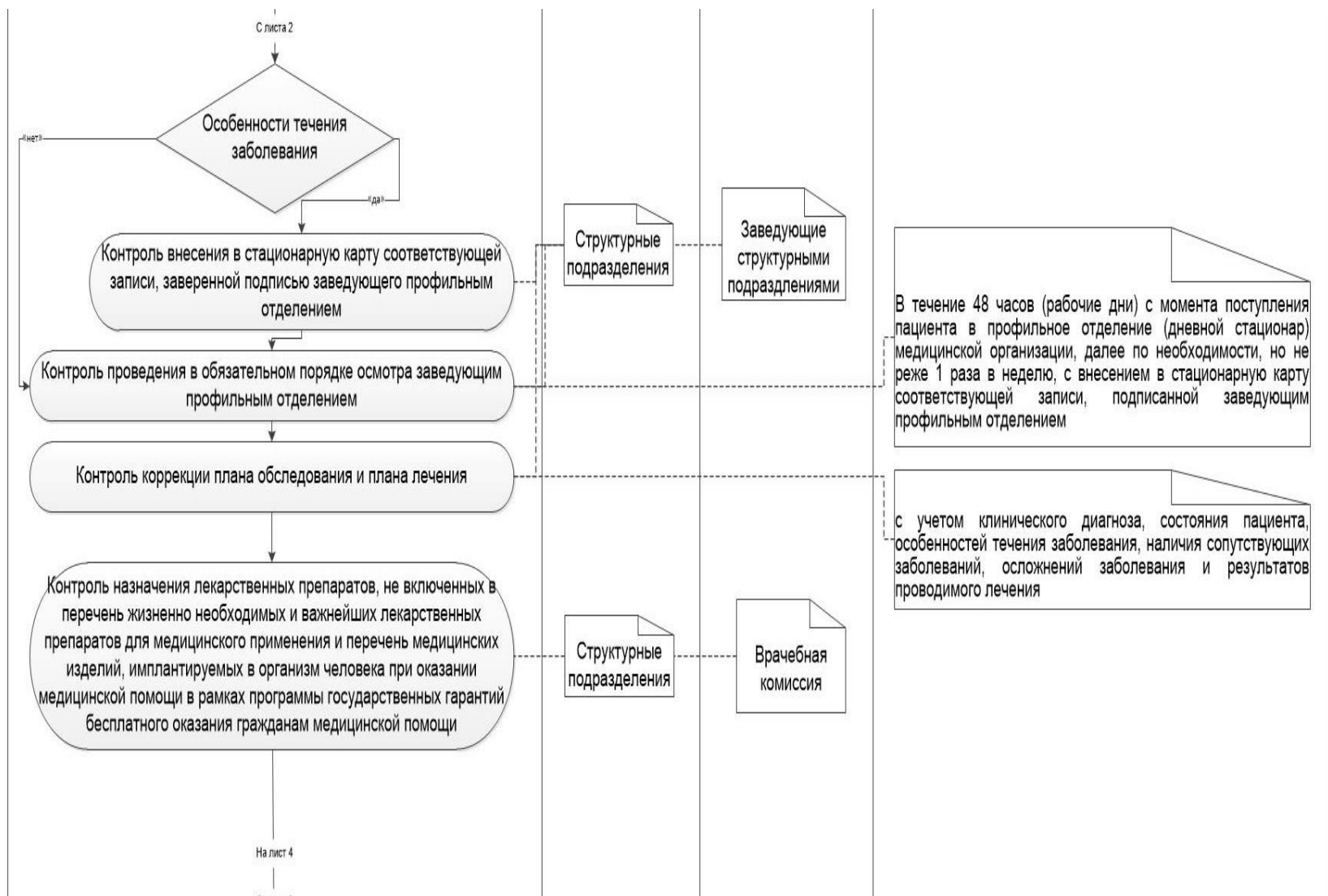
11. Оценка качества оказания медицинской помощи. Этап осуществляется в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 10 мая 2017 года №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

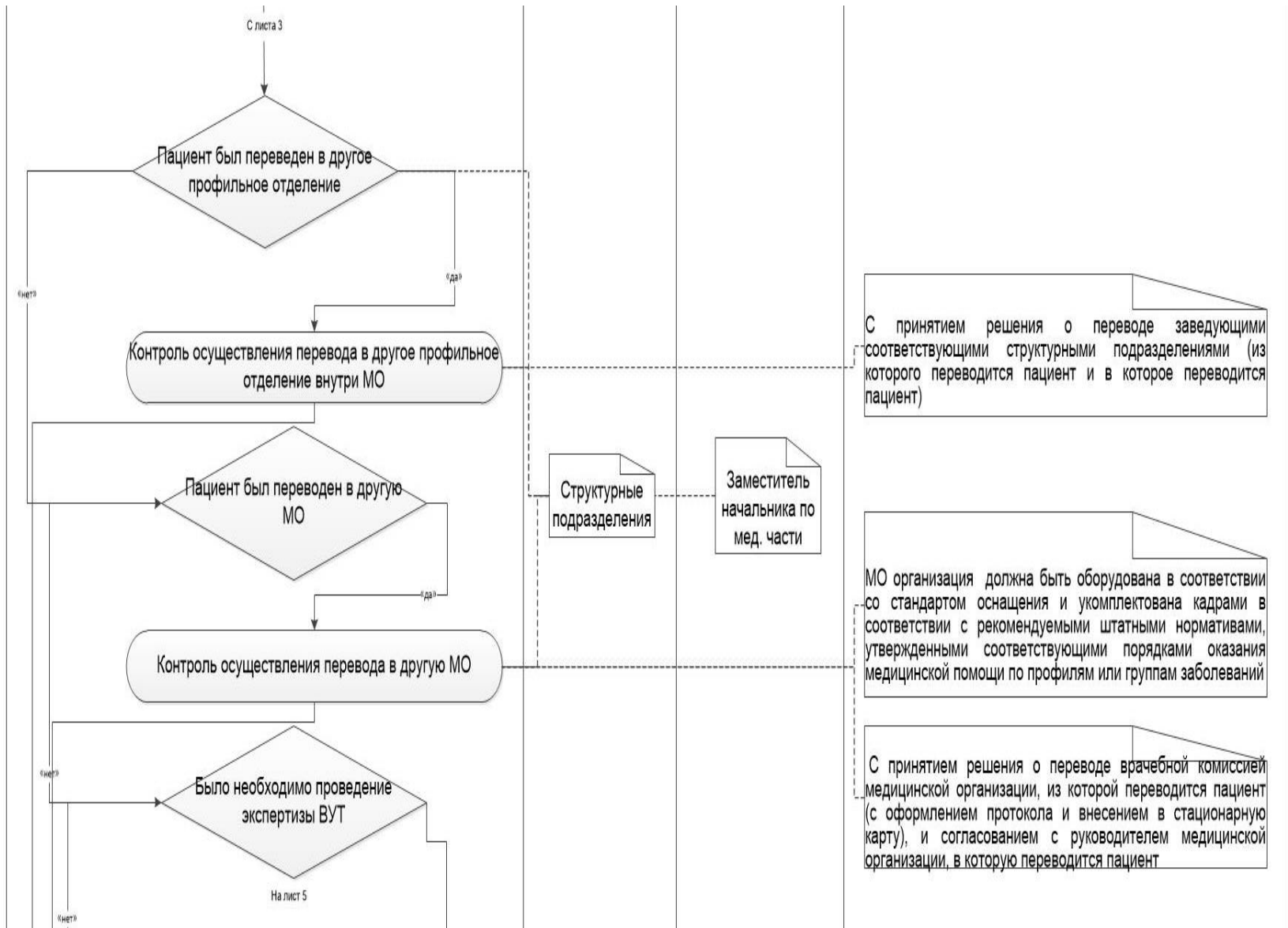
Выполнение работ в ходе описанной процедуры обеспечивают: персонал приемного отделения, лечащий врач, врач лаборатории, члены врачебной комиссии.

Процесс «Оценка качества медицинской помощи» (Рисунок 19) осуществляется в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 10 мая 2017 года №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», Приказа Минздрава России от 07 июня 2019 года









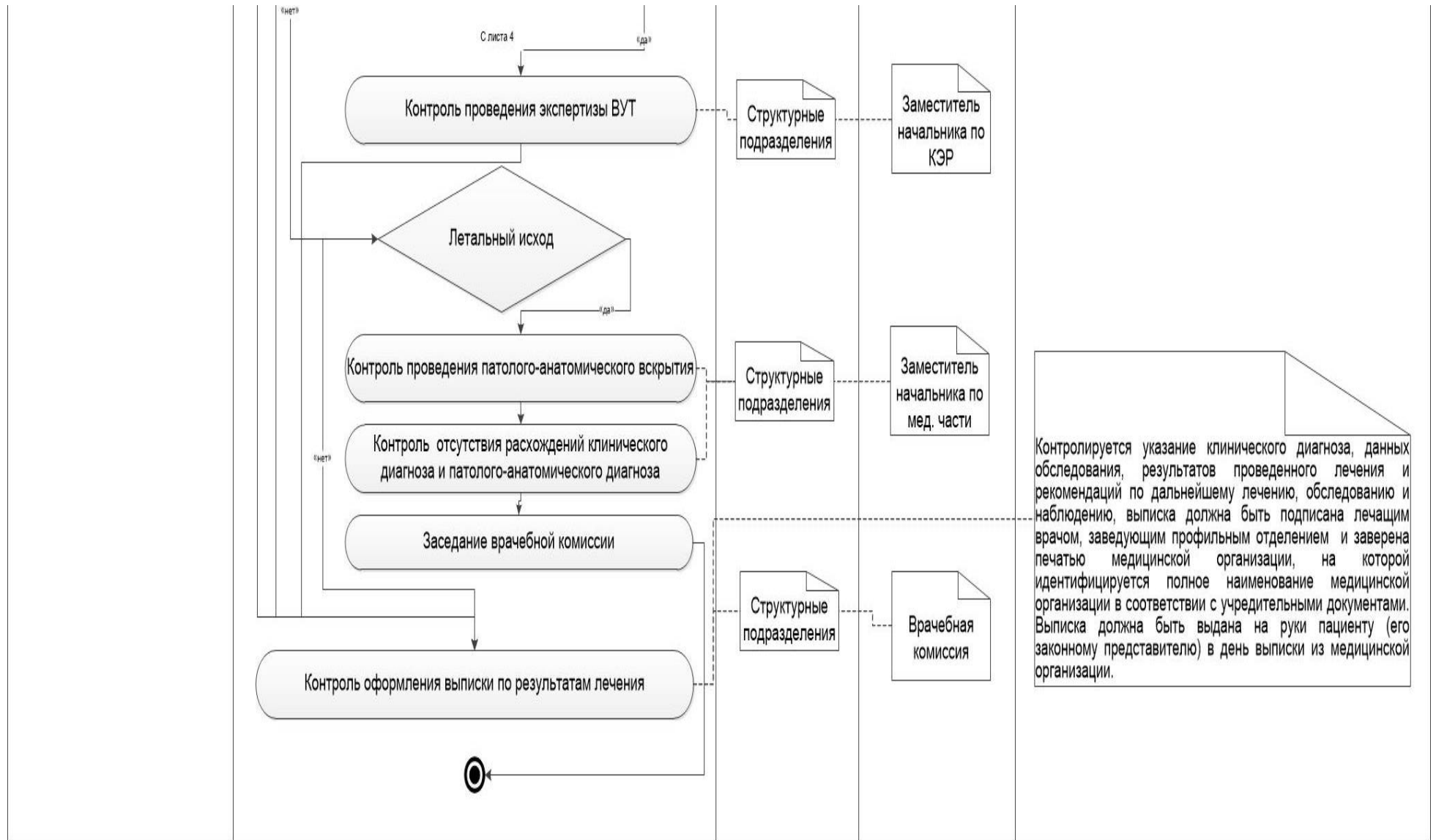


Рисунок 19. Процесс «Оценка качества медицинской помощи»

№381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и включает 19 этапов.

Инициацией процесса «Оценка качества медицинской помощи» является медицинская карта стационарного больного.

1. Оценка ведения медицинской документации. Контролируется: заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой; наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

2. Оценка первичного осмотра пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении. Бизнес-правило: контролируется оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте.

3. Оценка предварительного диагноза, поставленного врачом приемного отделения.

4. Оценка плана обследования пациента, сформированного при первичном осмотре, с учетом предварительного диагноза. Контролируется заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой и наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте.

5. Оценка плана лечения при первичном осмотре. Оценка осуществляется с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии).

6. Оценка назначения лекарственных препаратов. Оценка осуществляется с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний.

7. Проверка наличия указания в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства (дополнительный этап, если по итогам этапа 7 возможны вариации). Бизнес-правило: при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики.

8. Оценка установления клинического диагноза. Бизнес-правила: на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций. Контролируется: установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации; установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение.

9. Контроль внесения в стационарную карту соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дополнительный этап, если по итогам этапа 9 возможны вариации).

10. Контроль проведения в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением. Бизнес-правило: осмотр заведующим профильным отделением осуществляется в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением.

11. Контроль коррекции плана обследования и плана лечения. Контроль осуществляется с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения.

12. Контроль назначения лекарственных препаратов, не включенных

в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

13. Контроль осуществления перевода в другое профильное отделение внутри МО (дополнительный этап, случае перевода пациента в другое профильное отделение). Бизнес-правило: принятие решения о переводе должно осуществляться и быть подтверждено заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент).

14. Контроль осуществления перевода в другую МО (дополнительный этап, в случае перевода пациента в другую МО). Этап осуществляется в соответствии со следующими бизнес-правилами: 1. МО должна быть оборудована в соответствии со стандартом оснащения и укомплектована кадрами в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний. 2. С принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент.

15. Контроль проведения экспертизы ВУТ (дополнительный этап в случае необходимости экспертизы ВУТ).

16. Контроль проведения патолого-анатомического вскрытия (дополнительный этап в случае летального исхода).

17. Контроль отсутствия расхождений клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза (дополнительный этап в случае летального исхода).

18. Заседание врачебной комиссии (дополнительный этап в случае

летального исхода).

19. Контроль оформления выписки по результатам лечения. Бизнес-правило: контролируется наличие клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, выписка должна быть подписана лечащим врачом, заведующим профильным отделением и заверена печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами. Выписка должна быть выдана на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Выполнение работ на всех этапах процесса обеспечивают: заведующие структурными подразделениями, заместитель начальника по медицинской части, заместитель начальника по клинико-экспертной работе, члены врачебной комиссии.

Процесс «Взаимодействие с медицинскими организациями, которые оказывают скорую, в т.ч. скорую специализированную, медицинскую помощь, центрами медицины катастроф» осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказа Минздрава России от 07 июня 2019 года №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и включает 4 этапа:

1. Разработка внутреннего НПА, регламентирующего взаимодействие с медицинскими организациями, которые оказывают скорую, в т.ч. скорую специализированную, медицинскую помощь, центрами медицины катастроф «разложен».

2. Обеспечение связи МО со скорой/неотложной помощью/медициной катастроф, возможности доступа 24/7/365.

3. Разработка СОП по ведению медицинской документации при

поступлении, включая журналы поступления. Выходной информацией этапа будет СОП.

4. Обеспечение наличия стандартных бланков, листов наблюдения, которые заполняются медицинскими работниками, доставившими пациента в МО.

Выполнение работ в ходе описываемого бизнес-процесса обеспечивают: начальник отдела материально-технического снабжения (Далее - ОМТиХО), заведующий приемным отделением, персонал приемного отделения.

Процесс «Обеспечение безопасных условий при транспортировке пациента (в пределах медицинской организации и (перевод) в другую медицинскую организацию)» осуществляется в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 07 июня 2019 года №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и включает 9 этапов.

1. Разработка СОП по транспортировке при переводе в другую МО «разложен» в случае необходимости транспортировки в другую МО.

2. Разработка СОП по транспортировке пациентов внутри МО в случае необходимости транспортировки внутри МО.

Бизнес-правило этапов 1 и 2: СОПы должны содержать алгоритмы транспортировки разных категорий пациентов, включая показания для перевода на каталке, кресле, пешком в сопровождении медицинского работника. Выходной информацией этапа будет СОП.

5. Обучение медицинского персонала правилам безопасной перевозки пациентов «разложен».

6. Контроль знаний алгоритмов транспортировки различных категорий пациентов. Бизнес-правило: оценку надо провести методом опроса не менее 5-ти сотрудников из различных подразделений.

7. Оценка исполнения алгоритмов транспортировки различных категорий пациентов.Оценку возможно провести методом прямого

наблюдения.

8. Контроль наличия исправных каталок/кроватей с ограничителями, кресел в количестве, соответствующем расчетному во всех подразделениях МО.

9. Проведение регулярных осмотров средств транспортировки пациентов. Бизнес-правило: Осмотр следует проводить непосредственно перед применением средств транспортировки пациентов, а также по окончании смены.

Выполнение работ в ходе данного процесса обеспечивают: медицинский персонал структурных подразделений МО, непосредственно занимающийся транспортировкой пациентов, начальник ОМТиХО, лицо, ответственное за проведение обучения, назначенное из числа работников структурных подразделений МО, лицо, ответственное за разработку СОП, назначенное из числа работников структурных подразделений МО.

Процесс «Обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах» осуществляется в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 07 июня 2019 года №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и включает 7 этапов.

1. Разработка внутренних НПА, регламентирующих алгоритмы передачи клинической ответственности за пациента «разложен». Обязательные алгоритмы передачи ответственности: при переводе; при передаче дежурства.

2. Обучение медицинского персонала навыкам эффективной коммуникации.

Если в ходе описываемого процесса возможны вариации, в случае организации преемственности медицинской помощи при выписке из стационара, проводятся три дополнительных этапа (3,4,5):

3. Разработка внутренних НПА, регламентирующих алгоритмы передачи информации о проведенном лечении в другую МО «разложен».

4. Обеспечение наличия стандартных форм выписного/переводного эпикриза.

5. Качественное консультирование пациентов при выписке. Бизнес-правило: Включая обсуждение плана дальнейшего лечения/реабилитации, сроков и места самостоятельного обращения или порядка консультации на дому.

6. Обеспечение точного, полного и аккуратного ведения документации при передаче ответственности. Бизнес-правило: оценку возможно провести по результатам проверки не менее 10 ИБ из разных подразделений МО.

7. Контроль степени коммуникации. Этап осуществляется в соответствии со следующими бизнес-правилами: 1. Необходимо оценить методом наблюдения качество коммуникации «медработник-пациент» в разных подразделениях МО и в разных ситуациях (при возможности не менее 10 случаев). 2. Необходимо оценить систему «обратной связи», включая регулярное анкетирование пациентов.

Выполнение работ в ходе описанной процедуры обеспечивают: заместитель начальника по медицинской части, лицо, ответственное за проведение обучения, начальник ОМТиХО.

Процесс «Получение информированного добровольного согласия» осуществляется в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и включает 7 этапов.

1. Предоставление полной информации о необходимом медицинском вмешательстве.

2. Получение информированного добровольного согласия (ИДС) (если пациент находится в сознании и способен самостоятельно выразить согласие). Выходной информацией этапа будет – информированное добровольное согласие (Далее - ИДС). В таком случае на данном этапе процесс будет завершен.

3. Осуществление медицинского вмешательства без согласия пациента по решению консилиума (в том случае, если пациент не способен самостоятельно выразить согласие и возможно провести консилиум).

4. Осуществление медицинского вмешательства без согласия пациента по решению лечащего (дежурного) врача (если пациент не способен самостоятельно выразить согласие и невозможно провести консилиум).

5. Внесение решения в медицинскую документацию пациента. Выходная информация: медицинская карта стационарного больного с вновь сформированными записями.

6. Уведомление должностных лиц медицинской организации. Бизнес-правило: информируется руководитель медицинской организации или руководитель отделения медицинской организации.

7. Уведомление пациента или его законного представителя.

Выполнение работ на перечисленных этапах обеспечивают: лечащий врач, члены врачебного консилиума, лечащий (дежурный) врач.

Процесс «Организация работы приемного отделения, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме» осуществляется в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 07 июня 2019 года №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и включает 6 этапов.

1. Разработка внутреннего НПА, регламентирующего порядок работы приемного отделения «разложен». На данном этапе необходимо определить: порядок госпитализации, включая показания/условия/состояние пациента в отделения МО; порядок отказа в госпитализации; порядок перевода в другие МО; порядок сортировки пациентов. Выходная информация: приказ об организации работы приемного отделения.

2. Организация взаимодействия приемного отделения со вспомогательными службами (лаборатория, диагностические отделения, ОРИТ 1, ОРИТ 2, ОЭМП).

3. Создание рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов МО по нозологиям, организации работы приемного отделения, экстренной помощи. Необходимо определить: порядок разработки и обновления алгоритмов МО по нозологиям, организации работы приемного отделения, экстренной помощи. Выходная информация: положение о рабочей группе.

4. Аудит работы приемного отделения и системы оказания экстренной медицинской помощи «разложен». Выходная информация: отчет о проведении аудита. На данном этапе процесс будет завершен в случае отсутствия недостатков.

В случае если по результатам предыдущего этапа выявлены недостатки, то проводятся два дополнительных этапа:

5. Разработка плана устранения недостатков. Выходная информация: план устранения недостатков. Бизнес-правило: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

6. Устранение недостатков.

Выполнение работ в процессе реализации описанного бизнес-процесса обеспечивают: администрация МО в лице начальника и заместителя начальника по медицинской части, группа аудиторов, сформированная из числа работников структурных подразделений МО, заведующий приемным отделением.

Процесс «Сортировка пациентов при поступлении/обращении в зависимости от тяжести состояния и экстренности необходимых вмешательств» осуществляется в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 07 июня 2019 года №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и включает 8 этапов.

1. Разработка СОП при оказании неотложной медицинской помощи «разложен».

2. Разработка СОП при оказании срочной медицинской помощи

«разложен».

3. Разработка СОП при оказании несрочной медицинской помощи
«разложен».

Выходной информацией на первых трех этапах будет СОП.

4. Разработка и утверждение локального НПА, регламентирующего алгоритмы сортировки пациентов. Выходная информация: алгоритм сортировки пациентов.

5. Обучение медицинского персонала работе по СОП при оказании неотложной/срочной/несрочной медицинской помощи и алгоритмам сортировки пациентов «разложен».

6. Оценка исполнения медицинским персоналом требований СОП и алгоритмов сортировки пациентов. Бизнес-правило: оценить исполнение алгоритма возможно методом наблюдения не менее 5 случаев поступления в стационар.

7. Обеспечение информирования пациентов о причинах задержки оказания помощи.

8. Оценка качества информирования пациентов и сопровождающих лиц. Бизнес-правило: оценить качество информирования пациентов и их сопровождающих о причинах задержки оказания помощи, возможно опросом не менее 5 пациентов, находящихся в приемном отделении в ожидании помощи на предмет понимания ими причин задержки.

Выполнение работ в ходе описанного бизнес-процесса обеспечивают: лица, ответственные за разработку СОП, назначенные из числа работников структурных подразделений медицинской организации, заведующий приемным отделением, руководитель обучения (наставник), персонал приемного отделения.

Процесс «Своевременность оказания помощи при поступлении/обращении пациента в стационар» осуществляется в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 07 июня 2019 года №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению

внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и включает 11 этапов.

1. Создание рабочей группы по определению временных нормативов.
2. Определение временных нормативов «До первичного осмотра медсестры».
3. Определение временных нормативов «До первичного осмотра врача».
4. Определение временных нормативов «До постановки диагноза».
5. Определение временных нормативов «До перевода в отделение/ операционную/ОРИТ/отказа в госпитализации и направления на амбулаторное лечение».
6. Определение временных нормативов для различных видов диагностических исследований.
7. Определение временных нормативов в соответствии с клиническими рекомендациями по оказанию помощи при некоторых состояниях.
8. Разработка внутреннего НПА, утверждающего временные нормативы при поступлении в стационар (этапы госпитализации) «разложен». Выходная информация: приказ об утверждении временных нормативов при госпитализации. Бизнес-правило для данного этапа: НПА разрабатываются в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.
9. Аудит своевременности оказания медицинской помощи «разложен». Бизнес-правило: при проверке соблюдения временных нормативов, необходимо проверить не менее 20 ИБ пациентов.

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

10. Разработка плана устранения недостатков. Выходная

информация: план устранения недостатков. Бизнес-правило: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

11. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе процедуры обеспечивают: администрация - начальник клинического госпиталя, члены рабочей группы, группа аудиторов.

Процесс «Экстренное оповещение/сбор персонала» включает 5 этапов.

1. Обеспечение наличия действующей системы экстренного оповещения/сбора дежурного персонала.

2. Регулярная проверка систем оповещения. Выходной информацией этапа является запись в журнале проверок.

3. Далее проводится разработка схемы оповещения персонала, в том числе не находящегося на дежурстве. Выходной информацией этапа является схема оповещения.

4. Проведение тренировок по экстренному оповещению/сбору персонала.

5. Оценка знаний алгоритмов оповещения. Бизнес-правило: необходимо опросить не менее 2 сотрудников из каждого структурного подразделения на предмет знания алгоритма.

Выполнение работ на вышеописанных этапах обеспечивает инспектор по гражданской обороне и администрация – заместитель начальника КГ по тылу.

Процесс «Вызов медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты» включает 5 этапов.

1. Обеспечение наличия действующей системы вызова персонала («тревожная кнопка»). Бизнес-правило процесса: проверка осуществляется во всех палатах, туалетах, душевых, местах общего пользования.

2. Регулярная проверка систем вызова. Выходной информацией этапа будет запись в журнале проверок.

3. Разработка СОП по вызову медицинских работников к пациентам/связи с дежурным врачом «разложен». В разрабатываемых СОПах следует предусмотреть следующие этапы: идентификация – ФИО кто звонит, отделение, палата, данные о пациенте; краткое описание ситуации – причина звонка/обращения, степень срочности; краткое описание анамнеза – время поступления, диагноз, получаемое лечение; краткое описание состояния больного – основные показатели (АД, ЧДД, пульс и т.д.), оценка состояния, риски; пояснение в какой форме и что хотите получить от консультанта – совет по телефону, очную консультацию и т.д. Выходная информация - СОП.

4. Обучение медицинского персонала работе по СОП «разложен».

5. Оценка исполнения медицинским персоналом требований СОП (этап 5). Бизнес-правило: оценить исполнение требований СОП возможно методом наблюдения не менее 7 случаев вызова медицинских работников к пациенту.

Работы на вышеописанных этапах процесса реализуют: руководитель обучения (наставник), администрация – заместитель начальника КГ по тылу, лица, ответственные за разработку СОП.

Процесс «Обеспечение оказания медицинской помощи в экстренной форме» включает 9 этапов.

1. Создание рабочей группы для разработки СОП, содержащих алгоритмы по оказанию медицинской помощи в экстренной форме. Выходная информация: протоколы совещаний. Бизнес-правило: состав группы должен обеспечивать мультидисциплинарность. В обязанности рабочей группы должны входить: разработка и регулярное обновление алгоритмов МО.

2. Разработка и утверждение СОП по оказанию медицинской помощи в экстренной форме «разложен». Выходная информация: СОП.

3. Обучение медицинского персонала по оказанию медицинской помощи в экстренной форме «разложен». Бизнес-правило этапа: проведение практических занятий с решением клинических задач обязательно.

4. Контроль навыков персонала по оказанию экстренной помощи. Бизнес-правило данного этапа: оценить знания персонала алгоритмов возможно методом опроса не менее 20 сотрудников из различных подразделений и (или) методом наблюдения проведя тренинг с решением клинических задач с привлечением не менее 2-х команд из разных подразделений МО.

5. Обеспечение наличия медицинских изделий (включая оборудование) и лекарственных средств во всех подразделениях. Бизнес - правило: оснащение осуществляется в соответствии с Порядками оказания помощи в соответствии с профилем МО.

6. Формирование необходимых укладок для оказания медицинской помощи в экстренной форме.

7. Обеспечение регулярного контроля технического состояния оборудования, предназначенного для оказания медицинской помощи в экстренной форме «разложен».

8. Обеспечение регулярного технического обслуживания оборудования, предназначенного для оказания медицинской помощи в экстренной форме «разложен».

9. Обеспечение регулярного метрологического контроля оборудования, предназначенного для оказания медицинской помощи в экстренной форме «разложен».

Выполнение работ на вышеописанных этапах процесса обеспечивают: заместитель начальника КГ по тылу, заместитель начальника госпиталя – начальник отделения экстренной медицинской помощи (Далее - ОЭМП), члены рабочей группы, руководитель обучения (наставник), медицинский персонал структурных подразделений медицинской организации.

Процесс «Обеспечение круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований» включает 5 этапов.

1. Разработка и утверждение локальных НПА, регламентирующих режим работы структурных подразделений «разложен». Бизнес-правило

этапа: в соответствии с потребностями организации, ТК РФ и Положением о режиме труда и отдыха. Выходной информацией этапа будет локальный НПА.

2. Рациональная расстановка кадров. Бизнес-правило: графики работы и таблицы учета необходимо составить таким образом, чтобы обеспечить непрерывное функционирование структурного подразделения в режиме 24/7/365(366).

3. Обеспечение достаточности персонала при необходимости замещения работников. Бизнес-правило этапа: в период временного отсутствия (болезнь, отпуск, командировка и т.д.).

4. Обеспечение наличия дежурного персонала из служб обеспечения.

5. Обеспечение своевременности оказания медицинской помощи «разложен».

Выполнение работ в ходе описанной процедуры обеспечивают: заместитель начальника по медицинской части, руководитель структурного подразделения, заместитель начальника КГ по тылу, медицинский персонал структурных подразделений медицинской организации.

Процесс «Организация безопасной деятельности лабораторного отделения» включает 19 этапов.

1. Разработка и утверждение локальных НПА, распределяющих ответственность за процессы обеспечения необходимых условий производственной среды и безопасности «разложен». Выходным этапом процесса будет приказ. Приказы по обеспечению менеджмента в области: санитарно-противоэпидемического режима, противопожарной безопасности, охраны труда и технике безопасности, ГО и ЧС.

2. Разработка и утверждение локальных НПА, утверждающих программу производственного контроля «разложен». Выходным этапом процесса будет программа производственного контроля.

3. Разработка СОП по обеспечению безопасности деятельности

лабораторного отделения «разложен». Выходной информацией этапа будет СОП.

4. Разработка инструкций по охране труда и пожарной безопасности. Выходной информацией этапа будет инструкция.

5. Разработка и утверждение локальных НПА, регламентирующих порядок доступа в лабораторное отделение «разложен».

6. Обеспечение соответствия лабораторных помещений заявленным видам деятельности. Необходимо обеспечить: соответствие размеров помещений нормативным требованиям, разделение потоков проб при приеме биологического материала, рациональное размещение лабораторных зон и отделений относительно друг друга, эргономика лабораторных помещений, расположение и планировка зон отдыха сотрудников и вспомогательных помещений.

7. Контроль состояния лабораторных и вспомогательных помещений. Бизнес-правило: контролируется состояние: полового покрытия, стен, потолков, отсутствие порогов, проводов и других препятствий при передвижении персонала.

8. Соблюдение параметров микроклимата, соответствующих нормативным требованиям и требованиям производителей оборудования. Выходная информация этапа: запись в журнале контроля параметров микроклимата. На данном этапе необходимо обеспечить наличие измерительных приборов для мониторинга показателей микроклимата (температура, влажность и др.), достаточность и размещение (картирование), а также регулярное измерение параметров микроклимата.

9. Обеспечение биологической безопасности. Выходная информация этапа - запись в журнале производственного контроля. Бизнес-правило этапа: достаточность и реализация программы производственного контроля.

10. Обеспечение связи внутри лаборатории и с другими подразделениями медицинской организации.

11. Обеспечение работоспособности, исправность и безопасность инженерных систем.

12. Обеспечение работников лаборатории средствами индивидуальной защиты.

13. Обеспечение исправного функционирования систем безопасности. Бизнес-правило этапа: системы пожарной сигнализации и автоматического пожаротушения: исправность, обслуживание. Система голосового оповещения о возникновении нештатной ситуации.

14. Разработка и утверждение алгоритмов действий персонала при возникновении нештатных ситуаций. Выходная информация: алгоритм.

15. Обучение медицинского персонала алгоритмам действий персонала при возникновении нештатных ситуаций «разложен».

16. Контроль знаний алгоритма действий персонала при возникновении нештатных ситуаций. Бизнес-правило этапа: оценку возможно провести методом опроса не менее 5-ти сотрудников.

17. Заключительным этапом процесса является аудит работы лабораторного отделения «разложен». Выполнение работ на данном этапе обеспечивает группа аудиторов.

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

18. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

19. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе бизнес-процесса обеспечивают: заместитель начальника по медицинской части, лицо, ответственное за разработку СОП, заведующий лабораторным отделением, заместитель начальника КГ по тылу, руководитель обучения (наставник).

Процесс «Идентификация образцов и прослеживаемость результатов» включает 8 этапов.

1. Разработка и утверждение СОП, регламентирующих алгоритмы

идентификации пациентов и прослеживаемости результатов при проведении исследований общим порядком «разложен». Выходная информация этапа – СОП. В СОП необходимо описать действия персонала на следующих этапах: на внелабораторном преаналитическом этапе, на лабораторном преаналитическом этапе, на аналитическом этапе, на лабораторном постаналитическом этапе, на внелабораторном пост-аналитическом этапе.

2. Разработка и утверждение СОП, регламентирующих алгоритмы идентификации пациентов и прослеживаемости результатов при проведении анонимных исследований «разложен».

3. Разработка и утверждение СОП, регламентирующих алгоритмы идентификации пациентов и прослеживаемости результатов при проведении исследований выполняемых в режиме «СИТО» или «приоритетных проб» «разложен».

4. Обучение медицинского персонала по идентификации пациентов и прослеживаемости результатов «разложен».

5. Контроль навыков персонала по идентификации пациентов и прослеживаемости результатов.

6. Аудит системы идентификации пациента и прослеживаемости результатов «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

7. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

8. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе описанной процедуры обеспечивают: ответственные лица в структурных подразделениях медицинской организации, лицо, ответственное за разработку СОП, руководитель обучения (наставник), группа аудиторов.

Процесс «Соблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных при осуществлении

медицинской деятельности» осуществляется в соответствии с требованиями: Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и включает 11 этапов.

1. Назначение лиц, ответственных за обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных. Выходной информацией этапа будет приказ.

2. Создание рабочей группы о разработке ЛНПА, регламентирующих соблюдение врачебной тайны и защите информации.

3. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих соблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальность персональных данных. Выходная информация: положение и список лиц. Бизнес-правило этапа: необходимо обеспечить наличие списка сотрудников, допущенных к обработке персональных данных.

4. Разработка и утверждение ЛНПА по защите информации «разложен». Выходная информация: приказ и положение.

5. Разработка и утверждение СОП по получению информированного согласия пациентов на обработку и передачу персональных данных «разложен». Выходной информацией этапа будет СОП.

6. Обучение медицинского персонала мерам по защите информации и соблюдению врачебной тайны «разложен».

7. Контроль знаний персонала.

8. Создание условий для соблюдения врачебной тайны и защиты информации. Бизнес-правило этапа: необходимо обеспечить ограничение доступа к электронным базам данных, документам, безопасное хранение информации на электронных носителях, наличие специальных программ,

системы паролей и т. д.

9. Аудит системы защиты информации «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

10. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

11. Устранение недостатков.

Реализацию процесса обеспечивают: администрация – начальник КГ, члены рабочей группы, руководитель обучения (наставник), заместитель начальника КГ по тылу, группа аудиторов.

Процесс «Обеспечение комфортных условий пребывания пациентов и организация безопасной среды в медицинской организации» включает 14 этапов.

1. Разработка и утверждение ЛНПА, распределяющих ответственность по вопросам организации безопасной среды «разложен». Выходной информацией этапа будет приказ. Обязательно наличие приказов: об организации безопасной среды в МО, о назначении ответственных лиц за обеспечение безопасной среды в структурных подразделениях, назначения ответственных лиц за функционирование систем жизнеобеспечения, по информационной безопасности, обработке и хранении персональных данных, об обеспечении доступности и безопасности среды в МО для лиц с ограниченными возможностями, об обеспечении системы охраны МО.

2. Разработка и утверждение СОП по действиям персонала при чрезвычайных ситуациях «разложен».

3. Разработка и утверждение СОП по действиям персонала при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствиях «разложен».

4. Разработка и утверждение СОП по действиям персонала при возникновении опасных ситуаций «разложен». Бизнес-правило этапа: к опасным ситуациям следует отнести: нападение на медицинских работников,

угрозу со стороны пациентов или посетителей, угрозу суицида и т.п.

Выходной информацией для вышеописанных этапов будет СОП.

5. Обучение медицинского персонала действиям при чрезвычайных ситуациях и стихийных бедствиях «разложен». Бизнес-правило этапа: проведение практических занятий и тренировок обязательно.

6. Контроль навыков персонала при возникновении чрезвычайных ситуаций.

7. Обеспечение рациональной, безопасной, эргономичной планировки структурных подразделений. На данном этапе необходимо обеспечить: рациональное размещение подразделений относительно друг друга; планировку приемного отделения в соответствии с распределением потоков пациентов; рациональную планировку операционного блока; рациональную планировку внутри клинических подразделений; рациональность планировки зон ожидания для посетителей.

8. Обеспечение рациональной, безопасной, эргономичной организации пространства внутри помещений. На данном этапе необходимо обеспечить: соответствие дверных проемов, коридоров, лестничных проемов размерам каталок, кроватей, кресел, отсутствие препятствия в виде порогов, отсутствия излишней мебели, неиспользуемого медицинского оборудования; безопасное и эргономичное расстояние между кроватями, расположение кроватей относительно санузла (если есть) и т.д.; безопасность кроватей, каталок, стульев, кресел, кушеток, включая исправность тормозной системы, наличие колесиков и т.д.

9. Обеспечение безопасности, исправности и непрерывного функционирования систем жизнеобеспечения МО.

10. Организация доступной и безопасной среды в МО для лиц с ограниченными возможностями. Бизнес-правило этапа: наличие пандусов, специальных подъемников, лифтов для подъема каталок, специальных туалетов и т.д.

11. Организация функционирования системы охраны МО.

12. Организация беспрепятственного подъезда спецтранспорта.

13. Обеспечение информационной безопасности и соблюдения врачебной тайны «разложен».

14. Аудит системы обеспечения комфортных условий пребывания пациентов и организация безопасной среды в медицинской организации «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

15. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

16. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе описанного бизнес-процесса обеспечивают: заместитель начальника по медицинской части, лица, ответственные за разработку СОПов, руководитель обучения (наставник), заместитель начальника КГ по тылу, лица, ответственные за обеспечение безопасной среды, лица, ответственные за функционирование систем жизнеобеспечения, группа аудиторов.

Процесс «Организация безопасного применения лекарственных препаратов» включает 16 этапов.

1. Разработка и утверждение ЛНПА о распределении ответственности по лекарственной безопасности «разложен». Выходной информацией этапа является приказ.

2. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих порядок сбора и направления в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора сведений о выявленных нежелательных реакциях «разложен». Выходная информация: приказ и положение. Бизнес – правило этапа: в ЛНПА необходимо распределить ответственность с указанием ИО и должности.

3. Разработка алгоритма взаимодействия МО с территориальным органом Росздравнадзора. Выполнение работ осуществляется в соответствии

со следующими бизнес-правилами: следует использовать алгоритмы Наранжо, Karch или ВОЗ при оценке причинно-следственной связи между применением лекарственного препарата и нежелательной реакции; необходимо указать все контактные данные ответственных специалистов по фармаконадзору.

4. Обеспечение наличия стандартных извещений о нежелательной реакции. Бизнес-правило этапа: в электронной форме или на бумажном носителе.

5. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующего порядок закупки лекарственных препаратов «разложен». Выходной информацией этапа будет приказ и положение.

6. Осуществление регулярного контроля срока годности ЛП.

7. Ведение перечня ЛП (базы данных), имеющихся в МО. Бизнес-правило этапа: необходимо обеспечить доступность персонала к базе данных 24 часа, семь дней в неделю, 365 дней в году.

8. Ведение списка ЛП, требующих особых условий хранения (в соответствии с требованиями производителей лекарственных средств).

9. Обеспечение наличия исправного оборудования для хранения ЛП во всех структурных подразделениях. Бизнес-правило этапа: необходимо обеспечить наличие исправного оборудования и соблюдение правил расположения (например, измерительная часть прибора на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов) во всех подразделениях МО.

10. Соблюдение условий хранения ЛП. Бизнес-правило этапа: необходимо определить места хранения с учетом требований к упаковке и маркировке.

11. Прогнозирование риска при использовании ЛП. Выходная информация этапа - запись о факторе риска в медицинской карте стационарного больного. Бизнес-правило этапа: к факторам риска относят: побочные реакции, токсическое действие ЛП, взаимодействие ЛП, учет

обстоятельств, сопутствующих заболеваний.

12. Разработка СОП, содержащих алгоритмы назначения и использования ЛП «разложен». Выходная информация этапа – СОП. Бизнес-правило этапа: в СОПах обязательен учет вопросов контроля сроков годности препаратов, условий хранения, качества назначений, условий лекарственного обеспечения.

13. Проведение обучения медицинского персонала мерам безопасного применения ЛП «разложен».

14. Аудит системы обеспечения лекарственной безопасности.

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

15. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

16. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе описываемого бизнес-процесса обеспечивают: заместитель начальника по медицинской части, лицо, ответственное за разработку ЛНПА, лицо, ответственное за обеспечение лекарственной безопасности, заведующий аптекой, начальник ОМТиХО, лечащий врач, лицо, ответственное за разработку СОП руководитель обучения (наставник), группа аудиторов.

Процесс «Обеспечение эпидемиологической безопасности (профилактики ИСМП)» включает 20 этапов. Процесс осуществляется в соответствии с: СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 8 мая 2010 г. № 58); Национальна Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 6 ноября 2011 г.); Федеральные клинические рекомендации по вопросам обеспечения эпидемиологической безопасности, утвержденные Национальной ассоциацией специалистов по

контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (НП «НАСКИ») и согласованные с Профильной комиссией Министерства здравоохранения Российской Федерации по эпидемиологии.

1. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих вопросы эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП) «разложен». Выходная информация этапа: приказ и положение.

2. Разработка и утверждение программы обеспечения эпидемиологической безопасности. Выходной информацией этапа будет приказ.

3. Создание комиссии по эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП). Выходной информацией этапа будет приказ и положение.

4. Создание рабочей группы по разработке алгоритмов и СОПов по вопросам эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП).

5. Разработка и утверждение СОП по вопросам эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП) «разложен». Выходной информацией этапа будет СОП. Необходимо обеспечить наличие и регулярное обновление СОПов: катетеризация периферических сосудов, катетеризация центральных сосудов, катетеризация мочевого пузыря, ИВЛ, бесконтактные перевязки, внутримышечные и внутривенные инъекции, инфузии и гемотрансфузии, и др.

6. Разработка и утверждение СОП по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях «разложен». Бизнес-правило этапа: к отдельным эпидемиологическим ситуациям относят: возникновение случая кишечных инфекций, инфекций дыхательных путей, особо опасных инфекций, ИСМП др.

7. Обеспечение активного выявления, учета и регистрации, анализа ИСМП среди пациентов и персонала. Выходная информация этапа – перечень стандартных определений случаев (СОС) ИСМП и журнал регистрации случаев ИСМП (ф.60). Необходимо обеспечить: проведение

регулярных совещаний комиссии МО по вопросам выявления ИСМП; сбор и анализ стратифицированных показателей заболеваемости ИСМП; соблюдения порядок анализа заболеваемости ИСМП на основе анализа показателей; полноту выявления случаев ИСМП; соблюдение порядка проведения эпидемиологического обследования очага инфекции.

8. Регулярное проведение микробиологических исследований и мониторинга.

9. Организация непрерывного функционирования ЦСО.

10. Обеспечение эпидемиологической безопасности среды. Необходимо обеспечить: наличие и соответствие расчетным потребностям моечно-дезинфекционных машин/исправность; наличие и использование системы расчета; потребности МО в дезинфицирующих и антисептических средствах; наличие дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями во всех подразделениях МО; наличие и соответствие количества оборудования для дезинфекции; наличие системы обращения с отходами и соответствие нормативным документам.

11. Соблюдение порядка оказания помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушнокапельным путем, опасными инфекциями).

12. Обеспечение наличия полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук.

13. Разработка и утверждение алгоритма использования индивидуальных средств защиты.

14. Разработка и утверждение алгоритмов действий при аварийной ситуации (случаев контакта с биологическими жидкостями, при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек и др.).

15. Разработка и утверждение алгоритмов предоперационной антибиотикопрофилактики и других алгоритмов применения антибиотиков.

16. Проведение комплекса противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции в соответствии с нормативными

документами по данной инфекции, включая изоляцию.

17. Проведение обучения медицинского персонала по вопросам эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП) «разложен».

18. Заключительным этапом процесса является аудит системы эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП) «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

19. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

20. Устранение недостатков. Выполнение работ на данном этапе обеспечивают ответственные лица, назначенные на предыдущем этапе.

Выполнение работ в ходе реализации процесса обеспечивают: администрация – заместитель начальника по медицинской части, врач-эпидемиолог, члены рабочей группы, члены комиссии по эпидемиологической безопасности, главная медицинская сестра, лечащий врач, начальник ОМТиХО, лечащий врач, группа аудиторов, лица, ответственные за обеспечение эпидемиологической безопасности.

Процесс «Мониторинг длительности пребывания пациента в стационаре» включает 6 этапов:

1. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих мониторинг длительности пребывания пациента в стационаре «разложен». Выходная информация этапа: приказ и положение.

2. Формирование отчета по длительности пребывания. Выходной информацией этапа будет отчет.

3. Обеспечение регулярной актуализации информации.

4. Аудит системы мониторинга «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

5. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

6. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе бизнес-процесса обеспечивают: администрация - заместитель начальника по медицинской части, заведующие отделениями медицинской организации, группа аудиторов, лица, ответственные за мониторинг.

Процесс «Безопасное применение медицинских изделий» включает 20 этапов.

1. Разработка и утверждение приказов по вопросам контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий (Далее-МИ) «разложен». Выходная информация этапа: приказ. Необходимо наличие приказов начальника госпиталя по следующим направлениям: организация работы в сфере контроля качества и безопасности обращения МИ: направления деятельности, ответственные лица; закупка МИ; хранение и учет МИ; эксплуатация МИ; соблюдение метрологических требований, норм и правил для МИ, требующих периодических проверок; техническое обслуживание медицинской техники; приемка МИ; система сбора информации и регистрации побочных действий, нежелательных реакций при применении МИ.

2. Соблюдение правил эксплуатации МИ. Входная информация: инструкция по эксплуатации медицинского оборудования.

3. Заключение договоров на обслуживание и метрологический контроль МИ «разложен».

4. Контроль технического состояния оборудования перед использованием «разложен».

5. Текущий контроль технического состояния оборудования «разложен».

6. Плановый контроль технического состояния оборудования «разложен».

7. Текущее техническое обслуживание «разложен».

8. Плановое техническое обслуживание «разложен».

9. Ремонт оборудования «разложен».
10. Метрологический контроль МИ «разложен».
11. Нанесение информации по безопасному применению МИ на самом изделии и (или) на каждой его упаковке.
12. Соблюдение условий хранения МИ в соответствии с рекомендуемыми производителем.

Если в ходе процесса выявлено побочное действия проводятся три дополнительных этапа 19, 20 и 21:

13. Регистрация и учет побочных действий, нежелательных реакций при применении МИ.
14. Направление извещений в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора извещений о выявленных нежелательных реакциях.
15. Вывод МИ из эксплуатации.
16. Обучение медицинского персонала безопасной эксплуатации МИ «разложен».
17. Контроль навыков персонала по эксплуатации МИ.
18. Аудит системы безопасной эксплуатации МИ «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся еще два дополнительных этапа:

19. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.
20. Устранение недостатков. Выполнение работ на данном этапе обеспечивают ответственные лица, назначенные на предыдущем этапе.

Реализацию этапов бизнес-процесса обеспечивают: администрация - заместитель начальника по тылу, заместитель начальника по медицинской части, работники, эксплуатирующие данное оборудование, начальник отдела закупок. инженер обслуживающей организации, инженер-метролог, группа аудиторов, лица, ответственные за безопасную эксплуатацию МИ.

Процесс «Обеспечение хирургической безопасности»

осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России от 07 июня 2019 года №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и включает 13 этапов.

1. Разработка и утверждение ЛНПА, распределяющих ответственность за хирургическую безопасность «разложен». Выходной информацией этапа будет приказ и положение.

2. Формирование рабочей группы по разработке и обновлению клинических алгоритмов МО, СОПов в области хирургической безопасности. Бизнес-правило этапа: рабочая группа должна быть мультидисциплинарной.

3. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих порядок учета и регистрации периоперационных осложнений «разложен». Выходная информация этапа: приказ и положение.

4. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих порядок посещения пациентов и привлечение родственников к уходу за тяжелобольными «разложен» (этап 4). Выходная информация этапа: приказ и положение.

5. Разработка и утверждение СОП по подготовке к оперативному вмешательству «разложен». Выходная информация этапа – СОП. Включая: объем обследования (в том числе отсутствие дублирования исследований), осмотр врачами специалистами и оформление информированных согласий.

6. Разработка и утверждение СОП по ведению пациента непосредственно до начала операции «разложен». Выходная информация этапа – СОП. Включая алгоритмы седации, антибиотикопрофилактики, профилактики, оценки технической готовности оборудования к операции, алгоритма оценки операции сразу после ее окончания и др.

7. Разработка и утверждение СОП по ведению пациента до перевода в послеоперационное отделение «разложен».

8. Обучение медицинского хирургической безопасности «разложен». Бизнес-правило этапа: проведение практических занятий с

решением клинических задач обязательно.

9. Контроль навыков персонала в области хирургической безопасности.

10. Обеспечение регулярного ведения хирургических чек-листов.

11. Аудит системы хирургической безопасности «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

12. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

13. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе реализации этапов процесса обеспечивают: заместитель начальника по медицинской части, члены рабочей группы, руководитель обучения (наставник), заведующие структурными подразделениями, группа аудиторов, лица, ответственные за обеспечение хирургической безопасности.

Процесс «Осуществление мероприятий по облегчению боли» включает 9 этапов и осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России от 07 июня 2019 года №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

1. Формирование рабочей группы по разработке и обновлению алгоритмов обезболивания. Бизнес-правило этапа: рабочая группа должна быть мультидисциплинарной.

2. Разработка и утверждение ЛНПА, утверждающего методику оценки боли «разложен». Входная информация этапа: приказ и положение.

3. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих алгоритмы обезболивания «разложен». Входная информация этапа: приказ и алгоритм.

4. Проведение обучения алгоритмам обезболивания «разложен». Бизнес-правило этапа: проведение практических занятий с решением клинических задач обязательно.

5. После этого - контроль навыков персонала в области облегчения боли.

6. Обеспечение регулярного ведения чек-листов.

7. Аудит системы облегчения боли «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

8. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

9. Устранение недостатков.

Реализацию этапов бизнес-процесса обеспечивают: заместитель начальника по медицинской части, члены рабочей группы, руководитель обучения (наставник), заведующие отделениями, группа аудиторов.

Процесс «Осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов» включает 30 этапов и осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России от 07 июня 2019 года №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

1. Формирование рабочей группы по организации службы трансфузиологии. Бизнес-правило этапа: рабочая группа должна быть мультидисциплинарной.

2. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих работу службы трансфузиологии «разложен». Выходная информация этапа: приказ и положение.

3. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих регистрацию случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов «разложен». Выходная информация этапа: приказ и положение.

4. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритмы клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов «разложен». Выходная информация этапа: приказ и алгоритм.

5. Разработка и утверждение ЛНПА о создании трансфузиологической комиссии/назначении ответственного «разложен». Выходная информация этапа: приказ и положение.

6. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритмы заказа, доставки и возврата крови и ее компонентов «разложен». Выходная информация этапа: приказ и алгоритм. Бизнес-правило этапа: алгоритмы должны быть составлены в соответствии с региональными документами, описывающими систему обеспечения донорской кровью и ее компонентов. Вышеуказанные документы должны быть в наличии в МО.

7. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих учет и регистрацию донорской крови «разложен». Выходная информация этапа: приказ и журнал движения крови и ее компонентов. Бизнес-правило этапа: необходимо обеспечить наличие донорской крови и компонентов в количестве, соответствующим расчетным. Все несоответствий доставленных компонентов крови (меньше/больше, визуальным требованиям, срокам годности) регистрируются в журнале.

8. Соблюдение правил транспортировки, включая учет температурного режима на всех этапах (хранения, транспортировки и клинического использования).

9. Контроль условий хранения препаратов крови и ее компонентов. Бизнес-правило этапа: необходимо обеспечить наличие исправного оборудования во всех подразделениях МО и соблюдение условий хранения крови и ее компонентов.

10. Использование устройств одноразового применения со встроенным микрофильтром, обеспечивающим удаление микроагрегатов диаметром более 30 мкм, во всех случаях в соответствии с клиническими рекомендациями/стандартами.

11. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритм обследования пациентов в лаборатории при поступлении «разложен». Обследование в объеме: первичное исследование групповой и резуспринадлежности крови у

всех пациентов, подтверждающее определение группы крови по системе АВО и резуспринадлежности у всех пациентов, фенотипирование по антигенам С, с, Е, е, Сw, К, к и определение антиэритроцитарных антител у реципиента.

Выходная информация этапа: приказ и алгоритм.

12. Заключение договора со сторонней лабораторией (дополнительный этап при отсутствии возможности проведения исследований в собственной лаборатории) «разложен». Выходная информация – договор.

13. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритм переливания крови и компонентов «разложен».

14. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритм переливания СЗП «разложен».

15. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритм переливания тромбоцитов «разложен».

16. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритм переливания криопреципитата «разложен».

17. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритм переливания экстренной трансфузии по жизненным показаниям «разложен».

18. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритм подбора компонентов крови особым группам реципиентов «разложен» (этап 17). К таким пациентам относятся лица, имеющие: в анамнезе посттрансфузионные осложнения; беременность, рождение детей с гемолитической болезнью новорожденного; аллоиммунные антитела.

Выходная информация для вышеперечисленных этапов: приказ и алгоритм.

19. Заключение договора со сторонней лабораторией (дополнительный этап при отсутствии возможности проведения исследований в собственной лаборатории) «разложен». Выходная информация – договор.

20. Ведение медицинской документации. Обязательно наличие во всех медицинских документах: информация о группе крови и резус-факторе; анамнез (трансфузионный), информированное согласие.

21. Предоставление пациентам полной и точной информации о трансфузии, рисках и преимуществах, альтернативных методах.

22. После этого осуществляется оценка эффективности терапии. Бизнес-правило этапа: оценка проводится по согласованным критериям.

23. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритм действий в случае реакции и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов «разложен». Выходная информация этапа – приказ и алгоритм.

24. Регистрация случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов. Бизнес-правило этапа: уведомление подается руководителю организации, которая заготовила и поставила донорскую кровь и (или) ее компоненты. Выходной информацией этапа будет стандартное уведомление.

25. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритм утилизации крови ее компонентов при истечении сроков годности «разложен». Выходная информация этапа: приказ и алгоритм. Выполнение работ на данном этапе обеспечивают члены рабочие группы.

26. Проведение обучения мерам по обращению донорской крови и (или) ее компонентов «разложен». Бизнес-правило этапа: проведение практических занятий с решением клинических задач обязательно.

27. Контроль навыков персонала в области трансфузиологии.

28. Аудит системы обращения донорской крови и (или) ее компонентов «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

29. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

30. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе реализации процесса обеспечивают: ответственные лица, заместитель начальника по медицинской части, члены рабочей группы, ответственные лица, члены трансфузиологической комиссии, врач-трансфузиолог, главный специалист отдела закупок, врач структурного подразделения МО, руководитель обучения (наставник).

Процесс «Обеспечение ухода при оказании медицинской помощи» включает 6 этапов и осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России от 07 июня 2019 года №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

1. Формирование рабочей группы по разработке и обновлению алгоритмов обезболивания. Бизнес-процесс для данного этапа: рабочая группа должна быть мультидисциплинарной.

2. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих алгоритмы оценки риска, профилактики и лечения пролежней «разложен». Выходная информация этапа: приказ и алгоритм.

3. Обеспечение наличия противопролежневых матрасов, подушек, кругов и т.д.

4. Проведение обучения правилам ухода и алгоритмам оценки риска, профилактики и лечения пролежней «разложен». Бизнес-правило этапа: проведение практических занятий с решением клинических задач обязательно.

5. Контроль навыков персонала.

6. Информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики лечения пролежней. Бизнес-правило этапа: включая обучение методам профилактики и лечения.

Выполнение работ в ходе данного процесса обеспечивают: лечащий врач, администрация - заместитель начальника по медицинской части, начальник ОМТиХО, руководитель обучения (наставник), лица,

ответственные за информирование пациентов.

Процесс «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни» включает 8 этапов.

1. Разработка и утверждение ЛНПА, распределяющего ответственность в области профилактики неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «разложен». Выходной информацией этапа будет приказ.

2. Разработка и утверждение плана мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний.

3. Разработка ЛНПА, утверждающих алгоритм консультирования пациентов по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «разложен». Выходная информация: приказ и алгоритм.

4. Обучение алгоритмам консультирования пациентов по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни. Бизнес-правило этапа: проведение практических занятий с решением клинических задач обязательно.

5. Информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни. Бизнес-правило этапа: в том числе с помощью информационных материалов по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни в структурных подразделениях (постеры, брошюры, памятки и др.).

6. Аудит системы профилактики неинфекционных заболеваний «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

7. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

8. Устранение недостатков.

Выполнение работ на данных этапах обеспечивают ответственные лица. лица, ответственные за данное направление деятельности, руководитель обучения (наставник), администрация – заместитель начальника по медицинской части.

Процесс «Выявление онкологических заболеваний на ранних сроках» включает 7 этапов.

1. Разработка и утверждение плана мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний. Выходная информация процесса - План.

2. Разработка и утверждение СОП по раннему выявлению онкологических заболеваний «разложен». Выходная информация этапа – СОП.

3. Проведение обучения методам выявления онкологических заболеваний на ранних сроках «разложен». Этап проводится в соответствии со следующим бизнес-правилом: проведение практических занятий с решением клинических задач обязательно.

4. Информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний. Бизнес-правило этапа: в том числе с помощью информационных материалов по вопросам выявления онкологических заболеваний.

5. Аудит системы выявления онкологических заболеваний на ранних сроках «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

6. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

7. Устранение недостатков.

Выполнение работ на данных этапах обеспечивают: лица, ответственные за данное направление деятельности, заместитель начальника по медицинской части, группа аудиторов, руководитель обучения

(наставник).

Процесс «Организация работы оперативного отдела» включает 10 этапов.

1. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих работу оперативного отдела «разложен». Выходная информация: приказ и положение. Бизнес-правило: необходимо назначить лиц, ответственных за работу отдела.

2. Разработка СОП по взаимодействию оперативного отдела со структурными подразделениями «разложен». Выходная информация этапа – СОП.

3. Разработка и утверждение СОП по взаимодействию медицинских регистраторов с пациентами «разложен». Выходная информация этапа – СОП. Бизнес-правило этапа: включая порядок действий в случае конфликтных ситуаций.

4. Разработка и утверждение СОП по оформлению листков (справок) временной нетрудоспособности, их учета и регистрации «разложен». Выходная информация этапа – СОП.

5. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих работу «стойки информации» «разложен». Выходная информация этапа – приказ и положение.

6. Обеспечение наличия речевых модулей на разные типы взаимодействия по телефону.

7. Обучение медицинских регистраторов.

8. Аудит работы оперативного отдела.

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

9. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

10. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе процесса обеспечивают: лица, ответственные

за данное направление деятельности, администрация – заместитель начальника по медицинской части, старшая медицинская сестра оперативного отдела, руководитель обучения (наставник), группа аудиторов.

Процесс «Управление потоками пациентов» включает 11 этапов.

1. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих алгоритмы регулирования потоков пациентов «разложен». Выходная информация этапа – приказ и положение.

2. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих алгоритмы маршрутизации пациентов в особых случаях. Выходная информация этапа – приказ и положение. Бизнес-правило для данного этапа: например, в случаях эпидемий инфекционных заболеваний.

3. Сортировка пациентов при поступлении/обращении в зависимости от тяжести состояния и экстренности необходимых вмешательств «разложен».

4. Организация работы оперативного отдела «разложен».

5. Проведение обучения методам управления потоками пациентов «разложен».

6. Аудит системы управления потоками пациентов «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

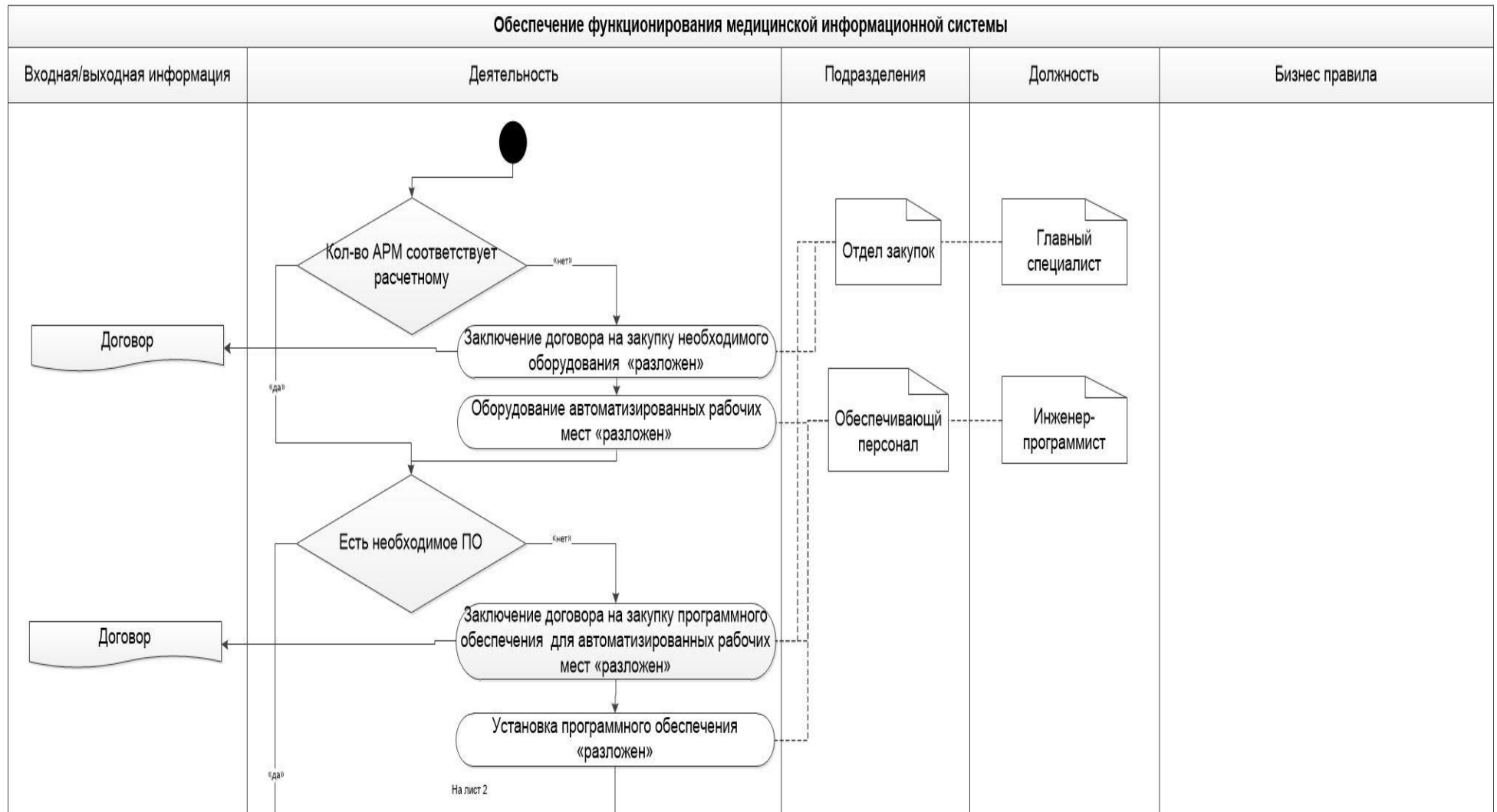
10. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

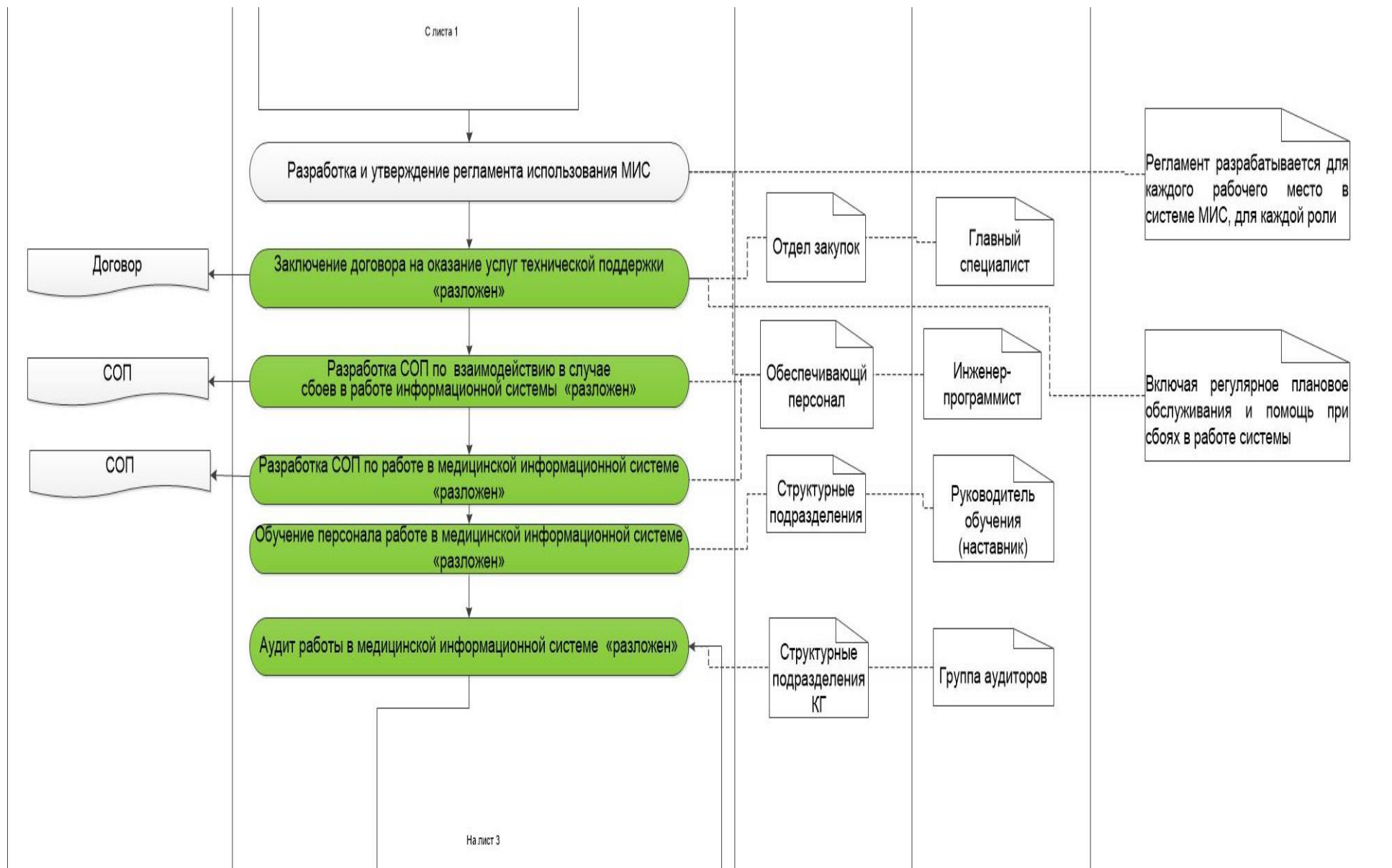
11. Устранение недостатков.

Выполнение работ на вышеперечисленных этапах бизнес-процесса обеспечивают: лица, ответственные за данное направление деятельности, персонал приемного отделения, руководитель обучения (наставник), группа аудиторов.

Процесс «Обеспечение функционирования медицинской информационной системы» (Рисунок 20) включает 13 этапов.

В том случае если количество автоматизированных рабочих мест





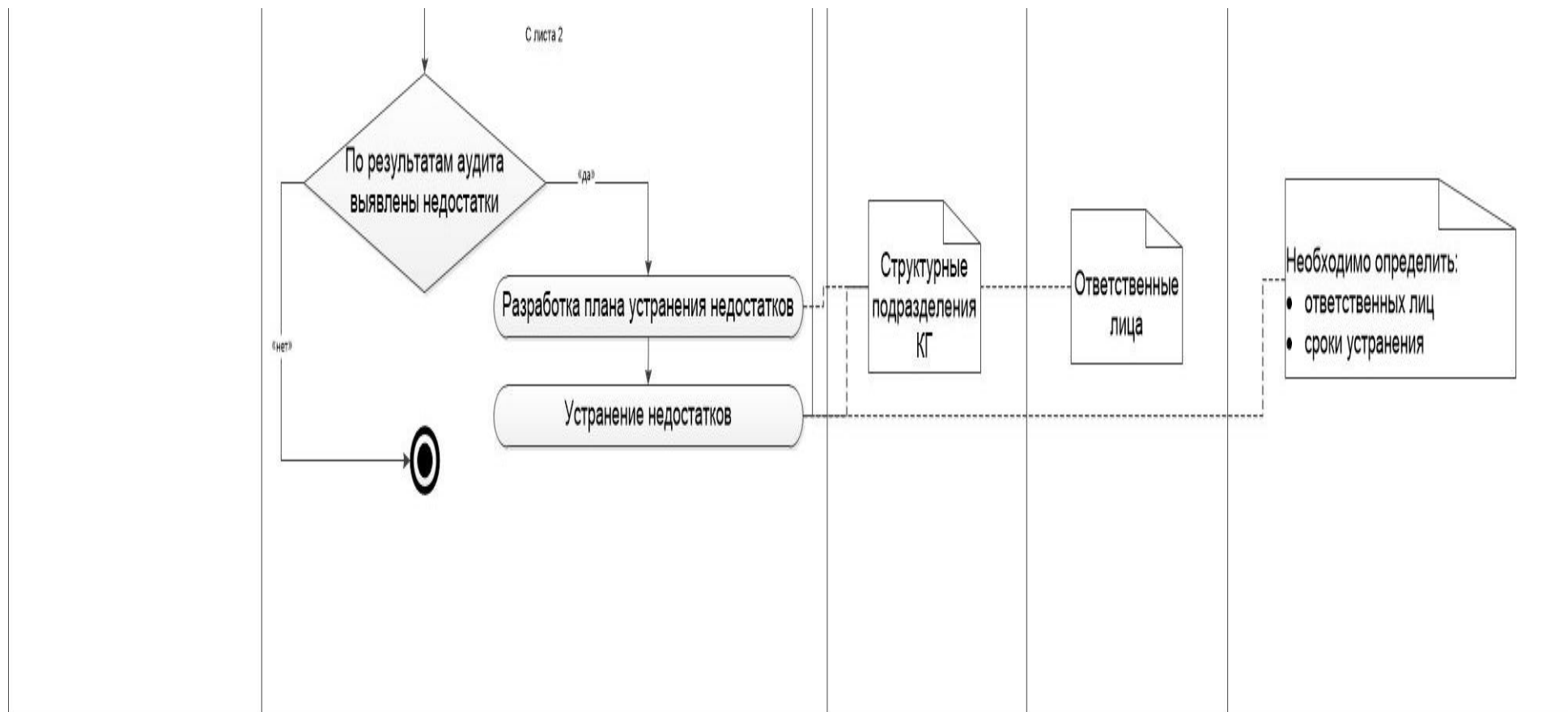


Рисунок 20. Процесс «Обеспечение функционирования медицинской информационной системы»

(Далее - АРМ) не соответствует в первую очередь необходимо провести два подготовительных этапа:

1. Заключение договора на закупку необходимого оборудования «разложен». Выходная информация этапа – договор.

2. Следующий этап - оборудование автоматизированных рабочих мест «разложен».

После обеспечения необходимого количества АРМ, в случае отсутствия необходимого программного обеспечения (Далее - ПО) необходимо провести еще два дополнительных этапа :

3. Заключение договора на закупку программного обеспечения для автоматизированных рабочих мест «разложен». Выходная информация этапа – договор.

4. Установка программного обеспечения «разложен».

5. Разработка и утверждение регламента использования МИС. Бизнес-правило этапа: регламент разрабатывается для каждого рабочего место в системе МИС, для каждой роли.

6. Заключение договора на оказание услуг технической поддержки «разложен». Бизнес-правило этапа: включая регулярное плановое обслуживания и помощь при сбоях в работе системы. Выходная информация этапа – договор.

7. Разработка СОП по взаимодействию в случае сбоев в работе информационной системы «разложен».

8. Разработка СОП по работе в медицинской информационной системе «разложен».

Выходная информация этапов 7 и 8 – СОП.

9. Обучение персонала работе в медицинской информационной системе «разложен».

10. Обучение персонала работе в медицинской информационной системе «разложен».

11. Аудит работы в медицинской информационной системе

«разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

12. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

13. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе реализации процесса обеспечивают: главный специалист отдела закупок, инженер-программист, руководитель обучения (наставник), группа аудиторов.

Процесс «Информирование пациентов о медицинской деятельности, о медицинских работниках и об уровне их образования и квалификации» включает 10 этапов.

1. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих информирование пациентов и назначение ответственных лиц «разложен». Выходная информация этапа - приказ и положение.

2. Разработка СОП по работе с сайтом медицинской организации «разложен». Выходная информация этапа – СОП.

3. Формирование информации о медицинской деятельности организации.

4. Формирование информации о медицинских работниках, об их образовании и квалификации.

5. Сбор информированных согласий работников на размещение их персональных данных на сайте.

6. Размещение информации о медицинской деятельности и медицинских работниках на сайте медицинской организации.

7. Обновление информации (дополнительный этап по мере устаревания информации).

8. Аудит системы информирования пациентов «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

9. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

10. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе процедуры обеспечивают: администрация-заместитель начальника по медицинской части, инженер-программист, ответственные лица, назначенные из числа работников структурных подразделений медицинской организации, группа аудиторов.

Процесс «Организация профилактических медицинских осмотров и диспансеризации» (Рисунок 21) включает 21 этап и осуществляется в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 13 марта 2019 года №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (с изменениями на 2 сентября 2019 года).

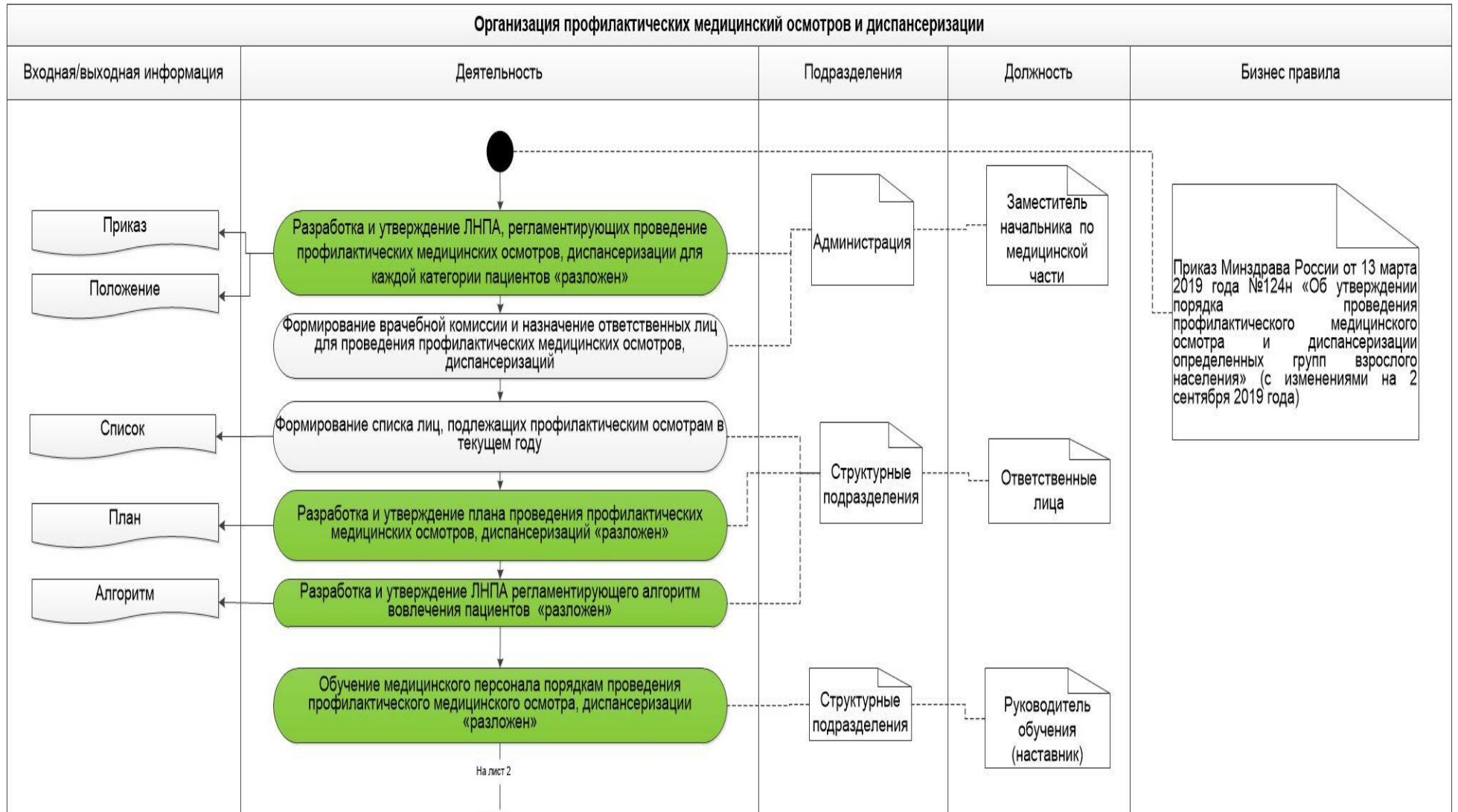
1. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации для каждой категории пациентов «разложен». Выходная информация этапа – приказ и положение.

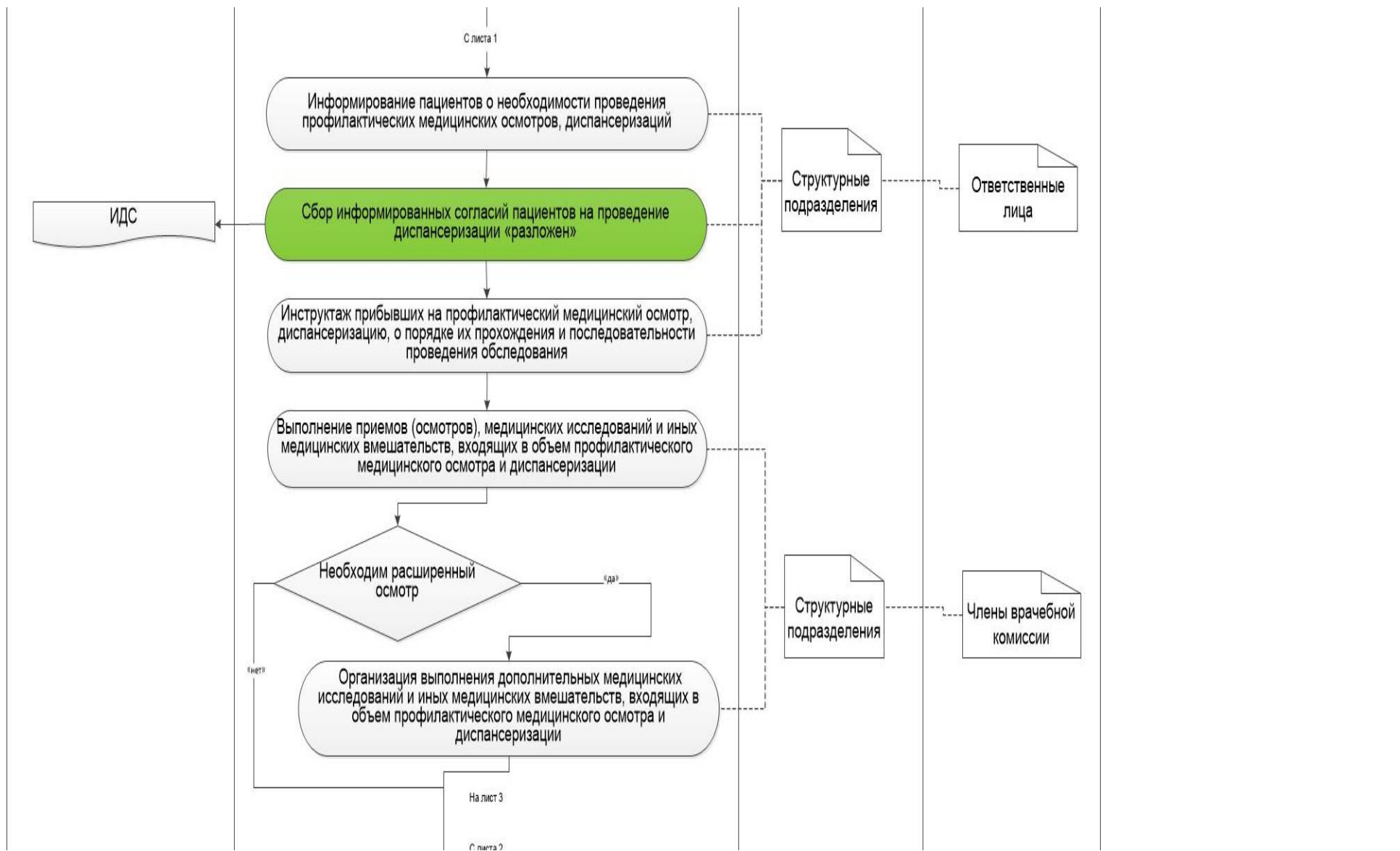
2. Формирование поименного списка специалистов, участвующих в проведении осмотров и назначение ответственных лиц для проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризаций.

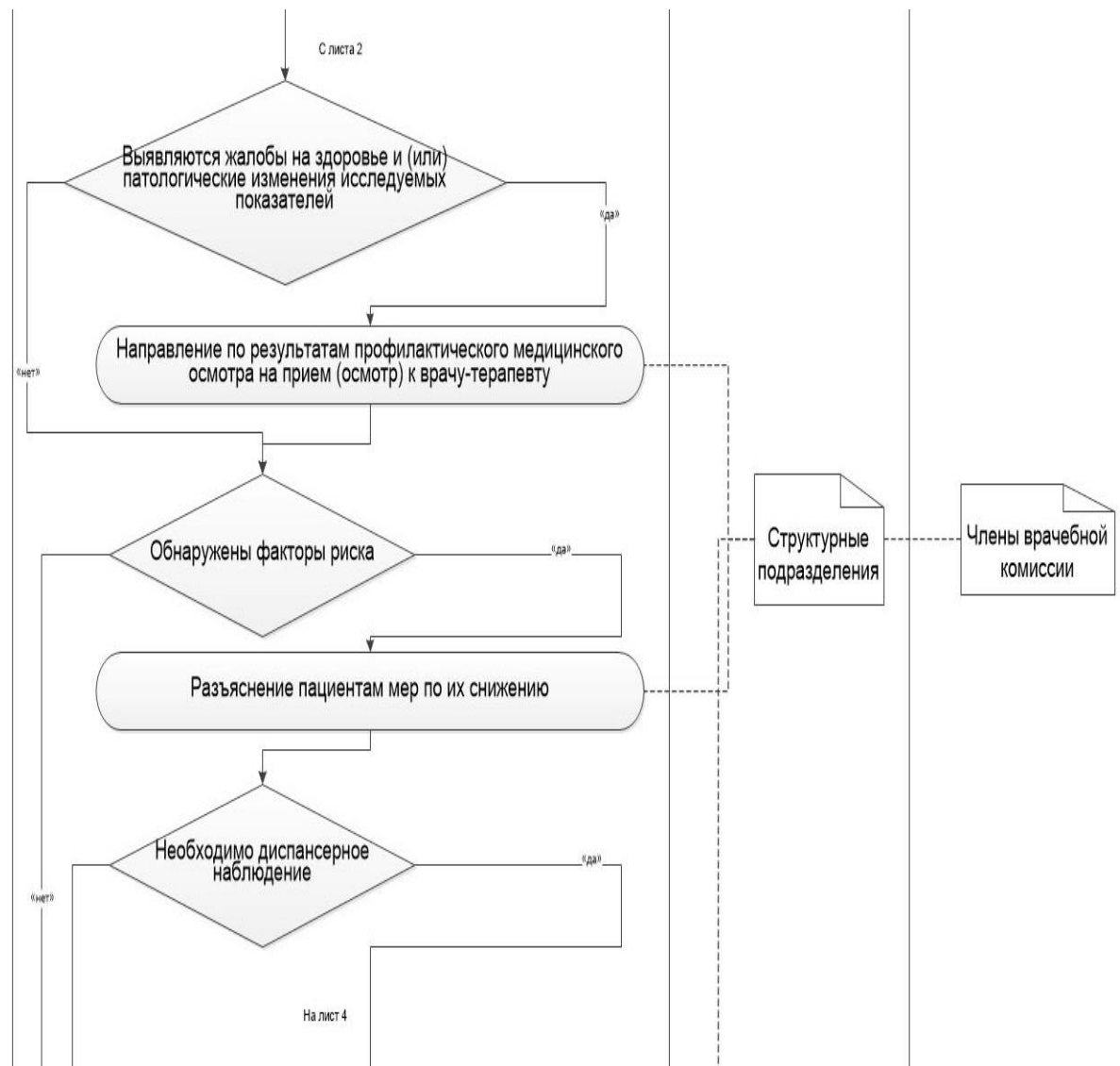
3. Формирование списка лиц, подлежащих профилактическим осмотрам в текущем году. Выходная информация этапа – список.

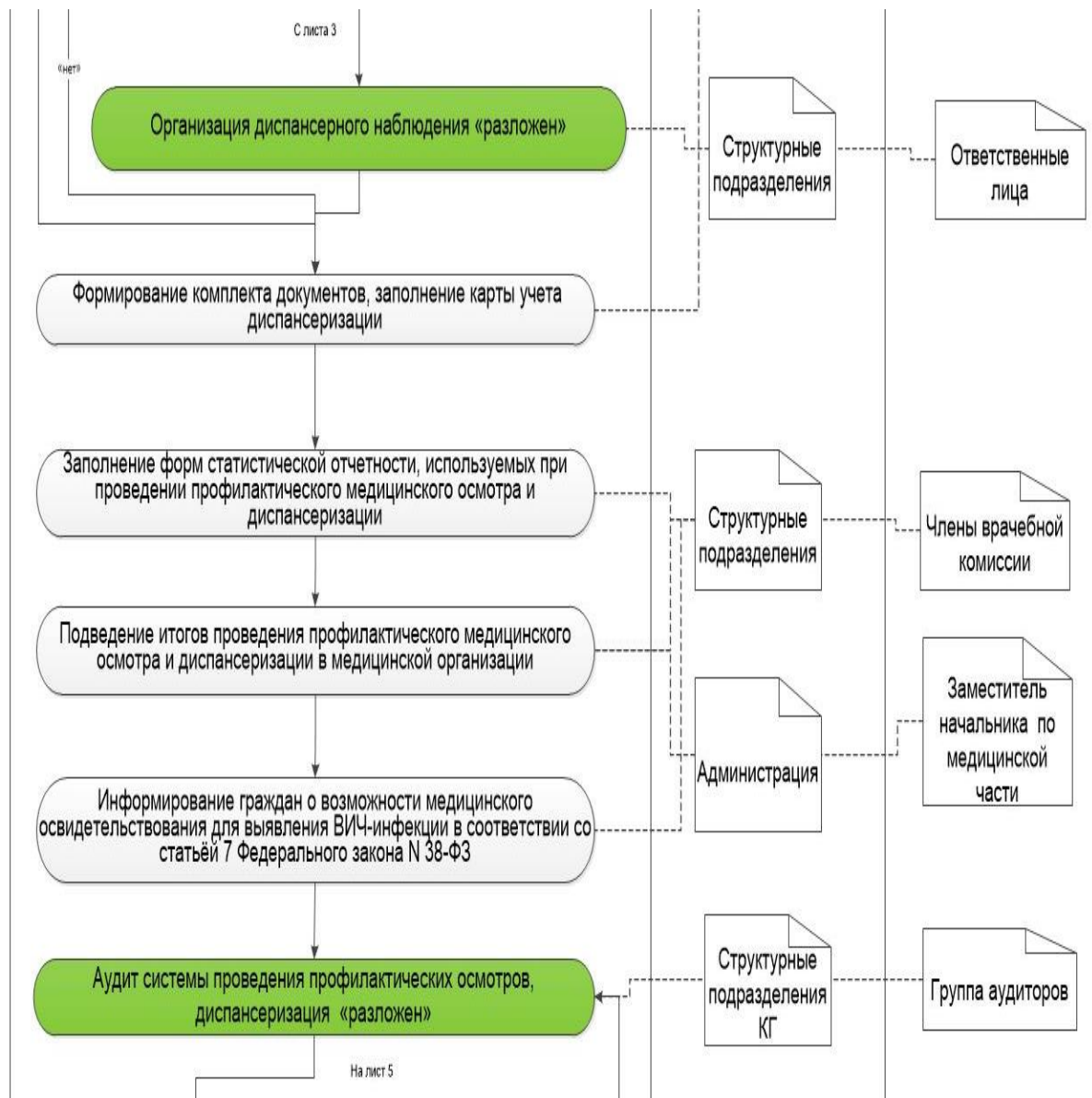
4. Разработка и утверждение плана проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризаций «разложен». Выходная информация этапа – план.

5. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующего алгоритм вовлечения пациентов «разложен». Выходная информация этапа – алгоритм.









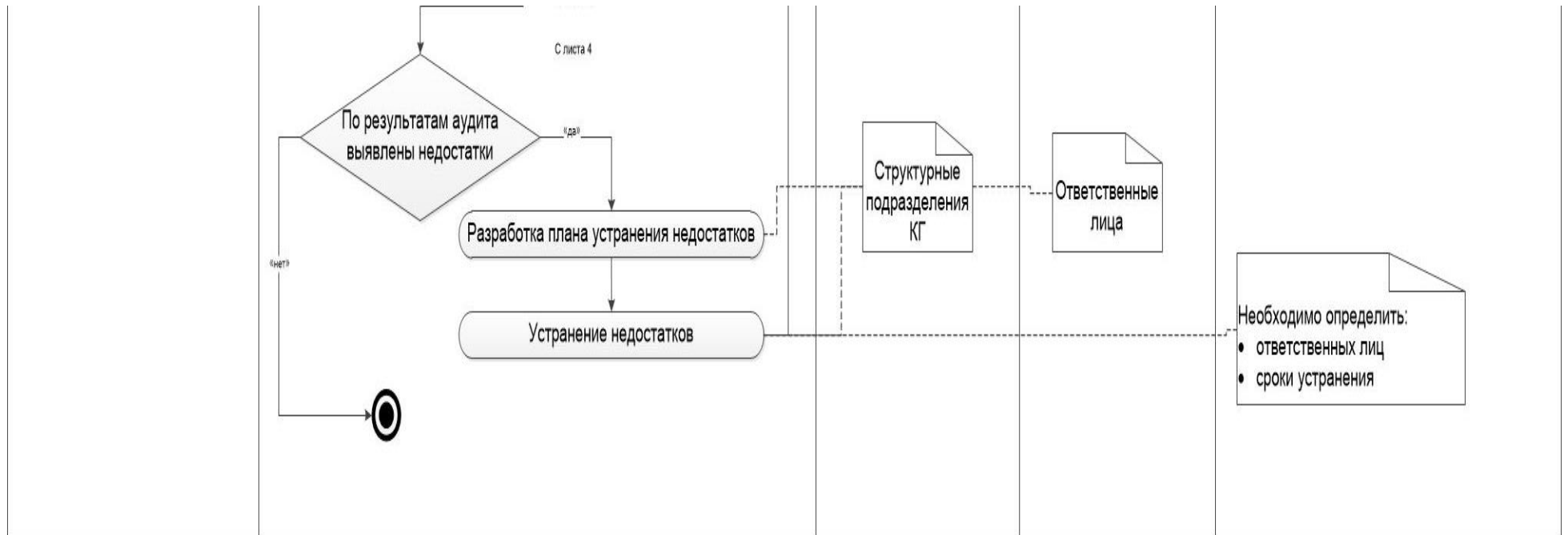


Рисунок 21. Процесс «Организация профилактических медицинских осмотров и диспансеризации»

6. Обучение медицинского персонала порядкам проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации «разложен».

7. Информирование пациентов о необходимости проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризаций.

8. Сбор информированных согласий пациентов на проведение диспансеризации «разложен». Выходная информация этапа – ИДС.

9. Инструктаж прибывших на профилактический медицинский осмотр, диспансеризацию, о порядке их прохождения и последовательности проведения обследования.

10. Выполнение приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

11. Организация выполнения дополнительных медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, не входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации (дополнительный этап, в случае если пациенту необходим расширенный осмотр).

12. Направление по результатам профилактического медицинского осмотра на прием (осмотр) к врачу-терапевту (дополнительный этап, если в ходе обследования выявляются жалобы на здоровье и (или) патологические изменения исследуемых показателей).

13. Разъяснения пациентам мер по снижению рисков (дополнительный этап, том случае если по результатам выполнения предыдущих этапов выявляются факторы риска).

14. Организации диспансерного наблюдения «разложен» (дополнительный этап, если пациенту по результатам проведенных исследований и осмотров необходимо диспансерное наблюдение).

15. Формирование комплекта документов, заполнение карты учета диспансеризации.

16. Заполнение форм статистической отчетности, используемых при

проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

17. Подведение итогов проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации в медицинской организации.

18. Информирование граждан о возможности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции в соответствии со статьёй 7 Федерального закона N 38-ФЗ.

19. Аудит системы проведения профилактических осмотров, диспансеризация «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

20. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

21. Устранение недостатков.

Выполнение работ на данных этапах обеспечивают администрация – заместитель начальника по медицинской части, лица, ответственны за данное направление деятельности, руководитель обучения (наставник), члены врачебной комиссии, группа аудиторов.

Процесс «Организация диспансерного наблюдения» включает 16 этапов и осуществляется в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 29 марта 2019 года №173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

1. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями «разложен». Выходная информация этапа: приказ и положение.

2. Назначение ответственных лиц за наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями.

3. Формирование перечня нозологий для постановки пациентов на учет врачами-терапевтами, врачами-специалистами. Выходной информацией этапа будет перечень.

4. Разработка и утверждение плана-графика и поименного списка

пациентов, страдающих хроническими заболеваниями «разложен». Выходная информация этапа: план и список.

5. Создание рабочей группы для разработки и обновления алгоритмов динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями.

6. Разработка и утверждение ЛНПА регламентирующего алгоритмы динамического наблюдения за пациентами (в том числе маломобильными), страдающими хроническими заболеваниями «разложен». Выходной информацией этапа будет алгоритм.

7. Обучение медицинского персонала алгоритмам динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями «разложен».

8. Информирование пациентов о необходимости порядках осуществления диспансерного наблюдения.

9. Сбор информированных согласий пациентов «разложен».

10. Организации проведения профилактического медицинского осмотра «разложен» (дополнительный этап. если пациент проходит первый диспансерный осмотр в текущем году).

11. Выполнение приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем диспансерного приема.

12. Назначение дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий (дополнительный этап, если по результатам предыдущего этапа необходимы дополнительные мероприятия).

13. Занесение сведений о диспансерном наблюдении в медицинскую документацию пациента. Выходная информация этапа: запись в учетную форму N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения" и запись в медицинской карте.

14. Аудит системы диспансерного наблюдения «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два

дополнительных этапа:

15. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

16. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе реализации бизнес-процесса обеспечивают: администрация – заместитель начальника по медицинской части, лица, ответственные за данное направление деятельности, члены рабочей группы, руководитель обучения (наставник), врач, осуществляющий ведение пациента, группа аудиторов.

Процесс «Организация вакцинации» включает 13 этапов и осуществляется в соответствии с национальным календарем прививок.

1. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих порядок вакцинации «разложен». Выходная информация этапа: приказ и положение.

2. Назначение ответственных лиц за проведение вакцинации.

3. Обеспечение наличия национального календаря прививок.

4. Разработка и утверждение плана-графика и поименного списка пациентов, подлежащих вакцинации «разложен». Выходная информация этапа: план и список.

5. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующего алгоритмы проведения вакцинации «разложен». Выходная информация этапа – алгоритм.

6. Далее осуществляется обучение медицинского персонала алгоритмам проведения вакцинации «разложен».

7. Информирование пациентов о необходимости проведения вакцинации.

8. Получение информированного согласия пациента «разложен» (если, по результатам предыдущего этапа пациент согласен на вакцинацию). Выходная информация этапа – ИДС.

9. Вакцинация.

10. Занесение сведений в медицинскую документацию пациента.

11. Аудит системы вакцинации пациентов «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

12. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

13. Устранение недостатков.

Если, по результатам восьмого этапа пациент не согласен на вакцинацию, проводится этап получения письменного отказа. Выходная информация этапа – письменный отказ. В данном случае процесс на этом будет завершен.

Реализацию этапов процесса обеспечивают: заместитель начальника по медицинской части, ответственные лица, руководитель обучения (наставник), медицинская сестра, осуществляющая вакцинацию, группа аудиторов.

Процесс «Организация работы дневного стационара» включает 13 этапов.

1. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих порядок работы дневного стационара «разложен». Выходная информация этапа – приказ и положение. Необходимо утвердить порядок госпитализации в дневной стационар, в том числе: показания к госпитализации пациентов; противопоказания к госпитализации пациентов; порядок организации «стационара на дому».

2. Назначение ответственных лиц за работу дневного стационара.

3. Разработка и утверждение ЛНПА регламентирующий перечень показаний/противопоказаний для госпитализации в дневной стационар «разложен». Выходная информация – перечень.

4. Разработка и утверждение ЛНПА регламентирующего алгоритмы по отбору и направлению пациентов на госпитализацию в дневной стационар «разложен». Выходная информация – алгоритм.

5. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующего

алгоритмы по наблюдению пациентов после проведения диагностических пункций «разложен». Выходная информация – алгоритм.

6. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующего алгоритм передачи информации о проведенном лечении пациентов «разложен». Выходная информация – алгоритм.

7. Разработка и утверждение ЛНПА регламентирующего алгоритм наблюдения за пациентами «стационаров на дому» «разложен». Выходная информация – алгоритм.

8. Обеспечение наличия стандартных форм выписного эпикриза.

9. Обучение медицинского персонала алгоритмам проведения вакцинации «разложен».

10. Информирование пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, терапии, реабилитации в условиях дневного стационара, «стационара на дому».

11. Аудит работы дневного стационара «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

12. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

13. Устранение недостатков.

Выполнение работ на данных этапах бизнес-процесса обеспечивают: ответственные лица, администрация – заместитель начальника по медицинской части, начальник ОМТиХО, руководитель обучения (наставник), группа аудиторов.

Процесс «Управление персоналом» (Рисунок 22) включает 16 этапов.

1. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих порядок управления персоналом «разложен». Выходная информация этапа – приказ и положение. Бизнес - правило этапа: необходимо распределить задачи и определить ответственных лиц за данное направление деятельности.

2. Формирование рабочей группы по разработке и обновлению

ЛНПА в области управления персоналом.

3. Обеспечение соответствия штатов рекомендованным штатным нормативам по подразделениям. Необходимо обеспечить: укомплектованность по подразделениям; по категориям работников; коэффициент замещения (внештатных и штатных сотрудников).

4. Планирование развития кадрового потенциала «разложен». Выходная информация этапа – план.

5. Планирование подготовки кадрового резерва руководителей «разложен». Выходная информация этапа – план.

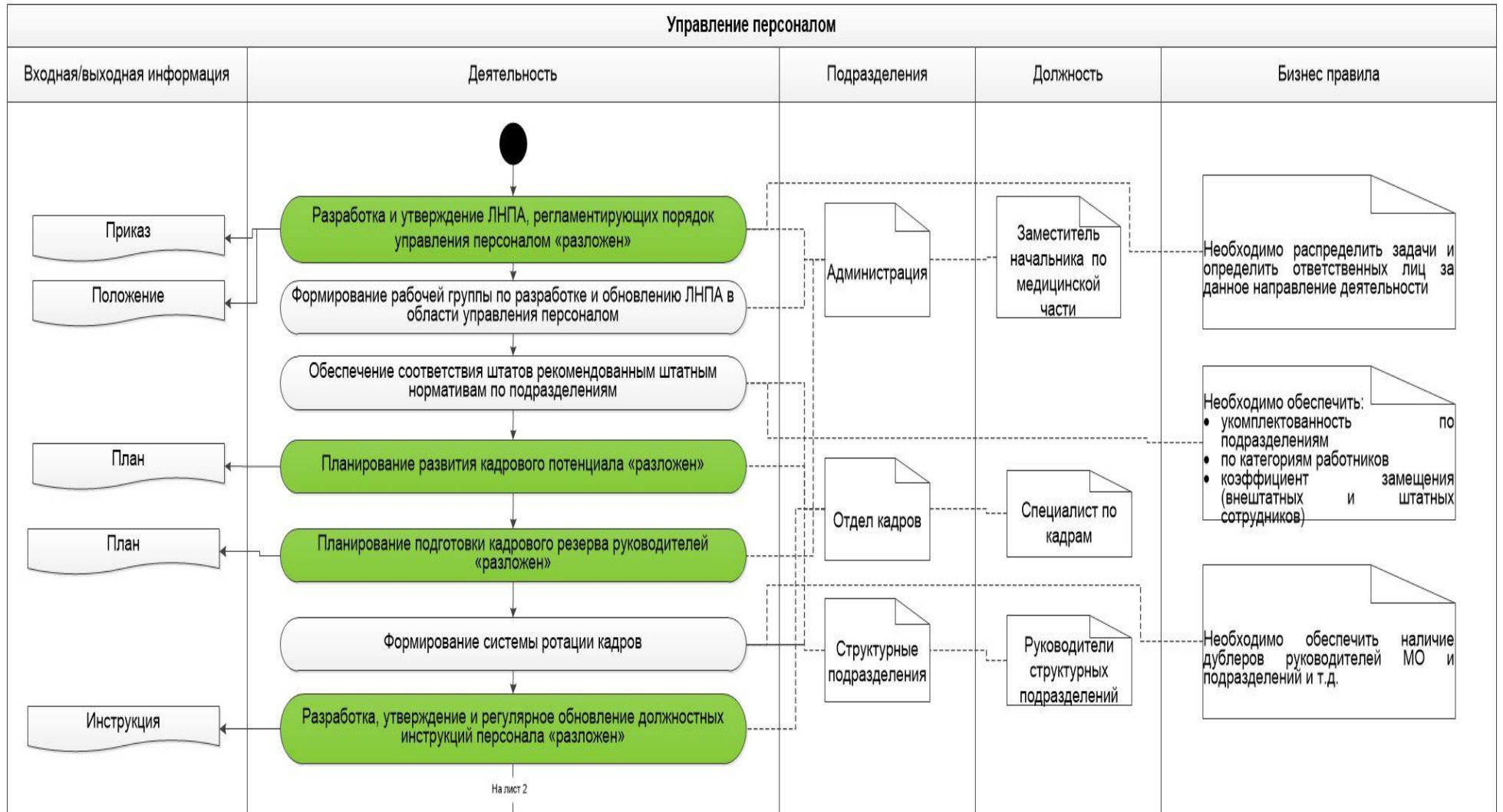
6. Формирование системы ротации кадров. На данном этапе необходимо обеспечить наличие дублеров руководителей МО и подразделений и т.д.

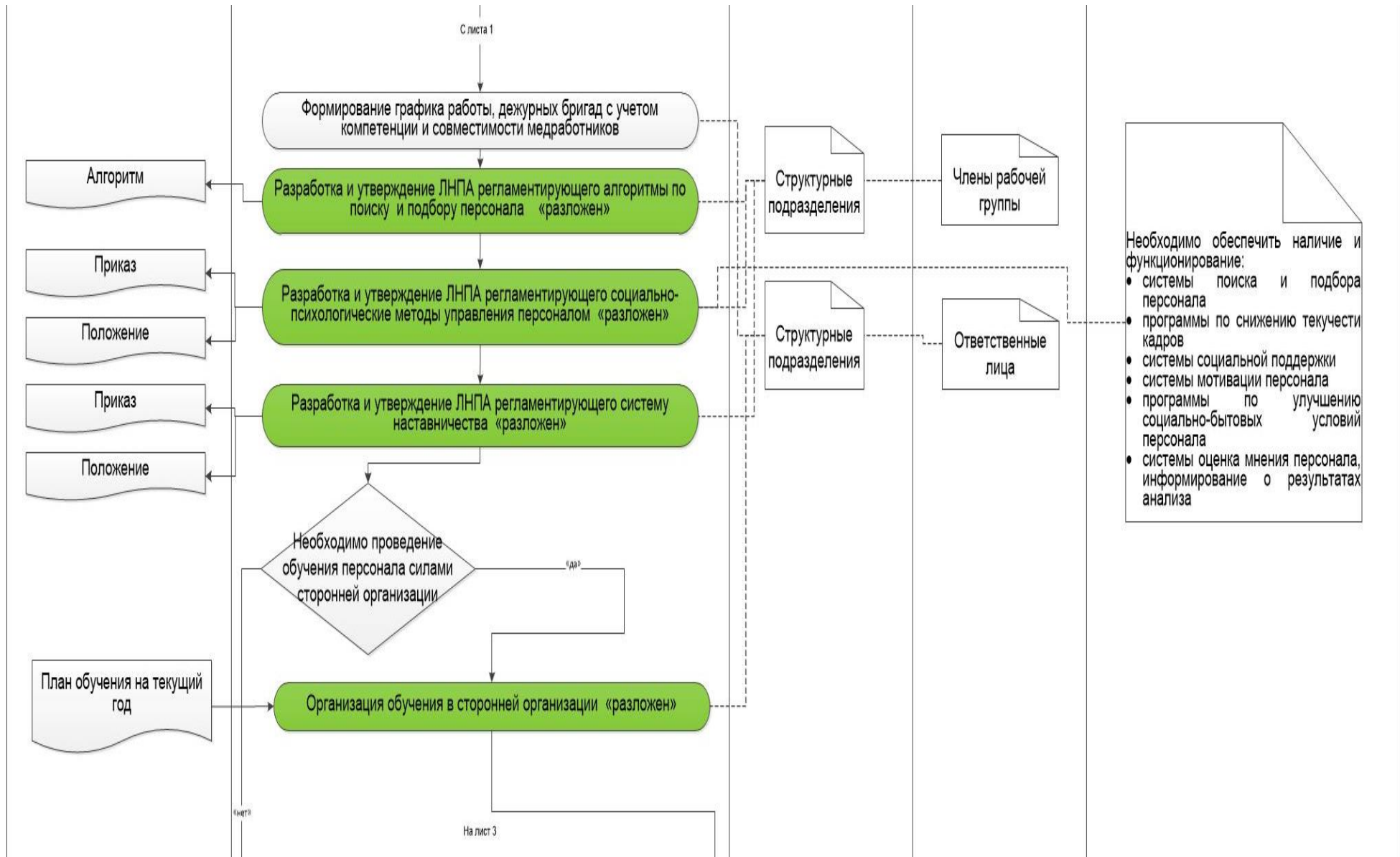
7. Разработка, утверждение и регулярное обновление должностных инструкций персонала «разложен». Выходная информация этапа – инструкция.

8. Формирование графика работы, дежурных бригад с учетом компетенции и совместимости медработников.

9. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующего алгоритмы по поиску и подбору персонала «разложен». Выходная информация этапа – алгоритм.

10. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующего социально-психологические методы управления персоналом «разложен». Выходная информация этапа: приказ и положение. Необходимо обеспечить наличие и функционирование: системы поиска и подбора персонала; программы по снижению текучести кадров; системы социальной поддержки; системы мотивации персонала; программы по улучшению социально-бытовых условий персонала; системы оценка мнения персонала, информирование о результатах анализа.





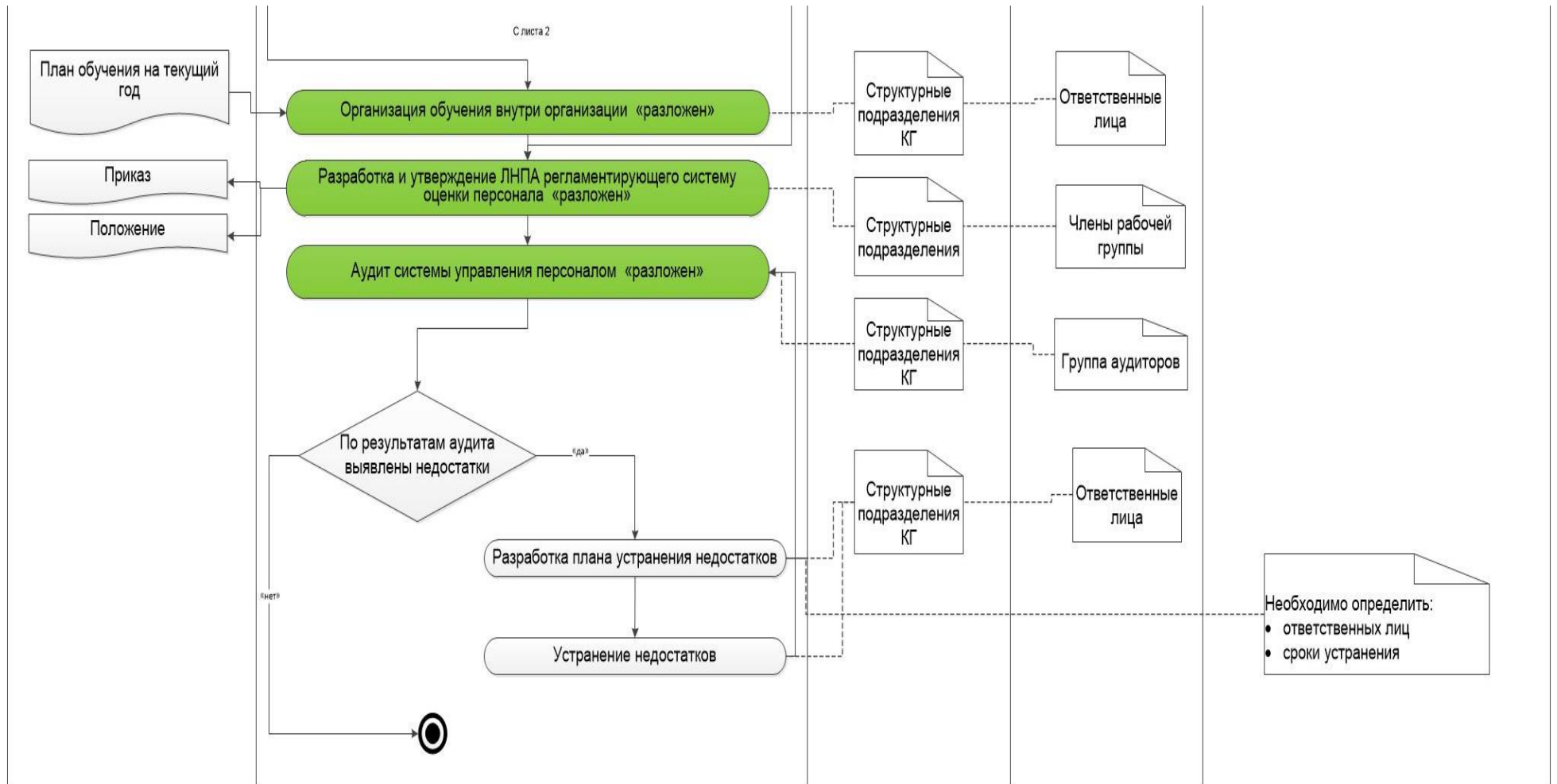


Рисунок 22. Процесс «Управление персоналом»

11. Разработка и утверждение ЛНПА регламентирующего систему наставничества «разложен». Выходная информация этапа: приказ и положение.

12. Организации обучения персонала. В случае если обучение необходимо организовать силами сторонней организации проводится этап организации обучения в сторонней организации «разложен». Если обучение осуществляется своими силами, проводится этап организации обучения внутри организации «разложен». Входная информация этапа - план обучения на текущий год.

13. Разработка и утверждение ЛНПА регламентирующего систему оценки персонала «разложен».

14. Аудит системы управления персоналом «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

15. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.

16. Устранение недостатков.

Выполнение работ в ходе реализации процесса обеспечивают: лица, ответственные за данное направление деятельности, администрация – заместитель начальника по медицинской части, специалист по кадрам, руководители структурных подразделений, члены рабочей группы, группа аудиторов.

Процесс «Система правового информирования персонала» включает 8 этапов.

1. Обеспечение наличия в МО электронной правовой системы.

2. Обеспечение наличия действующих нормативно-правовых актов на рабочих местах.

3. Назначение лиц, ответственных за правовое информирование. Выходная информация этапа – приказ.

4. Разработка и утверждение ЛНПА, регламентирующих алгоритм

информирования персонала «разложен».

5. Информирование персонала об изменениях в законодательстве.
6. Аудит системы правового информирования «разложен».

Далее, если в ходе процесса возможны вариации проводятся два дополнительных этапа:

7. Разработка плана устранения недостатков. Бизнес-правило этапа: необходимо определить ответственных лиц и сроки устранения недостатков.
8. Устранение недостатков.

Реализацию этапов в ходе выполнения бизнес-процесса обеспечивают: администрация – заместитель начальника КГ по тылу, руководители структурных подразделений, администрация – заместитель начальника по медицинской части, лица, ответственные за данное направление деятельности, группа аудиторов.

По совокупности созданных процессов развития в части внутреннего контроля качества нами реализована комплексная модель.

Комплексная модель процессов развития (Рисунок 23) в части внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности сформирована в виде блок-схемы и представляет собой совокупность бизнес-процессов медицинской организации, осуществляемых в рамках реализации внутреннего контроля качества в соответствии с требованиями приказа Минздрава РФ № 381н от 07.06.2019.

На представленной ниже комплексной модели четко прослеживаются взаимосвязи между процессами (показаны линиями, соединяющими блоки). Желтым и зеленым цветом выделены универсальные процессы (и их связи), представленные в качестве подпроцесса практически в каждой, разработанной нами модели.

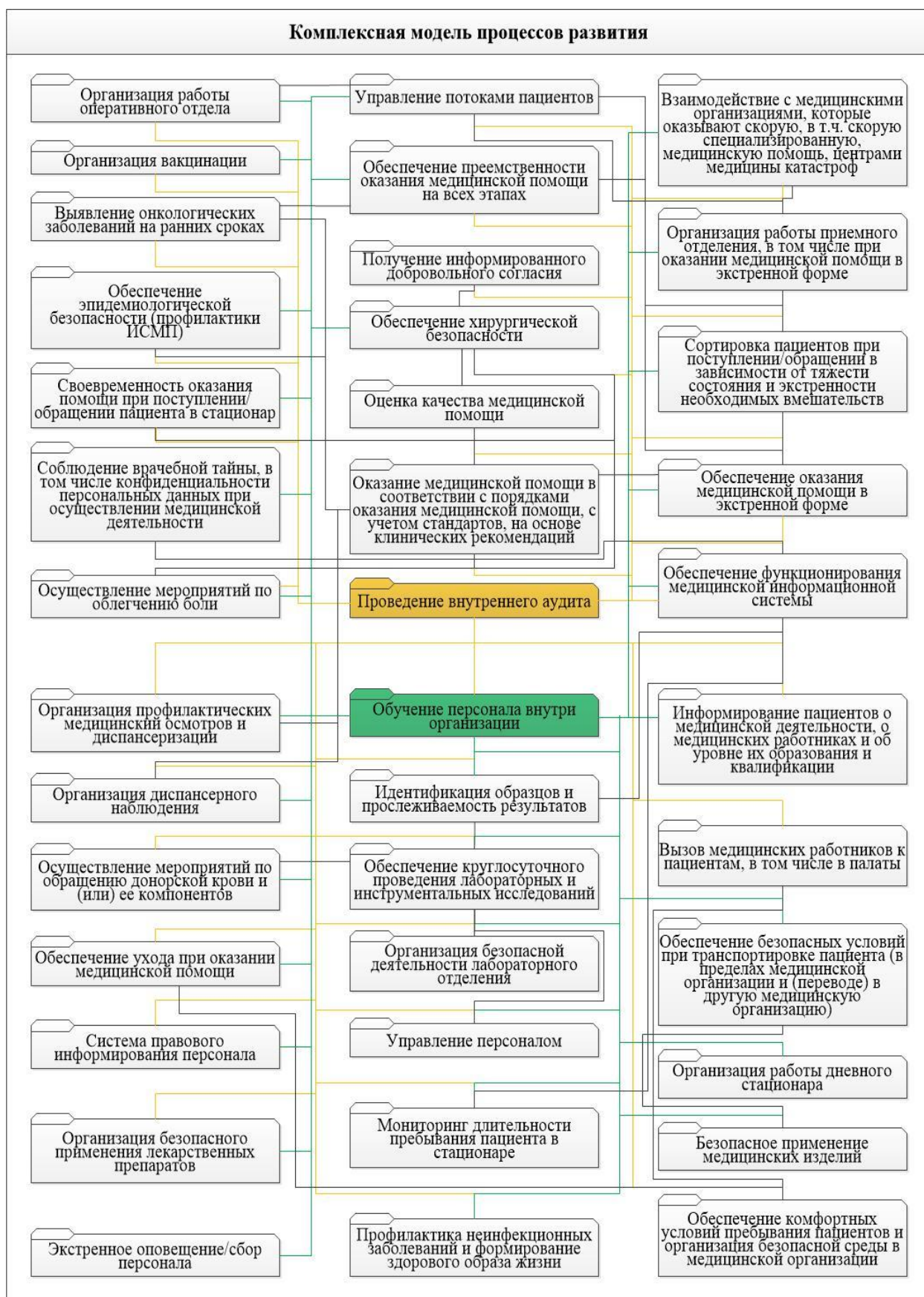


Рисунок 23. Комплексная модель процессов развития

Процессы для реализации приказа Минздрава РФ № 381н от 07.06.2019 являются классическим примером процессов развития. При этом все они непосредственно связаны с обеспечением и контролем качества медицинской помощи. При этом, сам процесс их создания является вспомогательным бизнес-процессом в соответствии с классификацией, а после их внедрения они становятся неотъемлемой частью основных процессов медицинской организации, т.е. лечебно-диагностических.

В целях идентификации реестра (состава) процессов проведен анализ научных публикаций и нормативных актов, была создана рабочая группа. Идентифицированы 39 процессов развития в части внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Для каждого процесса сформирована модель. В целях разработки моделей на базе медицинских организаций базы исследования были сформированы рабочие группы. Перед началом работ по формированию моделей было проведено анкетирование персонала об оптимальности реализации того или иного процесса. Результаты анкетирования стали ориентиром для определения оптимальности каждой модели бизнес-процесса и необходимости доработки модели «asis» в направлении «tobe».

Нами было принято решение по формированию данных моделей как функциональных. Функциональные компоненты модели процесса управления представлены параметром *Деятельность*. Структурные компоненты модели представляют собой связи между функциональными компонентами - деятельностью. Информационные компоненты модели являются входной/выходной информацией. Модель имеет динамический характер, т.к. отражает последовательность реализации функций (деятельности). Для каждой *Деятельности* определены ответственные структурные подразделения и ответственные должностные лица. При необходимости для *Деятельности* определены бизнес-правила. Они определяются, в основном, на основе нормативных документов.

Поскольку должна быть обеспечена имплементация моделей в различных медицинских организациях, обязательным компонентом разработки модели является идентификация ее вариабельности.

Все созданные модели представлены в графическом и в текстовом виде (текстовое описание). В процессе проведения исследования рассматривался также вариант представления модели в виде технологической карты, но он был признан излишним при наличии графического и текстового описания. Тем не менее, требования к технологическим картам учтены при формировании требований к модели. Такими требованиями являются целевые индикаторы процесса, способы контроля и ответственные за него (контроль) должностные лица, факторы риска невыполнения процесса и способы их устранения. Кроме того, нами была проведена типизация всех созданных моделей.

ГЛАВА 6. ТИПОВЫЕ И КОМПЛЕКСНАЯ МОДЕЛИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

В данной главе представлены организационно-методические подходы к идентификации и формализации основных вспомогательных процессов медицинской организации, а также сформированные модели данных бизнес-процессов.

Идентификация (формирование реестра) основных вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации проведена в медицинских организациях базы исследования. В целях идентификации реализован следующий состав работ:

- проведен анализ научных публикаций и публикаций практической направленности;
- разработаны организационно-методические подходы к идентификации (формированию реестра) основных вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации;
- разработаны организационно-методические подходы к «типизации» основных вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации.

6.1. Организационно-методические подходы к идентификации основных и вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации, реестр и классификация данных процессов.

Основу методики идентификации основных вспомогательных бизнес-процессов составляют:

- методические подходы к формированию рабочих групп;
- последовательность итераций (этапов) формирования и уточнения реестра вспомогательных бизнес-процессов.

Для идентификации основных вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации в МО базы исследования была создана рабочая группа. В состав рабочей группы были включены руководитель медицинской организации (исполнитель исследования), заместители руководителя, руководители подразделений. Общая численность членов группы составила 10 человек. Исследование проведено в 4 этапа.

На первом этапе членам рабочей группы было предложено сформировать список (перечень) вспомогательных процессов «с чистого листа». Т.е. предварительный список членам рабочей группы не был представлен. Членам рабочей группы было дано пояснение, что им необходимо определить процессы, которые обеспечивают реализацию лечебно-диагностического процесса и его качество. Также было рекомендовано при определении процессов на первом этапе не консультироваться друг с другом. При этом было рекомендовано основываться на локальных нормативных актах, собственном опыте, а также, по возможности, изучить научную литературу по данному вопросу. Не запрещалось консультироваться со своими сотрудниками. Таким образом, по сути, рабочая группа работала в расширенном составе. Активно в процесс работы вовлекались сотрудники медицинской организации. Число процессов не ограничивалось. В целях практического выполнения задачи членам рабочей группы был определен срок выполнения задания (1 месяц).

На втором этапе проведена лексическая унификация списков, сформированных членами рабочей группы, в целях исключения дублирования одних и тех же процессов, идентифицированных членами рабочей группы различными формулировками. На данном этапе проводилось уточнение смыслового содержания включенных членами рабочих групп процессов путем собеседования с каждым экспертом исполнителем данного исследования. По результатам данного этапа работ составлен полный список процессов, идентифицированных экспертами.

На третьем этапе членам рабочей группы (каждому) был представлен общий унифицированный список процессов. Им было предложено повторно уже на основе унифицированного общего списка составить обновленный список процессов.

По итогам работ исполнителем исследования был составлен обновленный список процессов. В список были включены процессы, которые были подтверждены 8-мью членами рабочей группы. Также на этом этапе было проведено совещание членов рабочей группы под руководством исполнителя данного диссертационного исследования.

По итогам решения задачи сформирован реестр основных вспомогательных процессов (глава 4).

Как неоднократно было указано ранее, принцип процессного подхода является одной из базовых основ современной доктрины качества принцип. Разработчики последней версии международных стандартов сертификации системы качества серии ИСО 9000 подчеркивают, что основным достижением этой версии является именно процессный подход в достижении качества (Аскарров Е. 2016).

В последние 5 лет в практике здравоохранения значительное внимание стало уделяться реализации управления организациями на основе процессного подхода. Безусловным достоинством данного подхода является идеология процессно-ориентированного управления, которая фактически приводит к стиранию границ между управлением качеством и управлением самим предприятием — понятия менеджмента качества и общего менеджмента сливаются в одно целое (Казанский Н.А., Мошкович Л.И., 2016).

Любая медицинская организация функционирует на основе построения и реализации взаимосвязанных («взаимопроникающих») процессов. В аспекте процессного подхода их принято классифицировать на основные и вспомогательные. К основным (приоритетным) в медицинской организации относят процессы, связанные с лечением и диагностикой - клиничко-

диагностические. Но их эффективная реализация невозможна без эффективного управления производственно-хозяйственной деятельностью (Казанский Н.А., Мошкович Л.И., 2016). Иными словами, ни одна организация не может ограничиться только основными процессами. На реализацию основных процессов направлено значительное число вспомогательных (Иванов А.И., Сударев И.В., Никифоров С.А., Гандель В.Г., 2010).

Специфика объекта - процессов вспомогательных деятельности в медицинской организации - делает управление ими чрезвычайно сложным. В то же время описанию данных процессов в медицинской организации (далее – МО) и в научной литературе уделяется значительно меньшее внимание. Косвенным подтверждением данного факта является указание ряда авторов на то, что на рынке прикладного программного обеспечения мало готовых программных решений, покрывающих весь спектр задач автоматизации крупной многопрофильной медицинской организации (Карпов О.Э., Гавришев М.Ю., Легкая Л. А. , 2016, Лепяхова Е.Н., 2014, Шишканов Д.В., 2016, Крышкин О. М., 2015, Купчинская Ю. А., 2015, Кузнецова Н.В, 2016). Большой объем и многообразие вспомогательных процессов зачастую порождают такое же «многообразие» в подходах к формированию штатных структур в медицинских организациях, на которые возлагаются данные функции. Стандартизация и унификация данных процессов, несомненно, будет способствовать оптимизации штатной структуры и финансовых затрат.

В данной главе сформирован перечень (реестр) вспомогательных процессов медицинской организации, предложена их типология, классификация в соответствии с предложенной типологией, методологические подходы к единой информатизации процессов на «верхнем» уровне, т.е. по всем медицинским организациям. В перечень не включены процессы, реализация которых требует специальной подготовки и квалификации, жестко регламентирована нормативными актами федерального уровня и мало зависит от процессов локального уровня

(медицинской организации). Примерами таких процессов могут быть бухгалтерское сопровождение деятельности медицинской организации, формирование медицинской статистической отчетности и ряд других. При формировании перечня внимание акцентировано на процессах, «выстраивание» которых проводится локально в медицинской организации.

Предлагаемая типология вспомогательных процессов базируется на следующих критериях:

- характер процесса;
- поддержка лечебно-диагностического (клинического) процесса:
 - а) непосредственная - процесс первого уровня по отношению к клиническому процессу;
 - б) опосредованная - процесс не первого уровня по отношению к клиническому процессу;
- влияние на состояние других процессов медицинской организации: а) процессы поддерживающие (текущее состояние); б) процессы развития.

Стоит сразу отметить, что в зависимости от конкретного содержания процесс может быть отнесен как к одной группе, так и к другой (*а* или *б*).

Также нами применена типология процессов в медицинской организации, предложенная Ивановым А.И., Сударевым И.В., Никифоровым С.А., Ганделем В.Г. (2010). В зависимости от объектов, с которыми взаимодействуют процессы, они различают процессы: материального обеспечения предоставления услуги, подготовки к производству услуги, контроля предоставления услуги.

Проведенное в соответствии с поставленными целями и задачами исследование позволило сформировать следующий реестр (состав, перечень) типовых вспомогательных процессов медицинской организации.

Таблица 31. Реестр (карта) вспомогательных бизнес-процессов

№ п/п	Процесс	Тип
1	Разработка стандартных операционных процедур - СОП	Процесс подготовки к производству услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс не первого уровня Процесс развития
2	Обработка входящего документа	Процесс подготовки к производству услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
3	Обработка исходящего документа	Процесс подготовки к производству услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
4	Выполнение работ силами сторонних организаций (аутсорсинг)	Процесс материального обеспечения услуги Процесс подготовки к производству услуги Процесс контроля предоставления услуги Процесс выполнения работ Процесс первого/не первого уровня Процесс поддерживающий/развития (в зависимости от конкретных выполняемых работ)
5	Выполнение работ по заявкам структурных подразделений	Процесс материального обеспечения услуги/Процесс подготовки к производству услуги Процесс выполнения работ Процесс первого/не первого уровня Процесс поддерживающий/развития (в зависимости от конкретных выполняемых работ)
6	Проведение плановой инвентаризации материальных ценностей	Процесс контроля предоставления услуги Процесс учета и контроля Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
7	Метрологический контроль средств измерений	Процесс подготовки к производству услуги Процесс выполнения работ Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
8	Разработка внутренних локальных нормативно-правовых актов	Процесс материального обеспечения услуги/Процесс подготовки к производству услуги/Процесс контроля предоставления услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс первого/не первого уровня Процесс поддерживающий/развития (в зависимости от конкретных нормативно-правовых актов)
9	Планирование	Процесс материального обеспечения услуги/Процесс подготовки к производству

№ п/п	Процесс	Тип
		услуги/Процесс контроля предоставления услуги. Организационно-распорядительный, управленческий Процесс первого/не первого уровня Процесс развития (в зависимости от конкретных планируемых мероприятий)
10	Обеспечение своевременного обучения персонала	Процесс подготовки к производству услуги. Процесс обеспечения персоналом Процесс первого уровня Процесс развития
11	Проведение служебной проверки	Процесс контроля предоставления услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
12	Организация совещаний по вопросам работы подразделений	Процесс контроля предоставления услуги Организационно-распорядительный, управленческий Процесс первого/не первого уровня (в зависимости от конкретных вопросов) Процесс развития
13	Отбор кандидатов на вакантные должности	Процесс подготовки к производству услуги Процесс обеспечения персоналом Процесс первого уровня Процесс развития
14	Учет товарно-материальных ценностей	Процесс контроля предоставления услуги Процесс учета и контроля Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
15	Контроль хранения, использования, учета перевязочного материала и медикаментов	Процесс контроля предоставления услуги Процесс учета и контроля Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
16	Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов	Процесс материального обеспечения услуги/Процесс подготовки к производству услуги/Процесс контроля предоставления услуги. Процесс учета и контроля Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
17	Проведение специальной оценки условий труда	Процесс подготовки к производству услуги Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
18	Планирование, организация и контроль соблюдения требований охраны труда	Процесс подготовки к производству услуги Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
19	Проведение инструктажей по	Процесс подготовки к производству услуги

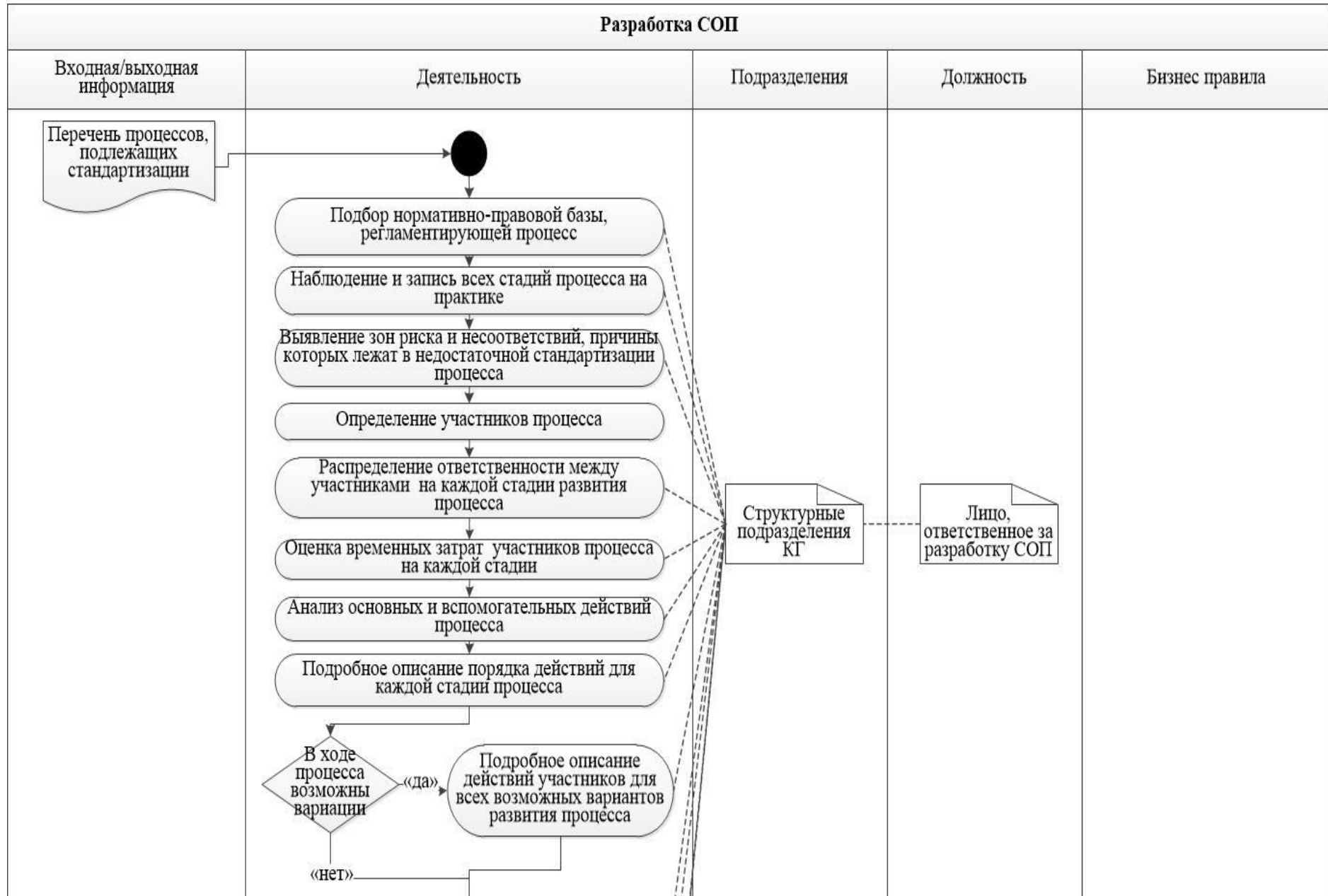
№ п/п	Процесс	Тип
	охране труда	Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
20	Проведение предварительных медицинских осмотров	Процесс подготовки к производству услуги Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
21	Проведение периодических медицинских осмотров	Процесс подготовки к производству услуги Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
22	Расследование и учет несчастных случаев	Процесс контроля предоставления услуги Процесс охраны труда Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
23	Контроль технического состояния оборудования перед использованием	Процесс подготовки к производству услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
24	Плановый контроль технического состояния оборудования	Процесс материального обеспечения услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
25	Текущий контроль технического состояния оборудования	Процесс подготовки к производству услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
26	Плановое техническое обслуживание оборудования	Процесс материального обеспечения услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
27	Текущее техническое обслуживание	Процесс подготовки к производству услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
28	Ремонт оборудования	Процесс материального обеспечения услуги Процесс выполнения работ Процесс первого уровня Процесс поддерживающий
29	Использование автотранспорта	Процесс материального обеспечения услуги Процесс выполнения работ Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий
30	Списание основных средств	Процесс контроля предоставления услуги Процесс учета и контроля Процесс не первого уровня Процесс поддерживающий

6.2. Модели вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации

На основании вышеизложенной методики нами были разработаны 30 моделей вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации. Созданные модели представляют собой четкое формализованное описание процессов.

Процесс «Разработка стандартных операционных процедур - СОП» (Рисунок 24). Процесс управления качеством (Total Quality Management) основан на использовании стандартов. Стандарт - разработанный регламент конкретного вида деятельности. Стандарт определяет в каком порядке и на основе каких правил должны выполняться те или иные работы. Стандарт обеспечивает понимание организации процессов, формирование подходов к оценке результативности и эффективности выполняемых работ.

Стандартная операционная процедура (СОП) позволяет ответить на вопросы: как достичь критериев стандарта, кто это должен делать и с какой целью. Таким образом, СОП - это рабочая процедура, документально оформленная, содержащая подробный алгоритм выполнения конкретного действия или взаимосвязанных действий (Вялков А.И, Воробьев П.А., Сура М.В., Авксентьева М.В., 2005г.; Гусякова Р.П., Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И., 2017). Таким образом, разработанная нами модель включает 15 этапов. Инициацией процесса «Разработка СОП» является перечень процессов, подлежащих стандартизации.



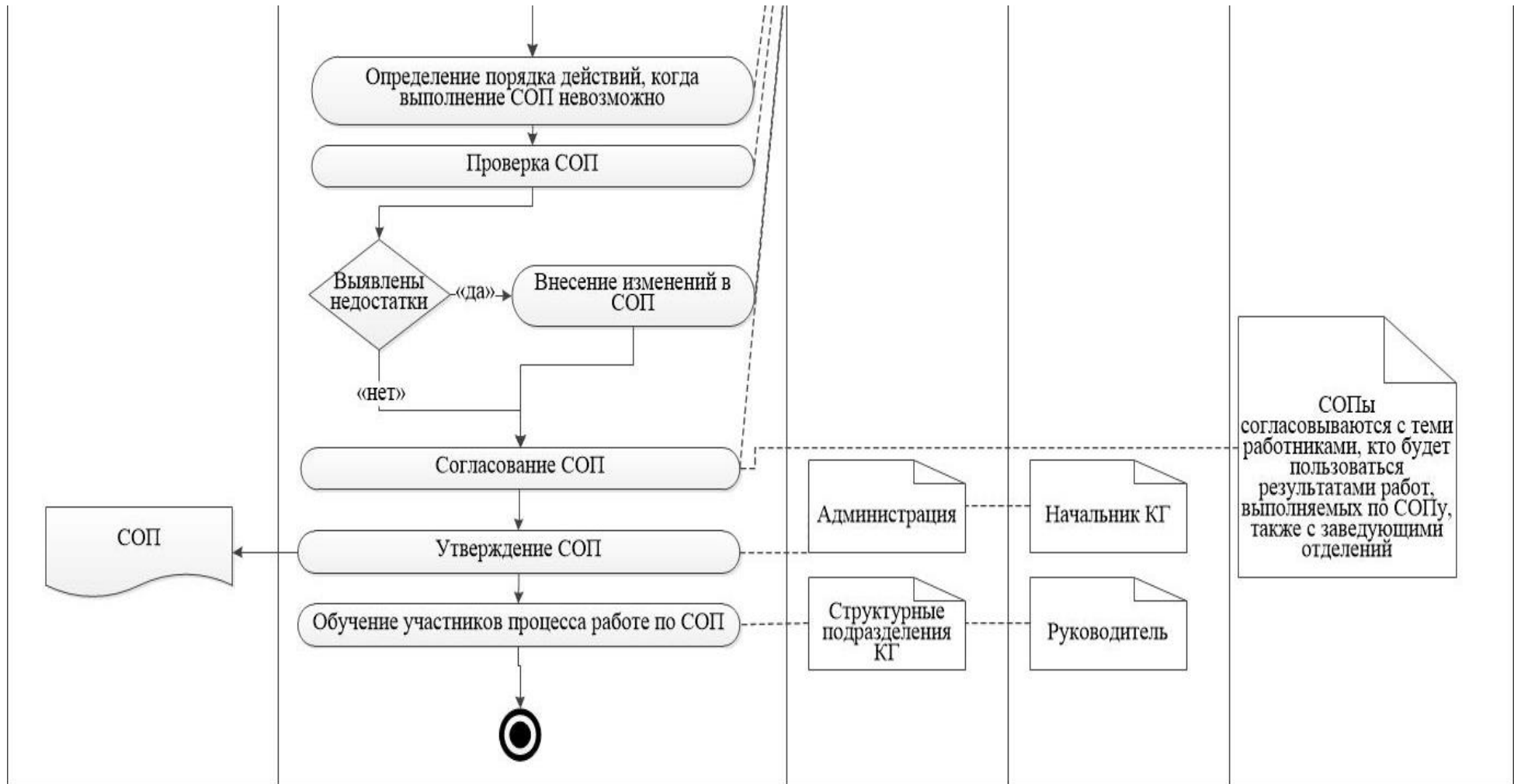


Рисунок 24. Процесс «Разработка СОП»

1. Подбор нормативно-правовой базы, регламентирующей процесс.
2. Наблюдение и запись всех стадий процесса на практике.
3. Выявление зон риска и несоответствий, причины которых лежат в недостаточной стандартизации процесса.
4. Определение участников процесса.
5. Распределение ответственности между участниками на каждой стадии развития процесса.
6. Оценка временных затрат участников процесса на каждой стадии.
7. Анализ основных и вспомогательных действий процесса.
8. Подробное описание порядка действий для каждой стадии процесса.
9. Подробное описание действий участников для всех возможных вариантов развития процесса (дополнительный этап).
10. Определение порядка действий.
11. Проверка СОП.
12. Внесение изменений в СОП (дополнительный этап).
13. Этап согласования СОП (если недостатков не выявлено).
14. Утверждение СОП.
15. Обучение участников процесса работе по СОП.

В случае если в ходе описываемой процедуры (этап подробного описания порядка действий для каждой стадии процесса) возможны вариации, будет проводиться дополнительный этап подробного описания действий участников для всех возможных вариантов развития процесса.

Если по результатам этапа проверки СОП выявлены недостатки, будет проводиться дополнительный этап внесения изменений в СОП.

Выполнение работ на этапах обеспечивают:

- лицо, ответственное за разработку СОП в структурном подразделении медицинской организации (далее – МО);
- администрация – руководитель МО;

- руководители структурных подразделений клинического госпиталя.

Реализация работ на этапе согласования осуществляется в соответствии со следующим бизнес-правилом: СОПы согласовываются с теми работниками, кто будет пользоваться результатами работ, выполняемых по СОПу, а также с заведующими подразделениями МО.

По результатам этапов формируется СОП, готовый к применению.

Вариабельность процесса возможна в аспекте изменения порядка компонентов.

Целевым показателем (индикатором) является унифицирование (обеспечение единообразия) действий при выполнении конкретных процессов.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет руководитель структурного подразделения. Способами контроля являются: мониторинг процесса выполнения разработки СОП на всех этапах.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- несогласованность действий персонала;
- несоответствие требованиям регламентирующих нормативных документов.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия: поручение разработки СОП наиболее опытному и квалифицированному персоналу.

Процесс «Выполнение работ силами сторонних организаций» (аутсорсинг). Усложнение процессов в здравоохранении, рост числа контрагентов, контролирующих, финансирующих и проверяющих организаций неизбежно повлекли за собой рост и усложнение документооборота в медицинских организациях. Налаживание документооборота в усложняющихся условиях деятельности организаций здравоохранения влечет за собой необходимость выстраивания его как

процесса (Чернышев В.М., Степанов В.В., Садовой М.А., Зулин Я.В., Щепина Е.Ю., 2009.).

Проблема аутсорсинга в здравоохранении является на сегодня одной из самых обсуждаемых. Спорность вопроса обусловлена критичностью неисполнения обязательств сторонними организациями, влиянием на качество и стоимость медицинских услуг и другими аспектами аутсорсинга (Гладков К.В., 2017; Дубель Е.В., 2017; Евдокимова Е.Г., 2017; Федоров А., 2017; Шепринский П., Дубель Е., 2017).

Процесс аутсорсинга инициируется заключением договора и включает 9 этапов (Рисунок 25):

1. Изучение условий договора.
2. Назначение лиц, ответственных за контроль исполнения обязательств по договору.
3. Согласование сроков поставки товара/оказания услуг. Бизнес-правило этапа: назначение сроков поставки/оказания услуг производится в рамках сроков, установленных контрактом.
4. Поставка товара/оказание услуг.
5. Оформление требования об уплате неустойки (дополнительный этап в случае нарушения сроков поставки товара/оказания услуг). Выходная информация этапа: требование об уплате неустойки. Бизнес-правила этапа: требование должно быть оформлено в письменном виде и подписано уполномоченным представителем заказчика; неустойка оплачивается за каждый день просрочки.
6. Оформление претензии в адрес исполнителя (дополнительный этап, если сроки поставки соблюдены, но количество и качество товаров/услуг не соответствует спецификации). Бизнес-правило этапа: претензия должна быть оформлена в письменном виде, подписана уполномоченным представителем заказчика и направлена в адрес исполнителя письмом с уведомлением о вручении почтового отправления адресату. Результат этапа – готовая к отправке претензия.

7. Расторжение договора (дополнительный этап, если по результатам предыдущего этапа (оформление претензии в адрес исполнителя) замечания не будут устранены). Результат этапа - дополнительное соглашение о расторжении договора.

8. Прием товаров/услуг.

9. Получение счета от исполнителя работ.

10. Подписание товарной накладной/актов выполненных работ.

11. Оплата полученного товара/услуги. Бизнес – правило этапа: оплата производится после поставки товара/оказания услуги в сроки, установленные условиями договора.

12. Оплата неустойки за каждый день просрочки оплаты на основании входной информации - требования об уплате неустойки от исполнителя (дополнительный этап, если этап оплаты полученного товара/услуги проведен с нарушениями сроков оплаты).

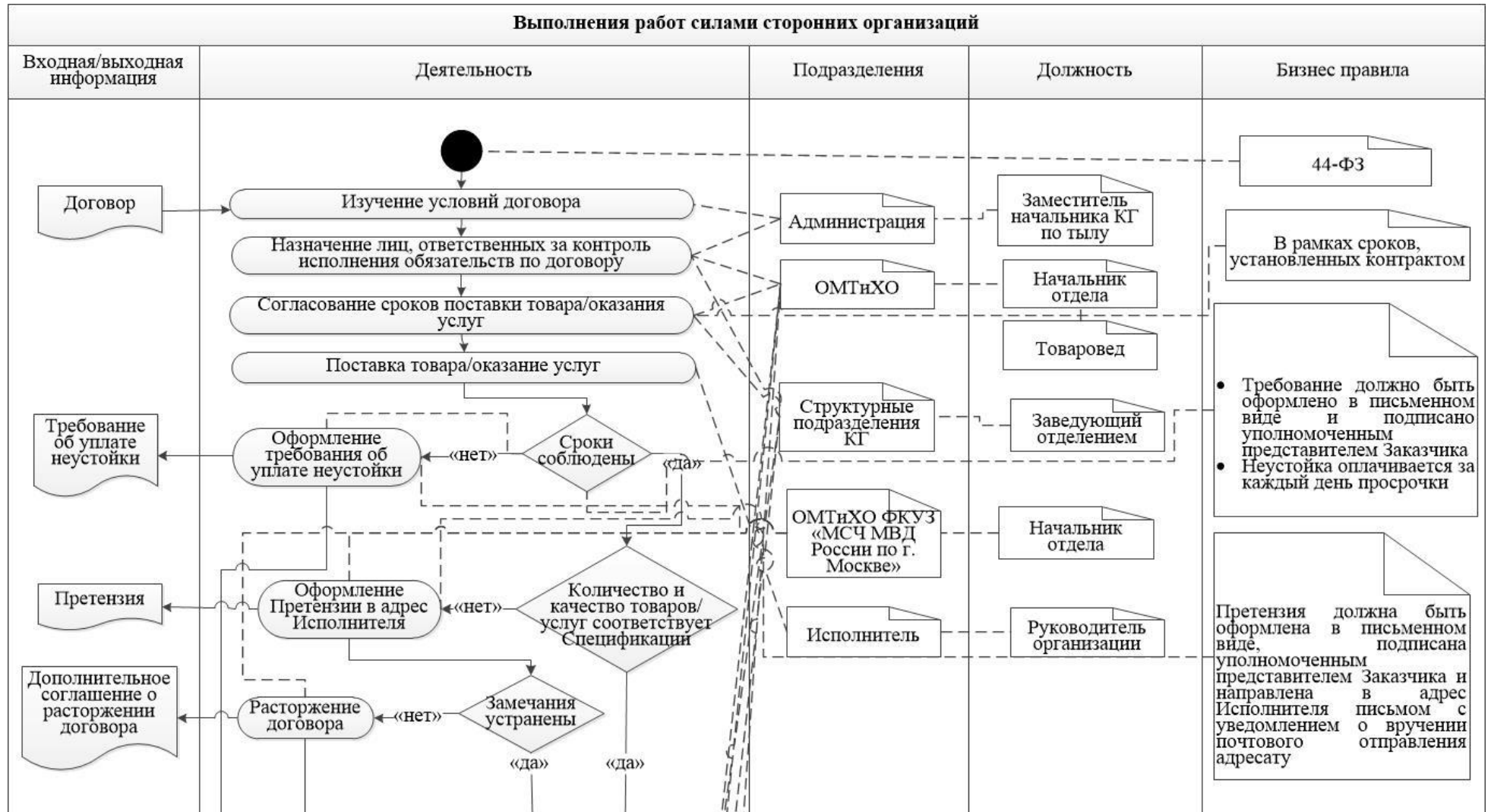
13. Получение счета-фактуры.

Если в ходе описываемого процесса возможны вариации, то есть вероятность, что возникнет необходимость в проведении дополнительных этапов 5, 6 и 7. В том случае, если по результатам этапа 6 получен отрицательный результат, это приведет к реализации этапа 7 и завершению процесса на данном этапе.

Выполнение работ в ходе процесса обеспечивают:

- Администрация - Заместитель начальника КГ по тылу.
- ОМТиХО – начальник отдела и товаровед.
- Структурные подразделения МО – руководители подразделений.
- Исполнитель договора – руководитель организации.

Весь процесс осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». Поскольку процедура выполнения работ сторонними организациями (аутсорсинга) жестко регламентирован требованиями



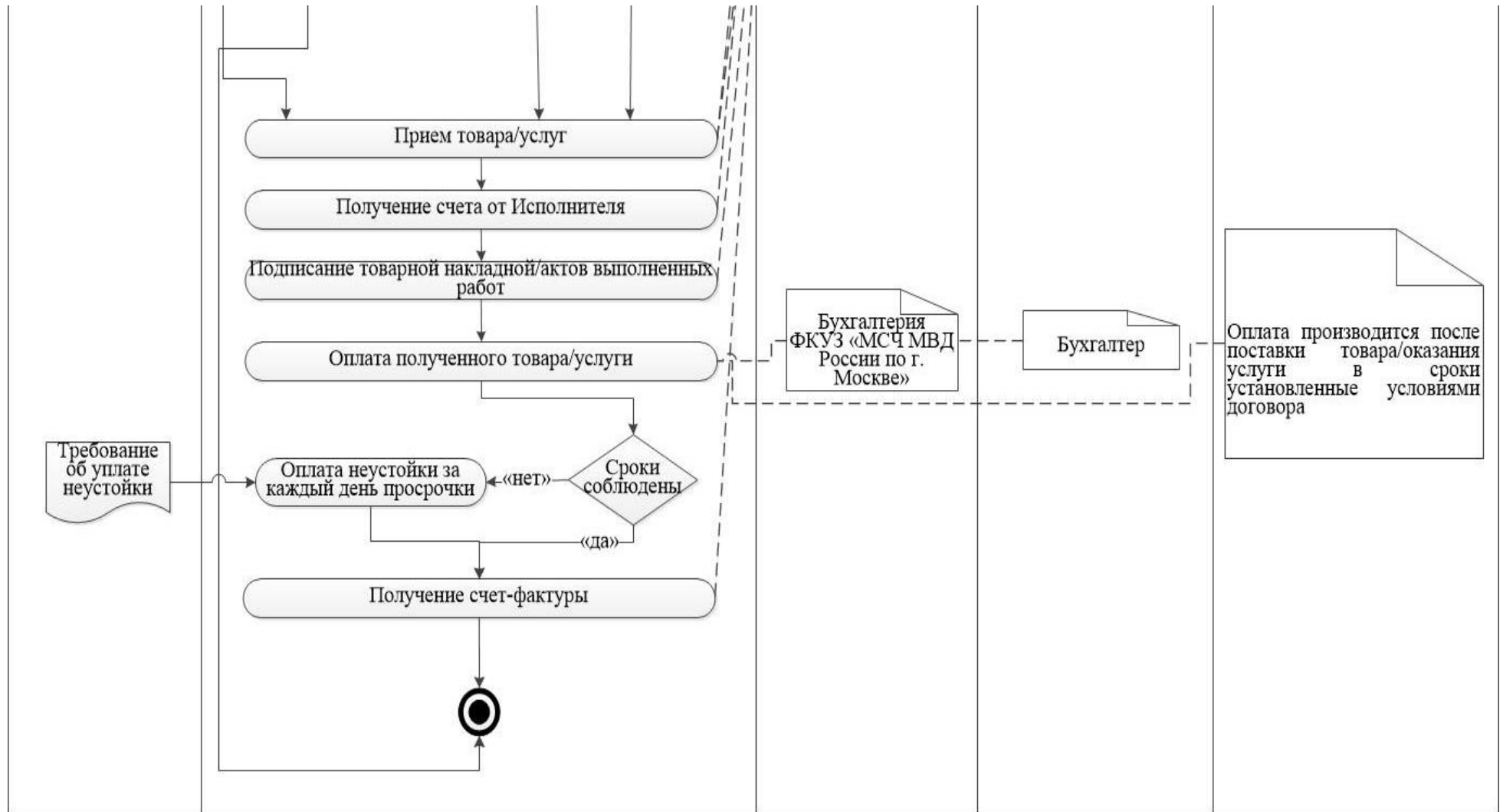


Рисунок 25. Процесс «Выполнение работ силами сторонних организаций»

законодательства и бухгалтерского учета, общая схема его не может быть изменена, т.е. вариабельность процесса практически сведена к нулю.

Целевым показателем (индикатором) процесса является: получение товаров/услуг надлежащего качества в строгом соответствии с условиями договора.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет ОМТиХО (руководитель). Способами контроля являются: мониторинг процесса выполнения работ сторонними организациями на всех этапах.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- получение товаров/услуг ненадлежащего качества;
- финансовые потери.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия: строгий контроль исполнения договорных обязательств обеих сторон.

Процесс «Разработка внутренних локальных нормативно-правовых актов». Локальные правовые акты, разработанные в медицинских организациях, имеют значительный вес в комплексе нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения. Их значение усиливается ввиду предоставления медицинским организациям автономии, самостоятельности в решении вопросов экономической и медицинской деятельности. Локальный нормативно-правовой акт медицинской организации - правовой официальный документ, основанный на законодательстве, который принят органом управления медицинской организации в установленном порядке и регулирует правовые отношения в медицинской организации.

Медицинские организации разрабатывают и принимают локальные акты для оказания медицинской помощи на современном уровне. Сущность правового локального нормотворчества состоит в достижении оптимального согласования интересов работников и работодателя, обеспечении прав граждан на медицинскую помощь (доступной, своевременной,

высококачественной). Локальное нормотворчество также преследует цель закрепления того, что должны выполнять коллектив медицинской организации и администрация для достижения целей и задач, поставленных перед медицинской организацией. Локальные правовые акты в сфере здравоохранения принимаются в целях выполнения законодательства, нормативных правовых актов. Нормы локальных нормативных актов детализируют и конкретизируют нормы законодательства с учетом специфики медицинской организации. При этом медицинские организации не имеют права выходить за пределы своей компетенции. Она определена Законом № 323-ФЗ и другими нормативными правовыми актам (Хзанян Н., 2014).

Разработанная нами модель включает 9 этапов (Рисунок 26).

1. Разработка проекта нормативно-правового акта (далее – НПА).
2. Проверка правильности оформления НПА.
3. Согласование проекта НПА. Выходная информация этапа: проект нормативно-правового акта.
4. Направление ЛНПА на правовую экспертизу (дополнительный этап, если нормативно-правовой акт подлежит правовой экспертизе). Бизнес-правило этапа: проект направляется с сопроводительным письмом, зарегистрированным установленным порядком (процесс «Обработка исходящего документа»).
5. Внесение изменений в проект (дополнительный этап если проект не прошел правовую экспертизу). Далее снова реализуются этапы 3 и 4. Указанные этапы будут проводиться до получения положительных результатов проведения правовой экспертизы.
6. Подписание документа руководителем. Выходная информация этапа – нормативно-правовой акт.
7. Регистрация документа (дополнительный этап если нормативно-правовой акт подлежит регистрации).
8. Ознакомление с документом заинтересованных лиц.

9. Перемещение и архивирование документа.

Выполнение работ в ходе описываемой процедуры обеспечивают:

- Структурные подразделения МО – лица, ответственные за разработку данного НПА.

- Администрация – начальник и его заместители.

- Делопроизводство – документовед.

Вариабельность процесса допустима в части изменения порядка компонентов. Так, уже на этапе подготовки проекта (этап 1) зачастую понятна необходимость правовой экспертизы. Таким образом, она может предшествовать другим этапам.

Целевым показателем (индикатором) процесса являются сроки утверждения нормативно-правового акта.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет подразделение делопроизводства. Способами контроля являются:

- наблюдение за ходом процесса;
- контроль содержания нормативно-правовых актов.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса:

- требования законодательства РФ, регламентирующие деятельность организации, будут не выполнены, или выполнены несвоевременно;

- снижение показателей работы структурного подразделения;

- несогласованность действий при выполнении работы.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- строгий контроль за сроками исполнения документа;

- строгий контроль за качеством исполнения документа, особенно на этапе согласования содержания документа.



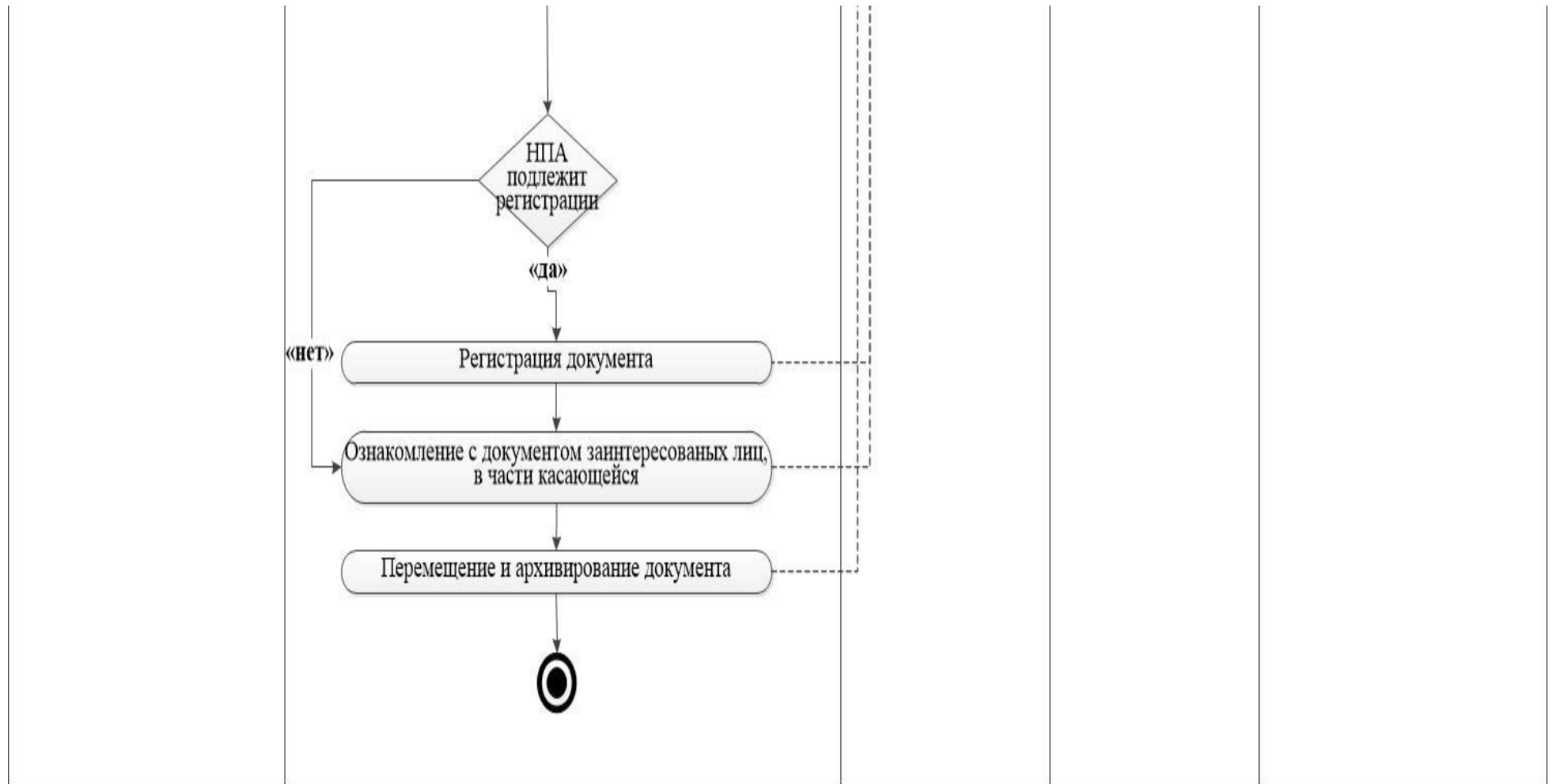


Рисунок 26. Процесс «Разработка внутренних локальных нормативно-правовых актов»

Процесс «Планирование». Как объект бизнес-планирования медицинские организации являются объектами с ограничением ресурсов. Зачастую для организации жестко формируются внешние условия и столь же жестко нормируется процесс расходования бюджетных и целевых средств. Методику бизнес-планирования в медицинских организациях можно определить следующими базовыми определениями: нормативное расходование ресурсов, эффективное управление и планирование; аналитический характер процесса составления перспективной стратегии развития (Захарченко Н.Д., Окушко Н.Б., Киреев С.А., 2009).

Процесс планирования включает 9 этапов (Рисунок 27).

1. Постановка целей и задач. Бизнес-правило этапа: цели и задачи должны быть конкретными, измеримыми, достижимыми, значимыми.
2. Идентификация (определение перечня) необходимых мероприятий.
3. Планирование ресурсов.
4. Определение последовательности мероприятий.
5. Оценка их (мероприятий) длительности.
6. Назначение исполнителей. Бизнес-правило этапа: необходимо учитывать профессиональные возможности и личностные качества исполнителей, исключить дублирование функций.
7. Выполнение мероприятий.
8. Непрерывный мониторинг выполняемых мероприятий и оценка их эффективности (бизнес-правило).
9. Корректирующие действия (принятие мер по устранению причин отклонений от плана, изменения в планировании и распределении ресурсов) на каждом этапе планирования (дополнительный этап, в случае если цели не считаются достигнутыми или достигнуты не в полном объеме).

Процесс будет возобновляться до момента достижения поставленных целей.

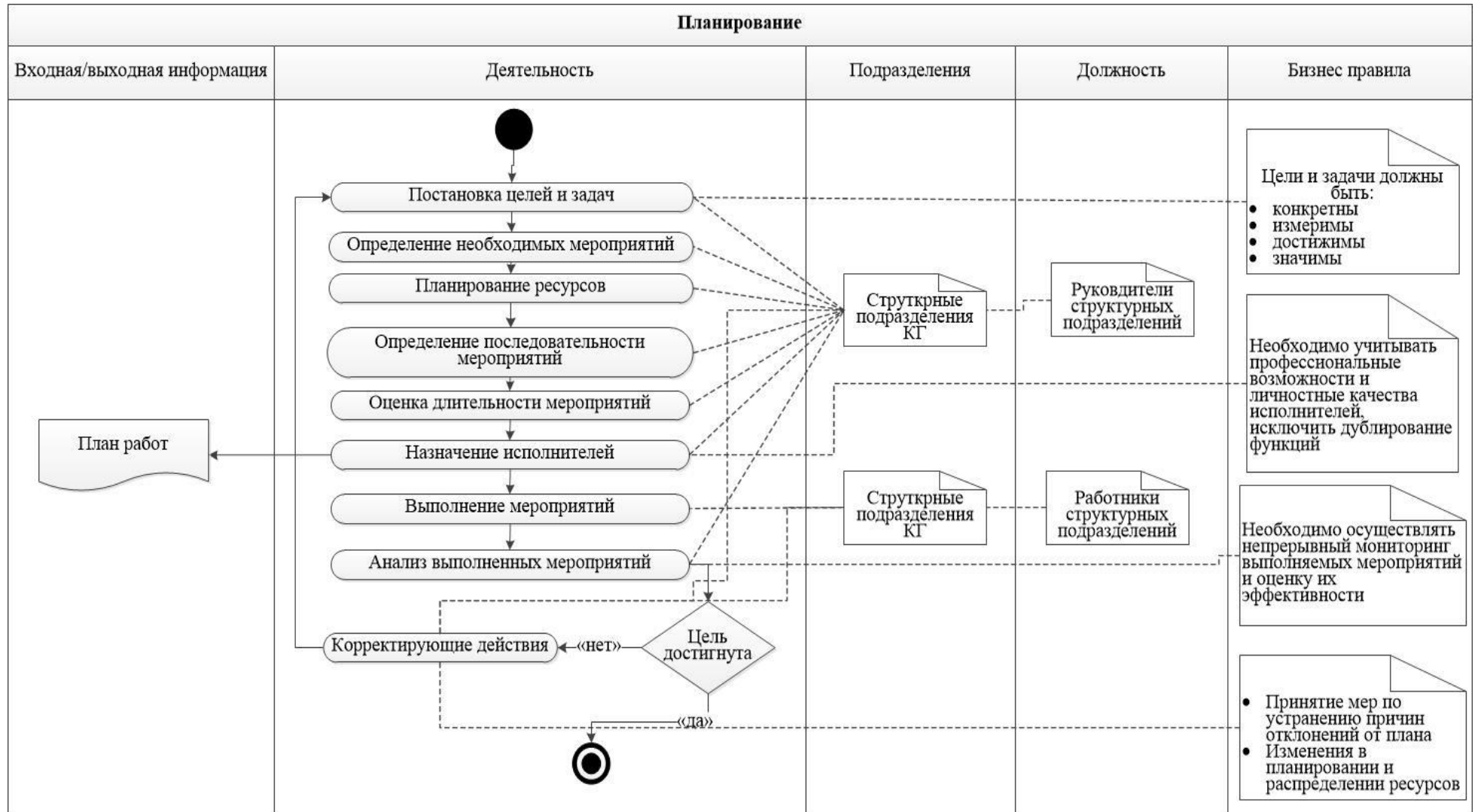


Рисунок 27. Процесс «Планирование»

Реализацию этапов описанного процесса обеспечивают структурные подразделения МО – руководители структурных подразделений и работники, отвечающие за выполнение запланированных мероприятий.

Вариабельность процесса возможна в части последовательности компонентов процесса (таких как «определение последовательности мероприятия», «оценка длительности мероприятий»).

Целевым показателем (индикатором) процесса является достижение поставленных целей и задач.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет руководитель структурного подразделения. Способами контроля являются: мониторинг выполняемых мероприятий и оценка их эффективности.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса является снижение показателей работы структурного подразделения.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия: строгий контроль за ходом выполнения мероприятий.

Инициацией процесса «Обработка входящего документа» является поступление документа (входящий документ).

Процесс «Обработка входящего документа» включает 12 этапов:

1. Предварительное рассмотрение. На данном этапе выполняется проверка правильности адресования.
2. Регистрация документа: осуществляется занесение документа в журнал регистрации. Результат этапа - запись в журнале регистрации входящей документации.
3. Присвоение документу входящего номера (на основании сделанной на предыдущем этапе записи).
4. Передача документа на рассмотрение руководителю.
5. Рассмотрение документа руководителем.
6. Вынесение резолюции по документу (резолюция выносится строго на оригинале документа).

7. Ознакомление с документом заинтересованных лиц, в части касающейся (если документ не требует подготовки ответа).

8. Передача документа исполнителю (дополнительный этап).
Бизнес-правило этапа: исполнитель (заинтересованное лицо) ставит подпись и дату получения документа на бумажном оригинале.

9. Отметка о сроках исполнения документа (дополнительный этап).

10. Контроль исполнительской дисциплины (дополнительный этап).

11. Обработка исходящего документа «разложен» (дополнительный этап).

12. Перемещение и архивирование документа.

В ходе описываемой процедуры возможны вариации на этапе вынесения резолюции по документу. В случае, если входящий документ не требует ответа, осуществляется этап ознакомления с документом заинтересованных лиц, в части касающейся, и после этого реализуется заключительный этап процесса – перемещение и архивирование документа. Если на входящий документ требуется подготовить ответ необходимо провести дополнительные этапы № 8-11.

Выполнение работ в ходе описываемого процесса обеспечивают:

- Администрация – начальник МО.
- Отдел делопроизводства – делопроизводитель.
- Обеспечивающий персонал – секретарь.

Вариабельность процесса может осуществляться только в части формирования бумажного документа: он может быть исключен, если в организации утвержден порядок исключительно электронного документооборота.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются:

- требования входящих документов исполнены в полном объеме и в установленные сроки;
- обеспечено надлежащее хранение документации.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет отдел делопроизводства - документовед. Способом контроля является отслеживание информации, содержащейся во входящем документе.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса обработки входящего документа являются:

- невыполнение и (или) несвоевременное выполнение требований вышестоящей организации;
- несвоевременные ответы на запросы следственных органов.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- строгий контроль за сроками исполнения документа;
- строгий контроль за качеством исполнения документа;
- контроль за работой исполнителей.

Процесс «Обработка исходящего документа» включает 9 этапов:

1. Составление проекта исходящего документа. Бизнес-правило этапа: проект подготавливается строго в рамках срока, установленного входящим документом или в соответствии с положениями законодательства Российской Федерации. Результата этапа - проект исходящего документа.

2. Проверка правильности оформления документа.

3. Согласование документа.

4. Внесение изменений (дополнительный этап, в случае если документ не согласован). Далее - повторно проводится этап 3.

5. Подписание документа руководителем. Результат этапа - исходящий документ, готовый к отправке.

6. Регистрация документа. Результата этапа - запись в журнале регистрации исходящей документации.

7. Присвоение исходящего номера (на основании выходной информации предыдущего этапа).

8. Направление документа в адрес.

9. Перемещение и архивирование документа.

Если в ходе описываемой процедуры возможны вариации на этапе согласования документа, то возникает необходимость в проведении дополнительного этапа внесения изменений в документ (этап 4). После этого необходимо повторно осуществить этап согласования. Следует отметить, что этапы 3 и 4 будут повторяться до момента получения положительного результата на этапе согласования.

Вариативность процесса может осуществляться только в части формирования бумажного документа: он может быть исключен, если в организации утвержден порядок исключительно электронного документооборота.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются:

- исполнение требований входящих документов в полном объеме и в установленные сроки;
- оформление исходящей документации строго в соответствии с документами, регламентирующими оформление документа;
- обеспечение надлежащего хранения документации.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет отдел делопроизводства (документовед). Способом контроля является отслеживание информации, содержащейся в исходящем документе.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса обработки входящего документа являются:

- невыполнение и (или) несвоевременное выполнение требований вышестоящей организации;
- несвоевременные ответы на запросы следственных органов;
- оформление исходящего документа содержит недостоверную информацию.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- строгий контроль за сроками исполнения документа;

– строгий контроль за качеством исполнения документа, особенно на этапе согласования содержания документа.

Процесс «Выполнение работ по заявкам структурных подразделений» инициируется с момента получения заявки о потребности.

Реализация процесса возможна в трех вариантах:

Вариант 1. Возникшую потребность возможно удовлетворить своими силами и, при этом, она требует выполнения работ. В таком случае процесс будет включать только 2 этапа:

1. Рассмотрение заявки и передача заявки исполнителю.
2. Выполнение работ.

Выполнение работ на описанных этапах процесса обеспечивают:

- ОМТиХО – начальник отдела.
- Обеспечивающий персонал или персонал по обслуживанию зданий – исполнитель работ.

Вариант 2. Если возникшую потребность можно удовлетворить своими силами, и по результатам рассмотрения заявки она не требует выполнения работ. Процесс будет включать 1 этап - получение материальных ценностей со склада. Выполнение работ на данном этапе обеспечивают материально-ответственные лица структурных подразделений МО.

Вариант 3. Если потребность невозможно удовлетворить своими силами, процесс будет состоять из 4 этапов:

1. Расчет общего объема необходимых материальных ценностей (ресурсов)/оказываемых услуг.
2. Поиск поставщиков/исполнителей.
3. Заключение договора.
4. Выполнения работ силами сторонней организации (аутсорсинг) «разложен».

Выполнение работ на указанных этапах обеспечивают:

- ОМТиХО – начальник отдела.
- Исполнитель (по договору) – руководитель организации.

Весь процесс осуществляется в соответствии со следующим бизнес-правилом: потребность в материальных средствах формируется ежегодно в общей годовой заявке по организации.

Вариабельность процесса на основании представленной схемы практически не просматривается.

Целевым показателем (индикатором) процесса является удовлетворение потребностей структурных подразделений.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет ОМТиХО (руководитель). Способом контроля является мониторинг процесса выполнения работ по заявкам структурных подразделений на всех этапах.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- неисполнение потребностей структурных подразделений;
- возникновение простоя в работе.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- строгий контроль исполнения работ по заявкам;
- информирование структурными подразделениями руководителя ОМТиХО о выполнении или невыполнении заявки.

Процесс «Проведение плановой инвентаризации материальных ценностей». Инвентаризация в медицинской организации проводится с целью:

- выявления фактического наличия имущества;
- сопоставления фактически имеющегося имущества с учетными данными (выявление излишков и недостатков);
- документального подтверждения наличия имущества и обязательств;
- определения фактического состояния имущества и его оценки;

– проверки правильности, своевременности и полноты отражения в учете обязательств. (Калмыкова Ю., 2006).

Разработанная нами модель бизнес-процесса включает 8 этапов:

1. Издание приказа руководителя МО о проведении инвентаризации. Выходная информация этапа – приказ.

2. Подготовка и издание приказа руководителя МО о создании постоянно действующей инвентаризационной комиссии и утверждение состава инвентаризационной комиссии. Бизнес-правило этапа: в состав инвентаризационной комиссии включаются представители администрации, работники бухгалтерской службы, другие специалисты (инженеры, экономисты и т.д.).

3. Работа с материально-ответственными лицами. Бизнес-правило этапа: материально-ответственные лица дают расписки о том, что к началу инвентаризации все расходные и приходные документы на имущество сданы в бухгалтерию или переданы комиссии, и все ценности, поступившие на их ответственность, оприходованы, а выбывшие списаны в расход.

4. Подготовка инвентаризационных описей и актов инвентаризации. Выходная информация этапа: инвентаризационные описи и акты инвентаризации.

5. Проверка и сопоставление данных инвентаризационных описей и данных бухгалтерского учета. Бизнес-правило этапа: проверка проводится при обязательном присутствии материально-ответственных лиц.

6. Составление сличительной ведомости (дополнительный этап случае, когда выявлены излишки и (или) недостатки). Выходная информация этапа – сличительная ведомость.

7. Проведение служебной проверки (дополнительный этап в случае составления сличительной ведомости).

8. Заполнение инвентаризационных описей. Бизнес-правила этапа: описи подписывают все члены инвентаризационной комиссии и материально ответственные лица. В конце описи материально ответственные лица дают

расписку, подтверждающую проверку комиссией имущества в их присутствии, об отсутствии к членам комиссии каких-либо претензий и принятии перечисленного в описи имущества на ответственное хранение.

Выполнение работ в ходе описываемой процедуры обеспечивают:

- ОМТиХО – начальник отдела и товаровед.
- Инвентаризационная комиссия – члены инвентаризационной комиссии.
- Структурные подразделения МО – материально-ответственные лица.
- Бухгалтерия – бухгалтер.

Исполнение процесса инвентаризации регламентировано приказом Минфина РФ от 13.06.1995 № 49 «Об утверждении Методических указаний по инвентаризации имущества и финансовых обязательств» и может варьироваться по следующим направлениям: сокращение времени проведения инвентаризации, задействование минимального количества работников.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются: высокая достоверность результатов инвентаризации, сроки проведения инвентаризации.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет ОМТиХО (товаровед). Способами контроля являются: отслеживание процесса инвентаризации, контроль результатов инвентаризации.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса инвентаризации являются:

- искажение результатов ревизии;
- признание результатов ревизии недействительными.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- четкое описание и регламентирование действий исполнителей и руководителей;
- строгое соблюдение законодательства РФ и локальных нормативно-правовых актов в области контроля и учета материальных ценностей;
- качественное составление и заполнение описей.

Процесс «Метрологический контроль средств измерений».

Метрологические службы создаются во всех медицинских организациях независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности для выполнения задач по обеспечению единства измерений и метрологическом обеспечении областей деятельности, закрепленных за организацией (Герцик Ю.Г., Афанасьев А.А., 2012). Организация метрологического обеспечения регулируется нормативными документами федерального уровня (Приказ Минздравмедпрома РФ от 04.10.1995 № 276).

Инициация процесса «Метрологический контроль средств измерений» определяется перечнем средств измерений (СИ). Описываемый процесс регламентирован приказом Минпромторга России от 02.07.2015 № 1815 «Об утверждении Порядка проведения поверки средств измерений, требования к знаку поверки и содержанию свидетельства о поверке».

Процесс включает 8 этапов:

1. Заключение договора на проведение метрологического контроля.
2. Сбор комплекта документов, необходимого для проведения поверки.
3. Передача средств измерений аккредитованной организации.
Бизнес-правило этапа: средства измерения представляются на поверку чистыми, расконсервированными, с техническим описанием (при наличии в комплекте СИ, указанном в описании типа СИ), с руководством (инструкцией) по эксплуатации (при наличии в комплекте СИ, указанном в описании типа СИ), с методикой поверки (при наличии в комплекте СИ, указанном в описании типа СИ), паспортом (формуляром) (при наличии в

комплекте СИ, указанном в описании типа СИ) и свидетельством о последней поверке, а также необходимыми комплектующими устройствами; при наличии у поверителя эксплуатационной документации на поверяемое СИ, а также методики поверки, представление данных документов вместе с СИ на поверку является необязательным и указывается при заключении договора (контракта) на проведение поверки СИ.

4. Проведение поверки.

5. Получение подтверждения о проведении поверки (если по результатам поверки средство признается пригодным к эксплуатации). Бизнес-правило этапа: результаты поверки СИ удостоверяются знаком поверки и (или) свидетельством о поверке, и (или) записью в паспорте (формуляре) СИ, заверяемой подписью поверителя и знаком поверки; конструкция СИ должна обеспечивать возможность нанесения знака поверки в месте, доступном для просмотра; если особенности конструкции или условия эксплуатации СИ не позволяют нанести знак поверки непосредственно на СИ, он наносится на свидетельство о поверке или в паспорт (формуляр). Выходная информация этапа: свидетельство о поверке.

6. Аннулирование свидетельства о поверке (дополнительный этап, если по результатам поверки средство измерения не пригодно к эксплуатации).

7. Получение извещения о непригодности к эксплуатации (дополнительный этап в случае аннулирования свидетельства о поверке).

8. Списание средства измерения (дополнительный этап после получения извещения о непригодности к эксплуатации).

Реализацию работ в ходе описываемого процесса обеспечивают:

- ОМТиХО – начальник отдела и товаровед.
- Метрологическая служба – инженер-метролог.
- Аккредитованная организация – эксперт.

Целевым показателем (индикатором) процесса является нахождение погрешности измерений конкретных СИ в установленных пределах.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет инженер-метролог МО. Способом контроля является контроль межповерочных интервалов средств измерений.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса:

- получение недостоверных результатов измерений;
- наложение штрафных санкций надзорными органами;
- авария или инцидент при эксплуатации оборудования.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- строгий контроль за сроками поверки средств измерений;
- строгий контроль за качеством поверки средств измерений;
- тщательный подход к выбору организации, проводящей поверку.

Процесс «Своевременное обучение персонала» (далее – Обучение персонала). В настоящее время в системе здравоохранения принята парадигма непрерывного последиplomного медицинского образования. Данная концепция является достаточно новой, имеет свои достоинства и проблемные аспекты, которые на настоящий момент являются «проблемами роста» (Квачахия Л.Л., Мишустин В.Н., 2017).

Процесс обучения медицинского персонала регламентируется нормативными документами Минздрава России и включает 11 этапов:

1. Формирование общей потребности МО в обучении (на основании заявок, представленных структурными подразделениями МО).
2. Направление запросов о стоимости обучения в организации.
3. Сбор (получение) коммерческих предложений от обучающих организаций.
4. Направление заявки на обучение.
5. Заключение договора на проведение обучения.
6. Проведение обучения.

7. Итоговая аттестация.

8. Получение документа, подтверждающего прохождение обучения.

Выходная информация этапа: сертификат/удостоверение.

9. Направление на повторное обучение (дополнительный этап, если не получен документ об аттестации).

10. Проведение повторной аттестации (дополнительный этап в случае направления на повторное обучение).

11. Отстранение от работы (дополнительный этап, если по результатам повторной аттестации получен отрицательный результат).

Выполнение работ в ходе описываемой процедуры реализуют:

- Кадровая служба – специалист по кадрам.
- Структурные подразделения МО – работники.
- Бухгалтерия – бухгалтер.
- Аккредитованная организация – члены комиссии по проверке

знаний.

Вариабельность процесса возможна в части исключения отдельных компонентов, связанных с выяснением стоимости обучения, особенно в отдаленных регионах с высокой стоимостью проезда в центральные регионы Российской Федерации единственным или небольшим числом поставщиком образовательных услуг.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются: успешное прохождение итоговой аттестации и получение документов, подтверждающих прохождение обучения.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет кадровая служба. Способом контроля является: контроль сроков действия документов, подтверждающих квалификацию работников.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- допуск к работе неквалифицированного персонала;

– отстранение от работы работников структурных подразделений.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

– отслеживание наличия и сроков действия документов, подтверждающих квалификацию;

– выбор добросовестных обучающих организаций, обеспечивающих качественное обучение персонала.

Процесс «Проведение служебной проверки» включает 10 этапов.

1. Назначение лица, ответственного за проведение проверки (далее – Ответственный), назначение осуществляется на основании информации, изложенной в докладной.

2. Изучение нормативно-правовой базы в части, касающейся процесса.

3. Выявление должностных лиц, участвовавших (участвующих) в процессе (далее – Участники), по поводу которого проводится проверка (далее – Участники) (далее – Инцидент).

4. Опрос Участников и выявление причин Инцидента.

5. Подготовка заключения по итогам проведения служебной проверки. Выходная информация этапа - заключение служебной проверки.

6. Рассмотрение заключения руководителем МО.

7. Списание материалов проверки «в дело» (в случае если по результатам рассмотрения заключения по итогам проведения служебной проверки факт нарушения не подтвержден).

8. Определение вида ответственности (если по результатам рассмотрения заключения факт нарушения подтвержден).

9. Подготовка докладной руководителю МО (в случае дисциплинарного вида ответственности). Докладную рассматривает руководитель МО и принимает решение.

10. Издание приказа о наложении дисциплинарного взыскания (в том случае, если ответственность дисциплинарная). Выходная информация этапа – приказ о наложении дисциплинарного взыскания.

Выполнение работ в ходе описываемой процедуры обеспечивают:

- Администрация – руководитель МО.
- Структурные подразделения - лица, ответственные за проведение служебной проверки.

Модель данного процесса сформирована на основании нормативных актов по данному вопросу системы МВД России. Процесс проведения служебной проверки регламентирован приказом МВД России от 26 марта 2013 года № 161 «Об утверждении порядка проведения служебной проверки в органах, организациях и подразделениях Министерства внутренних дел Российской Федерации». Как мы считаем, данная модель может применяться и в медицинских организациях системы здравоохранения.

Варьирование процесса определяется видами ответственности и изложено в данном тексте.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются: подтверждение или опровержение наличия нарушения.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет администрация – руководитель МО. Способами контроля являются: наблюдение за ходом процесса и тщательное изучение документации, составленной по итогам служебной проверки.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- некорректное оформление материалов проверки;
- обжалование результатов проведения служебной проверки.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- строгое соблюдение законодательства РФ и локальных нормативно-правовых актов в ходе проведения проверки;

– юридически точное и грамотное оформление документов на всех этапах проверки.

Процесс «Организация совещаний, на которых рассматриваются вопросы, связанные с работой подразделения». Производственные совещания являются неотъемлемой составляющей деятельности любой организации, одним из самых распространенных инструментов управления. Совещание выполняет такие функции, как передача информации, оценка ситуации, оценка реакции сотрудников, корректировка совместных действий, выработка решений (Курбатова Н., Сикачева И., 2005).

В данном разделе представлена типовая модель организации совещаний, связанных с обсуждением работы того или иного подразделения. Данная модель включает 8 этапов:

1. Анализ работы подразделения на основании показателей работы подразделения МО.
2. Определение перечня вопросов, требующих рассмотрения на совещании.
3. Составление графика проведения совещания.
4. Определение формата совещания.
5. Оповещение администрации (дополнительный этап в случае необходимости проведения расширенного совещания).
6. Оповещение всех участников совещания о его месте и времени проведения.
7. Проведение совещания. Отметим, что в пилотной медицинской организации этот этап осуществляется в соответствии с разработанным и утвержденным порядком проведения совещаний. Выполнение работ на данном этапе обеспечивают заведующие структурными подразделениями МО совместно с работниками структурных подразделений, а в случае проведения расширенного совещания и администрация – руководитель МО.
8. Принятие решения. Выходная информация этапа - протокол совещания.

Реализуют выполнение работ в ходе описанного процесса:

- Структурные подразделения – руководители структурных подразделений и работники.
- Администрация -руководитель МО.

Поскольку на «верхнем» уровне процесс организации и проведения совещаний не регламентируется, процесс может варьироваться как по компонентам, так и по их последовательности. Например, определенное число и определенные темы совещаний могут быть заранее запланированы для проведения в течение года. Может быть разработан жесткий график проведения совещаний и т.д.

Целевым показателем (индикатором) процесса является повышение показателей работы подразделения.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет заведующий структурным подразделением МО. Способами контроля являются: наблюдение за ходом процесса и контроль исполнения решений совещания.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- снижение показателей работы структурного подразделения;
- отсутствие актуальной информации у исполнителей;
- несогласованность действий при выполнении работы.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- внутренний аудит процесса совещаний;
- определение оптимальной периодичности проведения совещаний;
- заблаговременная подготовка к проведению совещания и своевременное оповещение участников;
- контроль исполнения решений совещаний.

Процесс «Отбор кандидатов на вакантные должности» (далее – Отбор кандидатов). Условия функционирования медицинской организации в настоящее время требуют использование активных методов поиска персонала, привлечение в организацию больше претендентов, соответствующих требованиям, совершенствование процедур самого отбора. Принципиальное значение при отборе имеет соблюдение требований законодательства, а используемые методы оценки должны быть понятны всем участникам данного процесса, доступны, надежны, валидны (Галанова И.А., 2018). В связи с этим они (методы оценки) однозначно нуждаются в регламентации.

Процесс инициируется с момента размещения вакансии в сети Интернет и включает 13 этапов.

1. Отбор кандидатов по резюме.
2. Собеседование с кандидатами по телефону.
3. Приглашение на собеседование.
4. Собеседование с руководителями структурных подразделений.

Бизнес-правило: на собеседование приглашаются кандидаты соответствующие требованиям ЕТКС.

5. Анализ полученных результатов.

6. Проведение собеседования с заместителем начальника КГ по медицинской части (если кандидат соответствует установленным требованиям, относится к категории руководителей и специалистов).

Проведение собеседования с главной медицинской сестрой (если кандидат соответствует установленным требованиям, не относится к категории руководителей и специалистов и претендует на должность медицинского персонала).

Проведение собеседования с Заместителем начальника Клинического госпиталя по тылу (если кандидат соответствует установленным требованиям, не относится к категории руководителей и специалистов и не претендует на должность медицинского персонала).

Отклонение кандидатуры (если кандидат не соответствует установленным требованиям).

7. Анализ полученных результатов.

8. Проведение собеседования с начальником КГ (дополнительный этап для кандидатов, соответствующих установленным требованиям и претендующих на должность руководителя или специалиста).

9. Анализ полученных результатов (дополнительный этап в случае реализации этапа 8).

10. Отклонение кандидатуры (в случае получения отрицательного результата по итогам этапов 7 и 9).

11. Предложение о трудоустройстве.

12. Подготовка комплекта документов.

13. Подготовка приказа о трудоустройстве. Выходная информация этапа – приказ о назначении на должность.

Выполнение работ на описанных этапах обеспечивают:

- Отдел кадров – специалист по кадрам.
- Структурные подразделения – руководители структурных подразделений.
- Администрация – руководитель МО, заместитель начальника по медицинской части, заместитель начальника по тылу, главная медицинская сестра.

Весь процесс осуществляется в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.

Процесс может варьироваться как по составу компонентов, так и по последовательности их выполнения.

Целевым показателем (индикатором) процесса является назначение на должность специалиста, полностью соответствующего вакантной должности.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет кадровая служба. Способами контроля является мониторинг процесса трудоустройства на всех этапах.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- допуск к работе персонала с недостаточным уровнем квалификации;
- увеличение сроков поиска кандидатов.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- тщательная проработка информации, указанной в вакансии;
- более подробное проведение интервью по телефону;
- контроль документов, подтверждающих квалификацию кандидата.

Процесс «Учет товарно-материальных ценностей⁷» Деятельность организаций здравоохранения связана с использованием обширного перечня товарно-материальных ценностей, в связи с чем данный вид учета можно считать весьма трудоемким (Вдовина Г.К., 2016).

Инициацией процесса «Осуществление учета товарно-материальных ценностей» является накладная. Описываемый процесс включает 11 этапов:

1. Получение материальных ценностей.
2. Проверка соответствия фактически полученных материальных ценностей, тому что указано в накладных.
3. Составление претензии поставщику (дополнительный этап, если по результатам предыдущего этапа выявлены несоответствия). Выходная информация - акт-претензия.

⁷ Исключено: учет лекарственных и наркотических средств; сформированы отдельные процессы

4. Расторжение договора (дополнительный этап, если по результатам претензии замечания не устранены). Выходная информация этапа - дополнительное соглашение о расторжении договора.

5. Постановка поступивших медикаментов и расходных материалов на предметно-количественный учет.

6. Распределение по местам хранения. Бизнес-правило этапа: поступившие материальные ценности распределяются по местам хранения с учетом определенных критериев: группы товаров, температурный режим, влажность, взрывоопасность и т.д.

7. Обеспечение правильных условий хранения.

8. Проведение отпуска материальных ценностей по требованиям отделений МО. Бизнес-правило этапа: отпуск осуществляется строго по заявкам структурных подразделений, в соответствии с правилами предметно-количественного учета.

9. Списание с учета со склада (если материальные ценности подлежат списанию).

10. Учет в структурных подразделениях МО (в случае если после отпуска материальных ценностей со склада они подлежат дальнейшему учету).

11. Инвентаризация «разложен».

Выполнение работ в ходе описываемого процесса обеспечивают:

- Структурные подразделения МО – материально-ответственные лица.
- Бухгалтерия – бухгалтер.
- ОМТиХО – начальник отдела, заведующий складом, товаровед.
- Инвентаризационная комиссия – члены инвентаризационной комиссии.

Вариативность (вариабельность) процесса практически исключена, т.к. процесс регламентирован требованиями бухгалтерской и финансово отчетности.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются:

- обеспечение строгого соответствия полученных материальных ценностей документам;
- обеспечение учета материальных ценностей, в соответствии с регламентирующими документами;
- обеспечение наличия необходимых материальных ценностей в структурных подразделениях;
- обеспечение надлежащего хранения материальных ценностей.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет ОМТиХО (начальник отдела). Способами контроля являются: отслеживание информации, содержащейся в сопроводительных документах, контроль за соблюдением договорных обязательств поставщиками.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса контроля за правильностью хранения, использования, учета расходов перевязочного материала и медикаментов являются:

- расхождение данных предметно-количественного учета;
- материальные ценности придут в негодность;
- ответственные работники будут привлечены к административной ответственности.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- строгий контроль за учетом товарно-материальных ценностей, условиями их хранения;
- контроль за деятельностью работников склада и материально-ответственными лицами;
- четкое описание действий;
- контроль знаний работников, качественное проведение инвентаризации материальных ценностей.

Процесс «Контроль за правильностью хранения, использования, учета расходов перевязочного материала и медикаментов» (сокращенно - «Контроль за правильностью хранения...»). По вопросу учета медикаментов и перевязочного материала существует огромное число научных и практических публикаций. Данный процесс достаточно в деталях регламентирован федеральными нормативными документами (Федеральный закон от 22.06.1998 № 86-ФЗ; приказ Министерства здравоохранения СССР от 2 июня 1987г. №747; приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 июня 2013г. № 378н).

Данный бизнес-процесс включает 10 этапов.

1. Получение медикаментов, расходного и перевязочного материала на основании накладной.
2. Проверка соответствия фактически полученных медикаментов и расходного материала указанному в накладных.
3. Составление претензии поставщику (дополнительный этап, если по результатам предыдущего этапа выявлены несоответствия). Выходная информация - акт-претензия.
4. Расторжение договора (дополнительный этап, если по результатам претензии замечания не устранены). Выходная информация этапа - дополнительное соглашение о расторжении договора.
5. Постановка поступивших медикаментов и расходных материалов на предметно-количественный учет.
6. Распределение поступивших медикаментов и расходных материалов по местам хранения. Бизнес-правило: поступившие медикаменты и расходные материалы распределяются по местам хранения с учетом определенных критериев: фармакологические группы, способ введения, температурный режим, влажность, взрывоопасность.
7. Обеспечение правильных условий хранения.
8. Проведение отпуска медикаментов и расходных материалов по требованиям отделений МО. Бизнес-правило этапа: отпуск осуществляется

строго по заявкам структурных подразделений, в соответствии с правилами предметно-количественного учета. Выходная информация этапа - накладная (требование).

9. Ежемесячная сверка количества медикаментов и расходных материалов в отделениях МО с аптекой.

10. Плановая инвентаризация и внезапные проверки материальных ценностей. Бизнес-правило этапа: лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету, инвентаризируются по видам, наименованиям, фасовкам, лекарственным формам и дозировкам не менее одного раза в год, но не ранее 1 октября отчетного года.

Выполнение работ в ходе описываемого процесса обеспечивают:

- Структурные подразделения МО – материально-ответственные лица.
- Бухгалтерия – бухгалтер.
- ОМТиХО – начальник отдела.
- Аптека – заведующий аптекой, работники аптеки.
- Инвентаризационная комиссия – члены инвентаризационной комиссии.

Вариабельность (вариативность) процесса практически исключена, т.к. процесс регламентирован федеральными нормативными документами.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются:

- обеспечение строгого соответствия полученных медикаментов сопроводительным документам;
- обеспечение учета медикаментов, в соответствии с регламентирующими документами;
- обеспечение наличия необходимых медикаментов в структурных подразделениях;
- обеспечение надлежащего хранения медикаментов.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет аптека (заведующий аптекой). Способами контроля являются:

- отслеживание информации, содержащейся в сопроводительных документах;
- контроль за соблюдением лицензионных требований.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса контроля за правильностью хранения, использования, учета расходов перевязочного материала и медикаментов являются:

- расхождение данных предметно-количественного учета;
- медикаменты и перевязочные материалы придут в негодность;
- приостановление действия лицензии на описываемый вид деятельности за нарушение лицензионных требований;
- привлечение работников аптеки к административной ответственности за нарушение правил учета, хранения медикаментов.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- строгий контроль за учетом перевязочных материалов и медикаментов, условиями их хранения;
- строгое соблюдение лицензионных требований;
- контроль за деятельностью работников аптеки, четкое описание действий и контроль знаний работников аптеки.

Процесс «Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов» включает 11 этапов:

1. Направление заявки на склад.
2. Обработка заявки работником склада.
3. Заключение договора.
4. Получение наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов (далее - лекарственные препараты).

5. Проверка соответствия фактически полученных наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов их перечню и количеству, указанному в накладных.

6. Составление претензии поставщику (дополнительный этап, если по результатам предыдущего этапа выявлены несоответствия). Выходная информация - акт-претензия.

7. Расторжение договора (дополнительный этап, если по результатам претензии замечания не устранены). Выходная информация этапа - дополнительное соглашение о расторжении договора.

8. Постановка поступивших наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов на предметно-количественный учет.

9. Распределение по местам хранения. Бизнес-правило этапа: поступившие медикаменты и расходные материалы распределяются по местам хранения с учетом определенных критериев: фармакологические группы, способ введения, температурный режим, влажность, взрывоопасность.

10. Обеспечение правильных условий хранения.

11. Отпуск наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов по требованиям отделений МО. Бизнес-правило этапа: отпуск осуществляется в соответствии с правилами предметно-количественного учета по требованиям наркотической службы, отделения анестезиологии, ОРУДДК. Выходная информация этапа - накладная (требование).

Выполнение работ в ходе описываемого процесса обеспечивают:

- ОМТиХО – начальник отдела.
- Аптека – заведующий аптекой, работники аптеки.
- Инвентаризационная комиссия – члены инвентаризационной комиссии.

Процесс постановки на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов регламентирован федеральными нормативно-правовыми актами. Основным нормативным документом является приказ Минздрава России от 22 апреля 2014 г. № 183н г.

Вариативность (вариабельность) процесса практически исключена, т.к. он достаточно жестко регламентирован федеральными нормативными актами.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются:

- обеспечение строгого соответствия полученных лекарственных препаратов сопроводительным документам;
- обеспечение учета лекарственных препаратов, в соответствии с регламентирующими документами;
- обеспечение наличия необходимых лекарственных препаратов в структурных подразделениях;
- обеспечение надлежащего хранения лекарственных препаратов.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет аптека (заведующий аптекой). Способами контроля являются:

- отслеживание информации, содержащейся в сопроводительных документах;
- контроль за соблюдением лицензионных требований.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса контроля за правильностью хранения, использования, учета расходов лекарственных препаратов являются:

- расхождение данных предметно-количественного учета;
- лекарственные препараты придут в негодность;
- действие лицензии на описываемый вид деятельности будет приостановлено, за нарушение лицензионных требований;
- работники аптеки будут привлечены к административной ответственности за нарушение правил учета, хранения лекарственных

препаратов.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- строгий контроль за учетом лекарственных препаратов, условиями их хранения;
- строгое соблюдение лицензионных требований, контроль за деятельностью работников аптеки, четкое описание действий и контроль знаний работников аптеки.

Методические подходы к формированию моделей процессов по охране труда. Медицинская деятельность принадлежит к числу наиболее ответственных и сложных. Она характеризуется интеллектуальной нагрузкой, зачастую – физическими нагрузками. Медицинским работникам необходимы большой объем оперативной и долговременной памяти, внимание, высокая трудоспособность в экстремальных условиях. Здоровье пациентов в значительной мере определяется условиями труда и состоянием здоровья сотрудников (Решение Коллегии Министерства здравоохранения Челябинской области от 23.06.2017г. № 3 «О состоянии охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в медицинских учреждениях Челябинской области»; Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 07.03.2017г. № 345-п «О состоянии производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в учреждениях здравоохранения за 2016 год»([URL: https://minzdrav.midural.ru/uploads/document/3229/345-p.pdf](https://minzdrav.midural.ru/uploads/document/3229/345-p.pdf); дата обращения – 16.01.2019г.; 282) Комплексная гигиеническая оценка условий труда медицинского персонала выявляет комплекс профессиональных факторов риска медицинских работников: физический, химический, биологический, тяжесть и напряженность трудового процесса (Клименко Л.В., Посухова О.Ю., 2018).

По мнению специалистов, охрана труда в медицинской организации представляет собой «...сформированную ее руководителем упорядоченную совокупность органов, должностных лиц и организационных связей, предназначенных для управления деятельностью по сохранению жизни» (Ю.М. Михайлов, 2009).

Из приведенной цитаты однозначно следуют, как минимум, два вывода. Первый вывод состоит в том, что охрана труда в медицинской организации является зоной персональной ответственности руководителя медицинской организации, одной из обязательных составляющих его работы. Второй вывод касается сложности процесса, которая определяется необходимостью вовлечения в исполнение процесса многих лиц и организационных структур медицинской организации при синхронизации их действий. Таким образом, важность, комплексность и многокомпонентность охраны труда предопределяет целесообразность организации данной сферы деятельности с использованием процессного подхода (Король Ж.В., Беднаржевский С.С., 2013; Солод В.С., Шабалин Г.А., Новиков В.В., Шабалина С.Г., Склеменов Г.Ж., 2017).

В соответствии с нормативными документами по охране труда, возможны различные варианты построения единого процесса охраны труда в организации (в частности - в медицинской организации). Данный процесс может быть представлен и как «линейный», так и как разветвленный. Связано это с тем, что, во-первых, отдельные подпроцессы могут выполняться параллельно, т.к. нет строгой зависимости, являющейся одним из «краеугольных камней» процессного подхода, когда выход (результаты, полученные на выходе) одного подпроцесса является обязательным условием и, в определенной мере, триггером выполнения другого. Ряд авторов, обращая внимание на этот аспект нормативного регулирования охраны труда, справедливо указывает на применение именно элементов процессного подхода при построении единого процесса охраны труда в организации, а не

процессного подхода в полном единстве составляющих его компонентов (Мишутинская Е.Н.).

Мы ставили своей задачей выстраивание (моделирование) процесса охраны труда именно в «линейной» структуре. Данная последовательность, по нашему мнению, формирует определенную понятную и «однозначную» «архитектуру» процесса охраны труда, жесткое следование которой обеспечивает выполнение многочисленных работ, распределенных по различным участкам и специалистам. Считаем необходимым обратить внимание еще раз на следующее: мы не считаем предлагаемое нами графическое «линейное» представление процесса охраны труда исключительным, т.е. единственно верным. Общий процесс может быть выстроен и иначе. Но мы считаем, что именно такое построение процесса обеспечивает выполнение его в полном объеме всех задач и функций.

Стоит сразу отметить, что данный процесс регламентируется значительным объемом положений законодательно-нормативных актов.

Процесс «Планирование, организация и контроль соблюдения требований охраны труда». Инициацией процесса является план работ по охране труда. Разработанная в данном исследовании модель процесса включает 13 этапов (Рисунок 28):

1. Проведение инструктажей. Выходная информация этапа – запись в журнале инструктажа.

2. Обучение безопасным методам и приемам выполнения работ и оказанию первой медицинской помощи пострадавшим на производстве работников МО. Выходная информация этапа: протокол заседания комиссии по проверке знаний требований охраны труда и удостоверение о проверке знаний для каждого работника, прошедшего обучение.

3. Специальное обучение работников МО по охране труда. По результатам данного этапа формируется следующая выходная информация: протокол заседания комиссии по проверке знаний требований охраны труда и



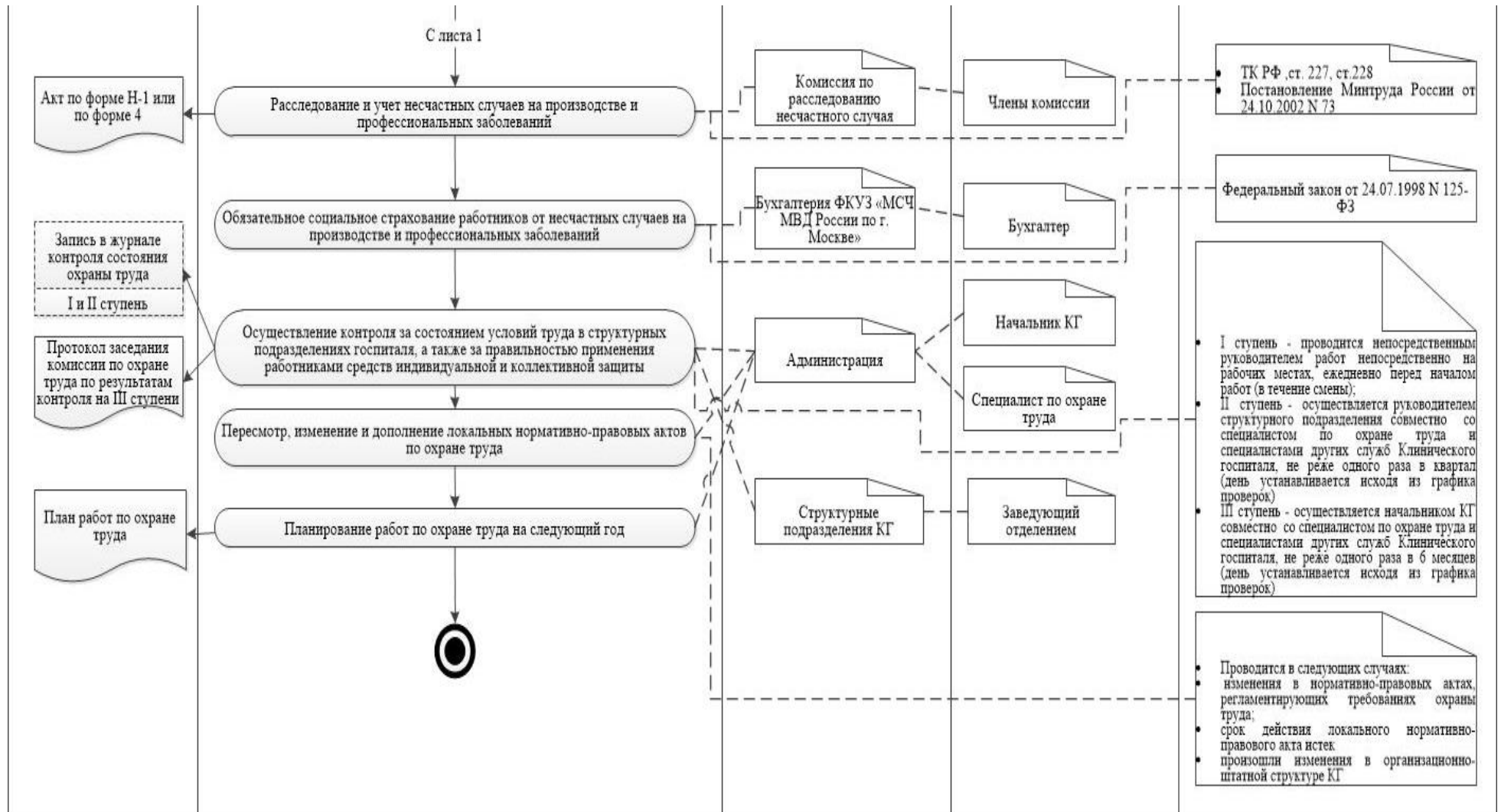


Рисунок 28. Процесс «Планирование, организация и контроль соблюдения требований охраны труда»

удостоверение о проверке знаний для каждого работника, прошедшего обучение.

4. Этапы 2 и 3 регламентированы Постановлением Минтруда РФ и Минобразования РФ от 13 января 2003 г. № 1/29 «Об утверждении Порядка обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций», ГОСТ 12004-2015.

5. Специальная оценки условий труда (СОУТ) на рабочих местах МО. Этап регламентирован Федеральным законом от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда», Приказом Минтруда России от 24.01.2014 № 33н «Об утверждении Методики проведения специальной оценки условий труда, Классификатора вредных и (или) опасных производственных факторов, формы отчета о проведении специальной оценки условий труда и инструкции по ее заполнению». Выходная информация этапа: отчет о проведении специальной оценки условий труда (подробнее - см. следующий раздел).

6. Назначение льгот и компенсаций за работу во вредных условиях труда (дополнительный этап, если условия труда на рабочем месте были признаны вредными). Этап регламентирован ст. 117, ст. 147, ст. 92 Трудового кодекса Российской Федерации, приказом Минздравсоцразвития России от 16.02.2009 №45н.

7. Информирование работников об условиях и охране труда на рабочих местах, риске повреждения здоровья и полагающимся им компенсациях и средствах индивидуальной защиты. Бизнес-правило этапа: ознакомление осуществляется в течении 30 календарных дней с момента утверждения отчета о проведении СОУТ, далее с картой СУОТ знакомится каждый вновь принимаемый работник. Следующим этапом проводится обеспечение работников средствами индивидуальной защиты (СИЗ), смывающими и обезвреживающими средствами. Данный этап регламентирован приказом Минздравсоцразвития России от 01.06.2009 №

290н. Выходная информация: карточка выдачи СИЗ и карточка выдачи смывающих и обезвреживающих средств.

8. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров. Данный этап регламентирован приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н. Выходная информация этапа: заключение о результатах медицинского осмотра для каждого работника, прошедшего медицинский осмотр и заключительный акт о проведении медицинского осмотра.

9. Расследование и учет несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (при наличии). Этап регламентирован ст. 227, ст.228 Трудового кодекса Российской Федерации, постановлением Минтруда России от 24.10.2002 № 73. Выходная информация: акт по форме Н-1 или по форме 4.

10. Обязательное социальное страхование работников от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (при необходимости). Этап регламентирован Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ.

11. Контроль за состоянием условий труда в структурных подразделениях, а также за правильностью применения работниками средств индивидуальной и коллективной защиты. Бизнес-правило этапа: I ступень - проводится непосредственным руководителем работ непосредственно на рабочих местах, ежедневно перед началом работ (в течение смены); II ступень - осуществляется руководителем структурного подразделения совместно со специалистом по охране труда и специалистами других служб МО, не реже одного раза в квартал (день устанавливается исходя из графика проверок); III ступень - осуществляется руководителем МО совместно со специалистом по охране труда и специалистами других служб МО, не реже одного раза в 6 месяцев (день устанавливается исходя из графика проверок). Выходная информация этапа: запись в журнале контроля состояния охраны

труда I и II ступени и протокол заседания комиссии по охране труда по результатам контроля на III ступени.

12. Пересмотр, изменение и дополнение локальных нормативно-правовых актов по охране труда (дополнительный этап в следующих случаях: изменения в нормативно-правовых актах, регламентирующих требования охраны труда; срок действия локального нормативно-правового акта истек; произошли изменения в организационно-штатной структуре МО).

13. Планирования работ по охране труда на следующий год. Выходная информация этапа – план работ по охране труда.

- Выполнение работ на описанных этапах процесса обеспечивают: руководитель МО;
- специалист по охране труда;
- заведующие структурными подразделениями МО;
- комиссия по проверке знаний аккредитованной организации, привлеченной для проведения данного обучения;
- члены комиссии по проведению специальной оценки условий труда КГ;
- ОМТиХО (руководитель отдела);
- члены врачебной комиссии МО;
- члены комиссии по расследованию несчастного случая;
- бухгалтер МО.

Весь процесс осуществляется в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации, раздел X.

Вариативность процесса может быть реализована в части изменения последовательности выполнения компонентов процесса, что указано в начале раздела.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются: соблюдение трудового законодательства в полном объеме.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет руководитель МО. Способом контроля является осуществление мониторинга состояния условий труда в структурных подразделениях.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- нарушение трудового законодательства;
- наложение штрафных санкций на должностное или юридическое лицо;
- приостановление деятельности.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- повышение квалификации работников в области охраны труда;
- четкое и своевременное исполнение требований регламентирующих документов;
- внедрение системы управления охраной труда в организации.

Процесс проведения специальной оценки условий труда (СОУТ) регламентирован Федеральным законом от 28.12.2013 № 426-ФЗ и включает 18 этапов:

1. Создание комиссии по проведению специальной оценки условий труда. Бизнес-правило этапа: в состав комиссии включаются представители работодателя, в том числе специалист по охране труда, представители выборного органа первичной профсоюзной организации или иного представительного органа работников (при наличии). Состав и порядок деятельности комиссии утверждаются приказом (распоряжением) работодателя в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона; комиссию возглавляет работодатель или его представитель.

2. Утверждение перечня рабочих мест, подлежащих СОУТ. Выходная информация этапа - перечень рабочих мест, подлежащих проведению СОУТ.

3. Выявление и описание имеющихся на рабочем месте факторов производственной среды и трудового процесса, источников вредных и (или) опасных факторов (ВОПФ) (дополнительный этап если рабочее место подлежит идентификации).

4. Сопоставление и установление совпадения имеющихся на рабочем месте факторов производственной среды и трудового процесса с факторами производственной среды и трудового процесса, предусмотренными классификатором. Бизнес-правило этапа: факторы признаются идентифицированными вредными и (или) опасными факторами в случае совпадения их наименований с наименованиями факторов производственной среды и трудового процесса, предусмотренных классификатором.

5. Решение о проведении исследований (испытаний) и измерений ВОПФ.

6. Оформление результатов идентификации. Выходная информация этапа: сформирован перечень ВОПФ, подлежащих исследованиям (испытаниям).

7. Исследования (испытания) и измерений ВОПФ (дополнительный этап если, на рабочем месте выявлены ВОПФ, измерение которых возможно).

8. Отнесение условий труда к вредным или опасным (если по результатам исследований (испытаний) уровень ВОПФ превышает установленные нормативы).

9. Подготовка решения о невозможности проведения исследований (испытаний) и измерений по основанию (если на рабочем месте выявлены ВОПФ, измерение которых произвести невозможно). Выходная информация этапа: протокол заседания комиссии. Бизнес – правило этапа: в случае, если проведение указанных исследований (испытаний) и измерений на рабочем месте может создать угрозу для жизни работника, экспертов и (или) иных работников организации, проводящей специальную оценку условий труда, а

также иных лиц; условия труда на таких рабочих местах относятся к опасному классу условий труда без проведения соответствующих исследований (испытаний) и измерений.

10. Направление протокола, содержащего обоснование принятия решения о невозможности проведения измерений в Государственную инспекцию труда (осуществляется если измерения провести невозможно). Бизнес-правило этапа: протокол направляется в течение 10 рабочих дней со дня принятия решения.

11. Отнесение условий труда к оптимальным или допустимым (если рабочее место не подлежит идентификации или по результатам этапа исследования (испытаний) и измерения ВОПФ уровень ВОПФ не превышает установленные нормативы).

12. Формирование декларации соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда (если условия труда отнесены к оптимальным или допустимым). Бизнес-правило этапа: условия труда на таких рабочих местах признаются комиссией допустимыми. Выходная информация этапа: декларация соответствия условий труда государственным нормативным требованиям.

13. Формирование отчета о проведении СОУТ. Бизнес-правило этапа: отчет должен содержать результаты проведения СОУТ, перечисленные в ч. 1 ст. 15 426-ФЗ от 28.12.2013 «О специальной оценке условий труда». Выходная информация этапа- отчет о проведении СОУТ.

14. Утверждение отчета.

15. Направление копии титульного листа отчета в организацию, проводившую СОУТ. Бизнес-правило этапа: сведения направляются в течение 3 рабочих дней с момента утверждения отчета.

16. Направление декларации соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда в Государственную инспекцию труда. Бизнес-правило этапа: декларация

направляются в течение 30 календарных дней с момента утверждения отчета (Приказ Минтруда России от 07.02.2014 № 80н).

17. Ознакомление работников с результатами СОУТ. Бизнес-правило этапа: в течение 30 календарных дней с момента утверждения отчета.

18. Назначение льгот и компенсаций за работу во вредных и (или) опасных условиях труда (дополнительный этап, если по результатам оценки условия труда были признаны вредными и (или) опасными).

Выполнение работ в ходе описываемой процедуры обеспечивают:

- администрация - руководитель МО;
- члены комиссии по проведению СОУТ;
- эксперт организации, проводящей СОУТ (далее – эксперт).

Вариативность процесса практически невозможна ввиду его регламентированности федеральными нормативными актами.

Целевым показателем (индикатором) процесса является присвоение классов условий труда для каждого рабочего места.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет специалист по охране труда МО. Способами контроля являются:

- контроль сроков проведения специальной оценки условий труда на рабочих местах;
- непосредственное участие в процессе проведения оценки.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- нарушение трудового законодательства;
- наложение штрафных санкций на должностное или юридическое лицо;
- назначение необоснованных льгот и компенсаций;
- ухудшение здоровья работников вследствие воздействия не выявленных вредных факторов.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- выбор добросовестных аккредитованных организаций, обеспечивающих качественное проведение специальной оценки условий труда;
- планирование достаточного объема финансирования мероприятий по охране труда.

Процесс «Проведение инструктажей по охране труда». Процесс проведения инструктажей по охране труда регламентирован Постановлением Минтруда РФ и Минобразования РФ от 13 января 2003 г. № 1/29, ГОСТ 12004-2015.

Описываемый процесс включает 14 этапов:

1. Проведение вводного инструктажа по программе проведения вводного инструктажа (входная информация на данном этапе) при трудоустройстве нового работника.
2. Регистрация проведения инструктажа. Выходная информация этапа - запись в журнале регистрации вводного инструктажа.
3. Проведение первичного инструктажа на рабочем месте по программе проведения инструктажа на рабочем месте (входная информация на данном этапе). Бизнес-правила этапа: проводится до начала самостоятельной работы; проводится со всеми вновь принятыми в организацию работниками, включая работников, выполняющих работу на условиях трудового договора, заключенного на срок до двух месяцев или на период выполнения сезонных работ, в свободное от основной работы время (совместители), а также на дому (надомники) с использованием материалов инструментов и механизмов, выделяемых работодателем или приобретаемых ими за свой счет; проводится с работниками организации, переведенными в установленном порядке из другого структурного подразделения, либо работниками, которым поручается выполнение новой для них работы; проводится с командированными работниками сторонних организаций,

обучающимися образовательных учреждений соответствующих уровней, проходящими производственную практику (практические занятия), и другими лицами, участвующими в производственной деятельности организации.

4. Устная проверка знаний.

5. Регистрация проведения инструктажа. Выходная информация этапа - запись в журнале регистрации инструктажа на рабочем месте.

6. Повторный инструктаж на рабочем месте по программе проведения инструктажа на рабочем месте (входная информация на данном этапе) (в случае, связанном не с новым работником, а с подошедшим сроком проведения очередного инструктажа). Бизнес-правило этапа: проводится со всеми работниками структурного подразделения с периодичностью не менее чем 1 раз в 6 месяцев.

7. Устная проверка знаний.

8. Регистрация проведения инструктажа. Выходная информация этапа - запись в журнале регистрации инструктажа на рабочем месте.

9. Проведение внепланового инструктажа (дополнительный этап, если требуется). Проводится по программе проведения инструктажа на рабочем месте и по новым инструкциям по ОТ или локальным НПА по охране труда (входная информация на данном этапе). Этап осуществляется в следующих случаях: при введении в действие новых или изменении законодательных и иных нормативных правовых актов, содержащих требования охраны труда, а также инструкций по охране труда; при изменении технологических процессов, замене или модернизации оборудования, приспособлений, инструмента и других факторов, влияющих на безопасность труда; при нарушении работниками требований охраны труда, если эти нарушения создали реальную угрозу наступления тяжких последствий (несчастный случай на производстве, авария и т.п.); по требованию должностных лиц органов государственного надзора и контроля; при перерывах в работе (для работ с вредными и (или) опасными условиями -

более 30 календарных дней, а для остальных работ - более двух месяцев); по решению работодателя (или уполномоченного им лица).

10. Устная проверка знаний (дополнительный этап, если требуется).

11. Регистрация проведения инструктажа (дополнительный этап, если требуется). Выходная информация этапа - запись в журнале регистрации инструктажа на рабочем месте.

12. Проведение целевого инструктажа (дополнительный этап, если требуется), он проводится по программе проведения инструктажа на рабочем месте и по новым инструкциям по ОТ или локальным НПА по охране труда для проведения целевого инструктажа (входная информация на данном этапе). Бизнес-правило этапа: проводится при выполнении разовых работ, при ликвидации последствий аварий, стихийных бедствий и работ, на которые оформляются наряд-допуск, разрешение или другие специальные документы, а также при проведении в организации массовых мероприятий.

13. Устная проверка знаний (дополнительный этап, если требуется).

14. Регистрация проведения инструктажа (дополнительный этап, если требуется). Выходная информация этапа - запись в журнале регистрации инструктажа на рабочем месте или запись в наряде-допуске.

Выполнение работ в ходе описываемого процесса обеспечивают:

- Обеспечивающий персонал – специалист по охране труда.
- Структурные подразделения МО – заведующие отделениями и руководители работ.

Вариабельность (вариативность) процесса практически отсутствует, т.к. действия регламентированы федеральными нормативными документами.

Целевым показателем (индикатором) процесса является своевременное проведение установленных типов инструктажей со всеми работниками структурного подразделения.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет заведующий структурным подразделением МО. Способом контроля является контроль сроков проведения инструктажей с работниками.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- нарушение трудового законодательства;
- наложение штрафных санкций на должностное или юридическое лицо;
- возникновение несчастного случая.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- четкое и своевременное исполнение требований регламентирующих документов;
- качественная проработка программ инструктажей.

Процесс «Проведение предварительных медицинских осмотров» регламентируется приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н и инициируется в момент трудоустройства нового работника и включает 6 этапов:

1. Выдача направлений на медицинский осмотр работникам. Выходная информация этапа - направление на медицинский осмотр.
2. Определение объема осмотра работника врачами-специалистами, а также видов и объемов необходимых лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных приложениями №1 и №2 Приказа №302н.
3. Оформление документов, необходимых для проведения медицинского осмотра. Выходная информация – паспорт здоровья работника и медицинская карта амбулаторного больного (форма №025/у-04). Выполнение работ на данном этапе обеспечивает врач-профпатолог врачебной комиссии.
4. Обследование работников врачами-специалистами, а также проведение полного объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных приложениями №1 и №2 Приказа №302н.
5. Формирование заключения по результатам периодического медицинского осмотра (результат этапа).

б. Заключение трудового договора при отсутствии противопоказаний у работника, или следует отказ в заключении трудового договора, если у работника имеются противопоказания к работе.

В случае если работник не входит в контингент лиц, подлежащих периодическим и (или) предварительным осмотрам, проводится этап оформления трудового договора и процесс на этом будет завершен.

Выполнение работ в ходе описанной процедуры обеспечивают:

- Отдел кадров – специалист по кадрам.
- Обеспечивающий персонал – специалист по охране труда.
- Врачебная комиссия – члены врачебной комиссии и врач-профпатолог.

Вариативность процесса по его компонентам и последовательности их реализации практически исключена.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются: выявление или подтверждение отсутствия противопоказаний к работе.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет врачебная комиссия. Способом контроля является проведение необходимых исследований и осмотров врачами-специалистами.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- нарушение трудового законодательства;
- трудоустройство работника с наличием противопоказаний к работе в условиях воздействия выявленных на рабочем месте вредных факторов.
- ухудшение здоровья работников вследствие наличия противопоказаний к работе в условиях воздействия выявленных на рабочем месте вредных факторов.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- четкое определение объемов осмотра врачами;
- добросовестное и качественное проведение медицинского осмотра врачами-специалистами;
- повышение квалификации врачей-специалистов в области «Профпатология».

Процесс «Проведение периодических медицинских осмотров» регламентирован приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н. Инициацией процесса является приказ руководителя МО о проведении периодического медицинского осмотра.

Данный процесс включает 18 этапов.

1. На основании приказа осуществляется разработка списка контингента работников, подлежащих периодическим осмотрам с указанием вредных (опасных) производственных факторов, а также вида работы.
2. Согласование списка контингента работников с профсоюзом МО.
3. Утверждение Списка контингента работников руководителем МО. Выходная информация этапа- список контингентов работников, подлежащих периодическим и(или) предварительным осмотрам.
4. Направление Списка контингента в ЦГСЭН ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» (в ведомственной системе здравоохранения МВД). Бизнес-правило: сведения необходимо направить в 10-дневный срок.
5. Составление поименного списка работников, подлежащих проведению периодических медицинских осмотров. Выходная информация - поименный список работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам.
6. Утверждение календарного плана проведения медицинских осмотров. Выходная информация - календарный план проведения медицинских осмотров.
7. Выдача направлений на медицинский осмотр работникам. Выходная информация на данном этапе - направление на медицинский осмотр.

8. Ознакомление работников, подлежащих проведению периодических медицинских осмотров, с календарным планом проведения медицинских осмотров. Бизнес-правило этапа: не позднее чем за 10 дней до запланированной даты начала проведения медицинского осмотра.

9. Оформление документов, необходимых для проведения медицинского осмотра (дополнительный этап, если документы для проведения медицинского осмотра оформлены не для всех работников). Выходная информация – паспорт здоровья работника и медицинская карта амбулаторного больного (форма №025/у-04).

10. Определения объема осмотра работника врачами-специалистами, а также видов и объемов необходимых лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных приложениями №1 и №2 Приказа №302н.

11. Проведение обследования работников врачами-специалистами, а также проведение полного объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных приложениями №1 и №2 Приказа №302н.

12. Направление работника на освидетельствование во врачебной комиссии, уполномоченной на то органом здравоохранения (дополнительный этап, проводится если в ходе обследования врачом-психиатром и (или) наркологом выявлены лица с наличием противопоказаний по профилю данных специалистов). Выходная информация этапа - решение врачебной комиссии, проводившей психиатрическое освидетельствование.

13. Оформление заключения по результатам периодического медицинского осмотра.

14. Направление работника на экспертизу профессиональной пригодности в центр профпатологии или специализированную медицинскую организацию, имеющую право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией и профессиональной пригодности (дополнительный этап, проводится если у работника выявлены признаки наличия профессионального заболевания). Выходная информация - решение

врачебной комиссии, проводившей экспертизу профессиональной пригодности.

15. Направление извещения об установлении предварительного диагноза профессионального заболевания в ЦГСЭН ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» (дополнительный этап).

16. Обобщение результатов проведения предварительных медицинских осмотров.

17. Составление Заключительного акта. Выходная информация – заключительный акт.

18. В случае если у работников отсутствуют противопоказания, осуществляется допуск к работе. Если противопоказания выявлены - осуществляется отстранение от работы.

Выполнение работ в ходе описанной процедуры обеспечивают:

- Начальник ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве».
- Начальник ЦГСЭН ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве».
- Заместитель начальника Клинического госпиталя по медицинской части.
- Председатель профсоюзного комитета.
- Специалист по охране труда.
- Руководители структурных подразделений.
- Врачебная комиссия – члены врачебной комиссии и врач-профпатолог.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются: выявление или подтверждение отсутствия противопоказаний к работе.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет врачебная комиссия. Способом контроля является проведение необходимых исследований и осмотров врачами-специалистами.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- нарушение трудового законодательства;
- ухудшение здоровья работников вследствие наличия противопоказаний к работе в условиях воздействия выявленных на рабочем месте вредных факторов.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- четкое определение объемов осмотра врачами;
- добросовестное и качественное проведение медицинского осмотра врачами-специалистами;
- повышение квалификации врачей-специалистов в области «Профпатология».

Процесс «Расследование и учет несчастных случаев». Ежегодно в российском здравоохранении фиксируются несчастные случаи, в том числе с тяжелой степенью тяжести и со смертельным исходом, что подтверждается документами органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации. Все они подлежат расследованию.

Процесс расследования и учета несчастных случаев регламентирован ст. 228, ст.229 Трудового кодекса Российской Федерации, Постановлением Минтруда России от 24.10.2002 № 73 и включает 15 этапов:

1. Оказание первой помощи пострадавшему, при необходимости доставка пострадавшего в больницу.
2. Предотвращение развития чрезвычайной ситуации. Бизнес-правило этапа: по возможности, необходимо сохранить обстановку на месте происшествия и зафиксировать ее на фото или видео.
3. Получение заключения о тяжести травмы.
4. Направление извещения о несчастном случае в ФСС и ГИТ. Выходная информация - извещение о несчастном случае. Бизнес-правило этапа: извещение необходимо направить в течение суток.
5. Издание приказа о расследовании несчастного случая (выходная информация этапа - приказ о расследовании несчастного случая). Бизнес-

правило этапа: председатель комиссии - работодатель; члены комиссии: специалист по охране труда, представители работодателя, представители профсоюза, представитель Ростехнадзора (если несчастный случай произошел на ОПО), представители Роспотребнадзора (при остром отравлении работника).

6. Расследование его обстоятельств. Бизнес-правило этапа: в случае легкого несчастного случая срок расследования составляет 3 дня, при групповом, тяжелом несчастном случае, случае со смертельным исходом – 15 дней.

7. Оформление материалов расследования. Выходная информация этапа: протокол осмотра места несчастного случая, протокол опроса пострадавшего при несчастном случае (очевидца, должностного лица), акт о расследовании несчастного случая. Бизнес-правило этапа: извещение необходимо направить в течение суток.

8. Оформление акта по форме Н-1 (если несчастный случай признан связанным с производством).

9. Регистрация несчастного случая. Выходная информация этапа - запись в журнале регистрации несчастных случаев.

10. Рассылка материалов дела.

11. Сообщение о последствиях несчастного случая и принятых мерах после выхода работника на работу.

12. Хранения материалов расследования. Бизнес-правило: хранение осуществляется в течение 45 лет.

13. Оформление акта по форме 4 (если несчастный случай не признан связанным с производством).

14. Рассылка материалов дела.

15. Хранение материалов расследования. Реализация работ на данном этапе осуществляется в соответствии со следующим бизнес-правилом: хранение осуществляется в течение 45 лет.

Выполнение работ в ходе описываемой процедуры обеспечивают:

- Структурные подразделения – очевидцы и руководитель структурного подразделения.

- Обеспечивающий персонал - специалист по охране труда.
- Члены комиссии по расследованию несчастного случая.

Вариативность (вариабельность) процесса практически не осуществима виду его жесткой регламентации федеральными нормативными документами.

Целевым показателем (индикаторами) процесса является выяснение причины несчастного случая.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляют надзорные органы (Государственная инспекция труда, Роспотребнадзор (в случае если произошло острое отравление), Ростехнадзор (в случае, если несчастный случай произошел на опасном производственном объекте).

Способами контроля являются:

- контроль процесса расследования;
- проверка материалов дела.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- нарушение трудового законодательства;
- наложение штрафных санкций на должностное или юридическое лицо.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- своевременное информирование администрации о произошедшем несчастном случае;
- четкое соблюдение законодательства в части расследования несчастных случаев.

Методические подходы к формированию моделей процессов контроля технического состояния и обслуживания оборудования.

Медицинская организация может эффективно выполнять свои задачи только при достаточном оснащении техникой и ее работоспособном состоянии. Современная медицинская техника является сложной, наукоемкой, дорогостоящей, что повышает требования к качеству ее технического обслуживания (Малиновский А.В., 2012; Щербакова А.А., 2011).

В проекте «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» отмечено, что эффективное функционирование системы здравоохранения определяется основными системообразующими факторами, в том числе развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических организаций на основе инновационных подходов и принципа стандартизации.

В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сформирована статья 38 «Медицинские изделия», которая определяет принадлежность изделия к медицинским изделиям. Техническое обслуживание (ТО) медицинского оборудования достаточно сложный процесс и требует вложения финансовых средств, но без него любое медицинское оборудование в очень короткое время приходит в негодность, производители этого оборудования снимают свои гарантии и, в результате, лечебно-профилактические организации несут очень большие финансовые потери. Не стоит забывать о необходимости технического обслуживания медицинского оборудования и по той причине, что в случае выхода из строя медицинского оборудования здоровье и жизни пациентов и медперсонала могут оказаться в опасности (Баранов В.Н., Акмашев В.А., Бочков М.С., 2013) (Письмо Росздравнадзора от 09.06.2009 г. № 05-МС-532 «Виды работ, включенные в понятие "техническое обслуживание медицинской техники"»).

Техническое обслуживание медицинской техники осуществляется в соответствии с методическими рекомендациями «Техническое обслуживание медицинской техники», утвержденными приказом Минздрава РФ от 27.10.2003 № 293-22/233 и включает в себя: контроль технического состояния; периодическое и текущее техническое обслуживание; текущий ремонт, ведение журнала технического обслуживания медицинской техники. Также, в Российской Федерации введен ГОСТ по техническому обслуживанию медицинского оборудования (ГОСТ Р 57501-2017).

Процесс «Контроль технического состояния оборудования перед использованием». Инициацией процесса контроля технического состояния оборудования перед использованием является Инструкция по эксплуатации оборудования (раздел «подготовка к работе»). Весь процесс осуществляется в соответствии со следующим бизнес - правилом: обязательное проведение непосредственно перед использованием оборудования.

Данный бизнес-процесс включает 10 этапов:

1. Внешний осмотр изделий, включающий, главным образом, визуальный и органолептический контроль технического состояния.
2. Проверка комплектности основных составных частей.
3. Проверка заправки изделия эксплуатационными расходными материалами (смазочными, регистрационными материалами, жидкостями, газами и т.п.), проверка отсутствия утечки, просачивания и т.д.
4. Проверка исходных положений органов управления, устройств контроля и сигнализации.
5. Проверка подключения и исправности средств заземления.
6. Контрольные операции, специфические для данного вида изделия, позволяющие определить допустимость применения изделия по назначению.
7. Контрольные операции, специфические для данного вида изделия, позволяющие определить допустимость применения изделия по назначению.

8. Эксплуатация (если по результатам предыдущих этапов оборудование признается исправным).

9. Вывод оборудования из эксплуатации (если по результатам предыдущих этапов оборудование признается неисправным).

10. Подача заявки на ремонт/техническое обслуживание. Выходная информация - заявка на ремонт/техническое обслуживание.

Выполнение работ на описанных этапах обеспечивает персонал, эксплуатирующий данное оборудование.

Вариативность (вариабельность) процесса допустима в части изменения последовательности выполнения компонентов процесса.

Целевым показателем (индикатором) процесса является определение вида технического состояния оборудования (исправно/ неисправно).

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет эксплуатирующий персонал структурных подразделений МО. Способами контроля являются:

- внешний осмотр;
- проведение контрольных операций.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу;
- поломка или авария.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- проведение инструктажей по работе с оборудованием;
- неукоснительное следование инструкциям (руководствам) по эксплуатации оборудования.

Процесс «Плановый контроль технического состояния оборудования». Инициацией процесса планового контроля технического

состояния оборудования является Инструкция по эксплуатации оборудования (раздел «Контроль технического состояния») и план проведения контроля технического состояния. Весь процесс осуществляется в соответствии со следующим бизнес - правилом: проводится в плановом порядке в установленные сроки, периодичность определена эксплуатационной документацией. Описываемая модель бизнес-процесса включает 12 этапов:

1. Проведение операции текущего контроля технического состояния.
2. Тщательный контроль состояния всех узлов, деталей, механизмов, подверженных износу и старению, при необходимости, сопровождающийся частичной разборкой.
3. Выявление наличия видимых повреждений покрытий, следов коррозии, нарушения герметизации, уплотнений, течей магистралей и трубопроводов.
4. Выявление видимых повреждений покрытий, следов коррозии, нарушения герметизации, уплотнений, течей магистралей и трубопроводов
5. Осмотр и проверка действия всех защитных устройств, блокировок, экранов, ограждений, защитных стекол.
6. Осмотр и проверка комплектности оборудования, съемных приспособлений и комплекта ЗИП.
7. Проверка наличия, состояния и ведения эксплуатационной документации.
8. Метрологический контроль средств измерений.
9. Другие контрольные операции, обусловленные спецификой изделия, указанные в эксплуатационной документации.
10. Эксплуатация (если по результатам предыдущих этапов установлено, что оборудование не достигло предельного состояния).
Выходная информация – запись в журнале эксплуатации.

11. Вывод оборудования из эксплуатации (если по результатам предыдущих этапов установлено, что оборудование достигло предельного состояния).

12. Подача заявки на ремонт/техническое обслуживание. Выходная информация - заявка на ремонт/техническое обслуживание.

Выполнение работ в ходе процесса осуществляют:

- Обслуживающая организация – инженер.
- Структурные подразделения – лица, эксплуатирующие оборудование

Вариативность процесса допустима в аспекте изменения последовательности выполнения работ (компонентов).

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются: определение степени изменения технического состояния после предыдущего планового контроля, выявление изношенных или поврежденных частей.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет инженер обслуживающей организации.

Способами контроля являются:

- внешний осмотр;
- проведение контрольных операций;
- измерительный контроль;
- метрологический контроль.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу;
- поломка или авария.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- выбор добросовестной обслуживающей организации, обеспечивающей качественное обслуживание оборудования;
- своевременное и качественное техническое обслуживание оборудования.

Процесс «Текущий контроль технического состояния оборудования». Инициацией процесса текущего контроля технического состояния оборудования является Инструкция по эксплуатации оборудования (раздел «проверка технического состояния»). Весь процесс осуществляется в соответствии со следующим бизнес - правилом: проводится с целью установления необходимости выполнения непланового (текущего) технического обслуживания и определения его содержания, объемов и способов выполнения. Данный процесс включает 10 этапов:

1. Проведение операции контроля технического состояния перед использованием.
 2. Наружный и внутренний осмотр основных составных частей оборудования (без разборки).
 3. Проверка действия основных механизмов, приводов и т.п.
 4. Контроль функционирования изделия в целом при выполнении им основной части или всех функций, обусловленных назначением изделия.
 5. Другие контрольные операции, специфические для данного оборудования.
 6. Измерительный контроль основных технических характеристик оборудования.
 7. Контрольные операции, специфические для оборудования, позволяющие определить допустимость применения изделия по назначению.
 8. Эксплуатация (если по результатам предыдущих этапов установлено, что оборудование не достигло предельного состояния).
- Выходная информация – запись в журнале эксплуатации.

9. Вывод оборудования из эксплуатации (если по результатам предыдущих этапов установлено, что оборудование достигло предельного состояния).

10. Подача заявки на ремонт/техническое обслуживание. Выходная информация - заявка на ремонт/техническое обслуживание.

Выполнение работ в ходе процесса осуществляют:

- Обслуживающая организация – инженер.
- Структурные подразделения – лица, эксплуатирующие оборудование.

Вариативность (вариабельность) процесса возможна в части изменения последовательности компонентов процесса.

Целевым показателем (индикатором) процесса является определение вида технического состояния оборудования (работоспособно/неработоспособно).

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет инженер обслуживающей организации. Способами контроля являются:

- внешний осмотр;
- проведение контрольных операций;
- измерительный контроль.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу;
- поломка или авария.

Их устранению (снижению интенсивности) способствует выбор добросовестной обслуживающей организации, обеспечивающей качественное обслуживание оборудования.

Процесс «Плановое техническое обслуживание оборудования».
Инициацией процесса планового технического обслуживания (ТО)

оборудования является план проведения технического обслуживания. Процесс осуществляется в соответствии со следующим бизнес – правилом: назначением планового ТО является проведение настроечно-регулирующих и планово-предупредительных работ, обеспечивающих безотказное функционирование в течение периода до следующего планового КТС.

Описываемый процесс включает 10 этапов:

1. Работы текущего технического обслуживания.
2. Удаление пыли, грязи, следов коррозии и окисления на внутренних поверхностях корпуса изделия и его составных частей (с частичной блочно-узловой разборкой).
3. Чистка, смазка и, при необходимости, переборка основных механизмов.
4. Замена смазки и рабочих жидкостей (в соответствии с плановыми сроками).
5. Подкраска очищенных от коррозии оголенных мест на наружных и внутренних поверхностях корпусов, кожухов, панелей и т.п.
6. Полная комплексная настройка и регулировка изделий.
7. Планово-предупредительные работы, специфические для данного оборудования, необходимость, состав и содержание которых установлено в эксплуатационной документации.
8. Эксплуатация (если по результатам предыдущих этапов установлено, что оборудование исправно). Выходная информация – запись в журнале эксплуатации.
9. Вывод оборудования из эксплуатации (если по результатам предыдущих этапов установлено, что оборудование неисправно).
10. Подача заявки на ремонт/техническое обслуживание. Выходная информация - заявка на ремонт/техническое обслуживание.

Выполнение работ в ходе процесса осуществляют:

- Обслуживающая организация – инженер.

- Структурные подразделения – лица, эксплуатирующие оборудование.

Вариативность (вариабельность) процесса может быть осуществлена в аспекте изменения последовательности компонентов процесса.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются: выявление и предупреждение отказов и неисправностей оборудования.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет инженер обслуживающей организации.

Способами контроля являются:

- внешний осмотр;
- проведение контрольных операций;
- измерительный контроль.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу;
- поломка или авария.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- выбор добросовестной обслуживающей организации, обеспечивающей качественное обслуживание оборудования;
- своевременное и качественное выполнение работ, обеспечивающих работоспособность оборудования.

Инициацией процесса текущего технического обслуживания (ТО) оборудования является заявка на проведение технического обслуживания.

Процесс осуществляется в соответствии со следующими бизнес - правилами:

- текущее ТО выполняется при необходимости, по результатам текущего КТС;

– содержание, порядок и правила проведения предусмотренных для данного оборудования ТО указывается в эксплуатационных документах.

Процесс «Текущее техническое обслуживание». Инициацией процесса текущего технического обслуживания (ТО) оборудования является заявка на проведение технического обслуживания. Процесс осуществляется в соответствии со следующими бизнес - правилами:

– текущее ТО выполняется при необходимости, по результатам текущего КТС;

– содержание, порядок и правила проведения предусмотренных для данного оборудования ТО указывается в эксплуатационных документах.

Процесс включает 10 этапов:

1. Протирка и очистка изделия от пыли, грязи, экссудатов и т.п. в целом и его составных частей (без разборки).

2. Удаление следов коррозии и окисления с наружных поверхностей изделия.

3. Смазка основных механизмов и узлов (в соответствии с таблицей смазки).

4. Затяжка всех ослабленных крепежных элементов, уплотнений, сальников и т.п.

5. Дозаправка изделия расходными материалами, жидкостями, газами и т.п.

6. Замена отказавших предохранителей, индикаторных лампочек и т.п.

7. Текущие планово-предупредительные работы, специфические для данного оборудования, необходимость, состав и содержание которых установлено в эксплуатационной документации.

8. Эксплуатация (если по результатам предыдущих этапов установлено, что оборудование исправно). Выходная информация – запись в журнале эксплуатации.

9. Вывод оборудования из эксплуатации (если по результатам предыдущих этапов установлено, что оборудование неисправно).

10. Подача заявки на ремонт/техническое обслуживание. Выходная информация - заявка на ремонт/техническое обслуживание.

Выполнение работ в ходе процесса осуществляют:

- Обслуживающая организация – инженер.
- Структурные подразделения – лица, эксплуатирующие оборудование

Вариабельность (вариативность) процесса допустима в части изменения порядка выполнения компонентов процесса.

Целевыми показателями (индикаторами) процесса являются: выявление и предупреждение отказов и неисправностей оборудования.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет инженер обслуживающей организации. Способами контроля являются: внешний осмотр, проведение контрольных операций, измерительный контроль.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу;
- поломка или авария.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- выбор добросовестной обслуживающей организации, обеспечивающей качественное обслуживание оборудования;
- своевременное и качественное выполнение работ, обеспечивающих работоспособность оборудования.

Процесс «Ремонт оборудования». Инициацией процесса ремонта оборудования является заявка на ремонт. Весь процесс осуществляется в соответствии со следующим бизнес - правилом: планирование среднего

ремонта (СР) изделий должно осуществляться разработчиком в нормативно-технической документации на основе значений средних сроков службы (ресурсов) до среднего ремонта и до списания. Данный процесс включает 13 этапов:

1. Выбор исполнителей для проведения ремонта оборудования.
2. Заключение договора на проведение ремонтных работ.
3. Диагностика и приемка оборудования в ремонт.
4. Разборка на узлы и очистка деталей оборудования. Входной информацией этапа является уточненная информация о неисправностях.
5. Контроль и сортировка деталей.
6. Ремонт детали (дополнительный если по результатам этапа контроля и сортировки деталь не подлежит дальнейшей эксплуатации и подлежит ремонту).
7. Контроль качества ремонта (дополнительный этап в случае реализации этапа 6).
8. списание негодной детали «разложен» (если по результатам этапа контроля и сортировки, деталь не подлежит дальнейшей эксплуатации и не подлежит ремонту)
9. Замена на новую деталь (дополнительный этап в случае реализации этапа 8).
10. Сборка узлов оборудования (если, по результатам этапа контроля и сортировки, деталь подлежит дальнейшей эксплуатации, или проведен ее ремонт или замена).
11. Испытание узлов оборудования.
12. Общая сборка и тестирование оборудования.
13. Приемка оборудования и передача его в эксплуатацию (если по результатам тестирования установлено, что оборудование исправно). Если по результатам тестирования установлено, что оборудование не исправно, осуществляется его списание.

Реализацию работ в ходе описываемой процедуры осуществляют:

- Администрация – заместитель начальника по тылу.
- Обслуживающая организация – инженер.

Вариативность (вариабельность) процесса ввиду его регламентации практически отсутствует.

Целевым показателем (индикатором) процесса является восстановление первоначальных эксплуатационных параметров оборудования.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет инженер обслуживающей организации. Способом контроля является проведение диагностики оборудования.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу;
- простой в работе.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- выбор добросовестной обслуживающей организации, обеспечивающей качественный ремонт оборудования;
- своевременное и качественное выполнение работ, обеспечивающих работоспособность оборудования.

Процесс «Использование автотранспорта». Процесс использования автотранспорта медицинскими организациями регламентирован приказом МВД России от 31.12.2013г. № 1045. Как мы считаем, модель процесса, сформированная на основании указанного приказа МВД России, может применяться и в других медицинских организациях.

Инициацией процесса использования автотранспорта является заявка на предоставление транспортного средства. Разработанная нами модель процесса включает 16 этапов:

1. Сбор заявок о предоставлении транспортных средств.
2. Подбор транспортных средств.
3. Осмотр (всех транспортных средств).
4. Устранение неисправностей (дополнительный этап в случае их выявления).
5. Направление автомобиля на ремонт в автохозяйство (дополнительный этап, если неисправность не устранена).
6. Назначение водителей.
7. Предрейсовый осмотр водителей. Выходная информация - запись в журнале регистрации предрейсовых медицинских осмотров.
8. Отстранения от управления транспортным средством (дополнительный этап, если по результатам предрейсового осмотра у водителя выявлены противопоказания к управлению транспортным средством).
9. Формирования маршрута движения транспортных средств.
10. Оформление путевой документации. Выходная информация этапа - сформирован путевой лист.
11. Выполнение рейсов.
12. Контроль исполнения рейсов.
13. Осмотр автомобиля.
14. Устранение неисправности (дополнительный этап, если по результатам осмотра выявлена неисправность).
15. Направление автомобиля на ремонт в автохозяйство (дополнительный этап, если неисправность не устранена).
16. Передача автомобиля следующей смене (если по результатам предыдущих этапов неисправности не выявлены или устранены).

Выполнение работ в ходе описываемой процедуры обеспечивают:

- оперативный отдел – медицинская сестра.
- Обеспечивающий персонал – старший водитель и водитель.
- Приемное отделение – врач-терапевт.

Вариабельность процесса допустима по компонентам (например, за каждой машиной может быть закреплен определенный водитель; в этом случае отсутствует компонент назначения водителя).

Целевым показателем (индикатором) процесса является выполнение заявок на выделение транспортных средств.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляет старший водитель обеспечивающего персонала (в иных медицинских организациях - сотрудник из числа лиц административно-хозяйственного персонала, на которого возложены соответствующие должностные обязанности). Способами контроля являются: визуальный осмотр, контроль оформления документации.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- невыполнение плана работы на день;
- допуск в эксплуатацию неисправного транспортного средства;
- допуск к работе водителя с наличием противопоказаний к управлению транспортными средствами;
- повреждение транспортных средств;
- причинение вреда здоровью водителя или пассажиров транспортного средства;
- нерациональное расходование топлива.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- ежедневный контроль состояния транспортных средств;
- качественное проведение предрейсовых медицинских осмотров;
- тщательное планирование маршрутов движения транспортных средств.

Процесс «Списание основных средств». Списание основных средств в бюджетных медицинских организациях – это процедура, которая

регулируется правовыми актами на нескольких уровнях одновременно. Списание основных средств в медицинских организациях МВД России регламентировано приказом МВД России от 16.09.2016 № 537.

Инициацией процесса является перечень основных средств, подлежащих списанию. Бизнес-процесс включает 18 этапов:

1. Формирование комиссии по списанию.
2. Осмотр имущества.
3. Оценка целесообразности (пригодности) дальнейшего использования имущества, возможности и эффективности его восстановления, возможности использования отдельных узлов, деталей, конструкций, материалов.
4. Определение причин списания.
5. Формирования и направления комплекта документов в ДТ МВД России, в случае списания имущества с первоначальной стоимостью свыше 500 тыс. руб. Если первоначальная стоимость менее 500 тыс. руб. – комплект документов направляется в Государственное управление МВД России по городу Москве.
6. Согласование решения о списании.
7. Возврат документов с обоснованием причин отказа (дополнительный этап, если по результатам согласования не получен положительный результат).
8. Устранение недостатков и осуществление возврата к этапу направления документов для согласования. Этапы будут повторяться до момента получения положительных результатов согласования.
9. Возврат документов, необходимых для списания с письмом-согласованием (в случае положительного результата согласования). Выходная информация этапа - письмо-согласование.
10. Демонтаж (разборка) оборудования.

11. Учета пригодного имущества для дальнейшего использования (дополнительный этап если обнаружены годные для использования запасные части).

12. Учет драгоценных, черных и цветных металлов (дополнительный этап, если обнаружены драгоценные, черные или цветные металлы).

13. Сдача драгоценных, черных и цветных металлов (дополнительный этап в случае реализации этапа 12)

14. Списание с баланса.

15. Направление комплекта документов о списании в Федеральное агентство по управлению государственным имуществом (дополнительный этап при первоначальной стоимости оборудования свыше 500 тыс. руб.).

Реализацию работ в ходе данной процедуры осуществляют:

- Администрация – начальник КГ.
- Комиссия по списанию – члены комиссии.
- Обеспечивающий персонал - рабочий по комплексному обслуживанию и ремонту зданий.
- Бухгалтерия – бухгалтер.

Вариативность процесса практически отсутствует, т.к. данный процесс достаточно жестко регламентирован.

Целевым показателем (индикатором) процесса является списание устаревших и непригодных к эксплуатации материальных ценностей с баланса.

Мониторинг (контроль) выполнения процесса осуществляют руководитель МО (также уполномоченные структуры и должностные лица вышестоящих организаций, с которыми в соответствии с нормативными актами должно проводиться согласование процесса списания). Способом контроля является проверка оформления документации и сроков списания.

Основными факторами риска невыполнения или несвоевременного выполнения процесса являются:

- нарушение законодательства, регламентирующего процесс списания материальных ценностей;
- наложение штрафных санкций на должностное или юридическое лицо.

Их устранению (снижению интенсивности) способствуют следующие действия:

- качественное и своевременное оформление документации, необходимой для списания;
- четкое соблюдение сроков списания;
- четкое исполнение законодательства в части списания материальных ценностей с баланса.

Комплексная модель вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации

Таким образом все данные модели в совокупности формируют комплексную типовую модель бизнес-процессов медицинской организации.

Комплексная типовая модель представляет собой совокупность частных бизнес-моделей.

В нашем исследовании комплексная типовая модель сформирована в составе как вспомогательных, так и лечебно-диагностических процессов. Используются модели лечебно-диагностических процессов, разработанные Берсеновой Е.А. (2006). Основная задача при создании комплексной модели – формирование взаимосвязей между процессами.

Модель представлена в виде блок-схемы. Процессы отражены укрупненно, без детализации. На схеме отражены блоками. Взаимосвязи между процессами показаны линиями, соединяющими блоки (процессы).

Значимость наличия комплексной модели определяется тем, что она является основой создания АИС «Мониторинг вспомогательных бизнес-процессов».

Комплексная модель вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации представлена на следующем рисунке (Рисунок 29).

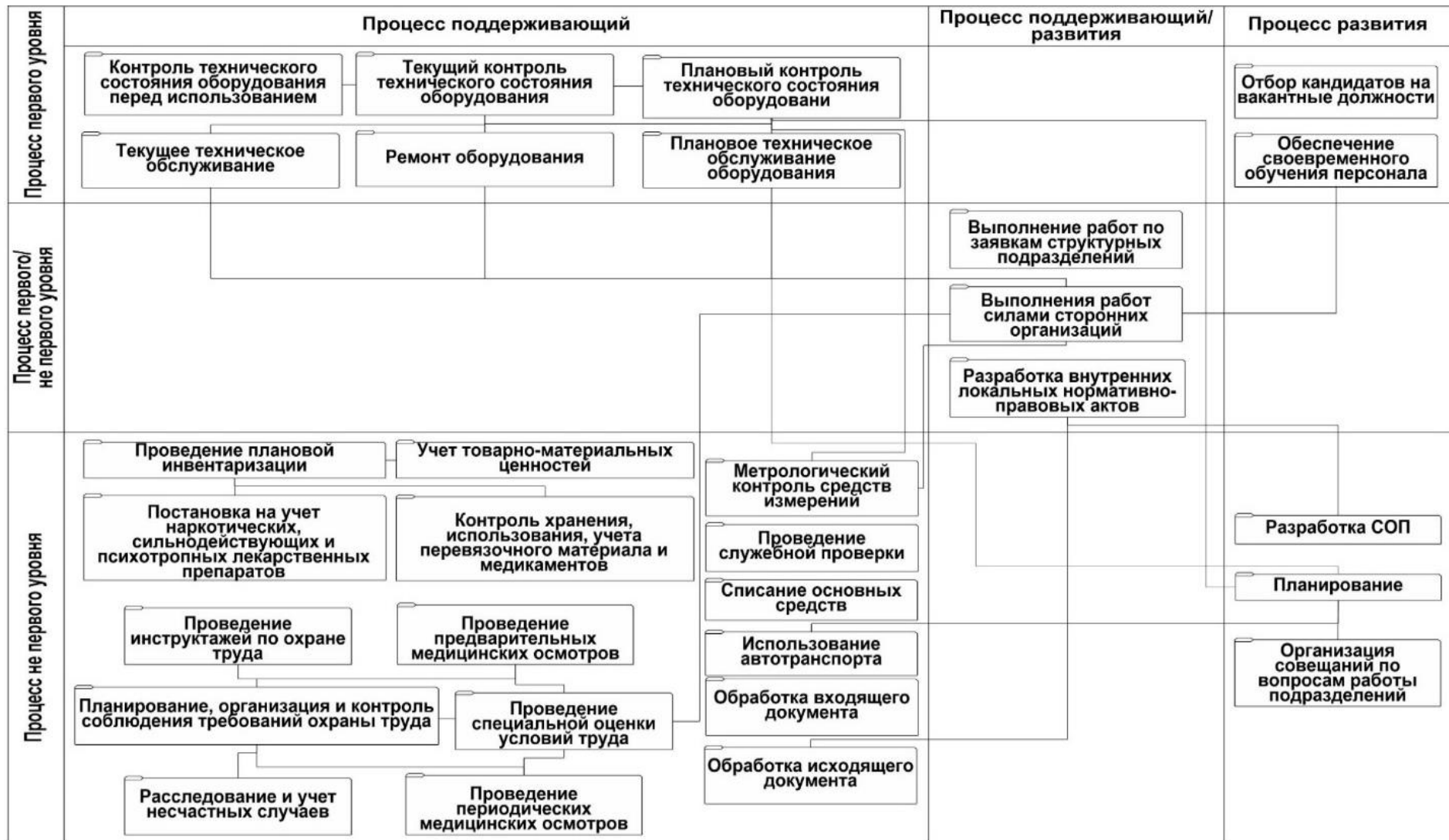


Рисунок 29. Комплексная модель вспомогательных бизнес-процессов

6.3. Методические подходы и результаты оценки трудоемкости бизнес-процессов на основе методики функционально-стоимостного анализа в медицинской организации

Модель процесса в графической форме представления является удобным инструментом для последующей оценки трудоемкости тех или иных функций, являющихся компонентами бизнес-процессов. Для этого в исследовании использован один из методов финансового анализа - метод функционально-стоимостного анализа в сочетании с экспертной оценкой (далее – ФСА).

Функционально-стоимостной анализ (ФСА, Activity Based Costing, ABC) - это технология, позволяющая оценить реальную стоимость продукта или услуги относительно к организационной структуре компании. Как прямые, так и косвенные расходы распределяются по продуктам и услугам в зависимости от объема ресурсов, требуемых на каждом из этапов производства. Действия, производимые на этих этапах, в контексте метода ФСА называются функциями (activities). Цель ФСА состоит в обеспечении правильного распределения средств, выделяемых на производство продукции или оказание услуг, по прямым и косвенным издержкам. Это позволяет наиболее реалистично оценивать расходы компании.

Начальными этапами алгоритма ФСА являются:

- определение последовательности функций (деятельности), необходимой для производства товара или услуги;
- определение годовых затрат и количества рабочих часов для производства товара или услуги (Электронный ресурс; https://www.cfin.ru/management/controlling/iso_abc.shtml).

Таким образом, определение трудоемкости процесса является одним из компонентов ФСА.

Целесообразность такой оценки в составе модели вспомогательного бизнес-процесса обоснована тем, что она, в определенной мере, с

использованием иных методических подходов позволяет оценить обоснованность принятых нормативов (например, штатных). Но самое важное для данного исследования, что применение данного подхода позволяет разделить трудоемкость для работ, проводимых периодически и работ, проводимых на постоянной основе. Это позволяет сформировать обоснование для пересмотра штатной структуры медицинской организации.

Возможность экспертного подхода к получению оценочных показателей при проведении ФСА обоснована в ряде научных публикаций (Наумова Н.А., 2014; Акимов В.А., Дурнев Р.А., Жданенко И.В., 2012; Корпачева А.М., 2016). Также стоит отметить, что ФСА, в отличие от других методов анализа, применяемых при формировании нормативов и оценке стоимости, предоставляет информацию в понятной для сотрудников форме (Джаубаева Ф.Ю., 2015; Дегтева В.С., 2016, Костикова А.Ю., 2015).

При таком подходе очень важно, что сотрудникам и специалистам понятны подходы к получению информации. Полученная таким образом информация о трудоемкости процесса в последующем может стать основой его нормирования и определения штатной структуры.

Хронометрирование, конечно, на сегодня является более научно обоснованным подходом. Но хронометрирование учитывает «чистое» время трудозатрат, что, к сожалению, редко ожидаемо в условиях деятельности персонала медицинской организации, выполняющего вспомогательные процессы. Хронометрирование практически не подходит для оценки трудоемкости процессов управления и разработки документов, которые, имея одно и то же повторяющееся наименование, могут абсолютно различаться по объему и сложности работы в зависимости от различных входящих обстоятельств. Метод прямого наблюдения в этом случае также не применим.

В настоящее время ФСА в сочетании с экспертными методиками используется в различных отраслях, но не имеет широкого применения в

процессах организации работ и управления в медицинской организации и здравоохранении.

В проведенном исследовании оценку трудоемкости компонентов процессов проводила рабочая группа по формированию моделей бизнес-процессов. На основе спроектированной модели процесса данная группа формировала оценку трудоемкости для стационарной медицинской организации, штат которого составляет 878 должностей медицинского персонала. Оценка трудоемкости была проведена в разрезе подпроцессов (компонентов процесса) и сформирована во временных параметрах.

Для проведения оценки была разработана анкета. Форма анкеты приведена ниже.

Оценка трудоемкости процесса /наименование процесса/

Код эксперта _____

Этап (под-процесс)	Периодичность выполнения подпроцесса	Подразделение, должность (исполнители)	Число часов/минут (для указанной периодичности)	
			Безусловные трудозатраты	Дополнительные трудозатраты*)

*) могут отсутствовать

Результаты оценки получены на основе расчета средних по данным, полученным от членов рабочей группы.

Для оценки возможности использования результатов оценки проводился расчет стандартного отклонения (СТАНДОКЛОНА в версии Microsoft Office Excel-10). Для повышения точности результатов результаты корректировались. Принималось следующее требование: не должно быть отрицательных результатов (по смысловому значению информации), все результаты должны находиться в пределах 3-х сигм (3S). Если данное требование для той иной совокупности оценок экспертов не соблюдалось, то проводилась корректировка данных. При корректировке последовательно исключались оценки с наибольшим отклонением от средней величины.

Данная операция проводилась до достижения требований. Полученное значение средней учитывалась как средняя оценка членов рабочей группы (Таблица 32, Таблица 33). Пример расчетов показан на рисунке (Рисунок 30).

	Данные исследования			Корректировка 1			Корректировка 2			Корректировка 3		
	Трудоём. (час.)	ЧЭ от средн.	Отклон. от средн.	Трудоём. (час.)	ЧЭ от средн.	Отклон. от средн.	Трудоём. (час.)	ЧЭ от средн.	Отклон. от средн.	Трудоём. (час.)	ЧЭ от средн.	Отклон. от средн.
Эксперт 1	5	1	5,3	5	1	1,6	5	1	2,1	5	1	2,1
Эксперт 2	7	1	3,3	7	1	-0,4	7	1	0,1	7	1	0,1
Эксперт 3	8	1	2,3	8	1	-1,4	8	1	-0,9	8	1	-0,9
Эксперт 4	9	1	1,3	9	1	-2,4	9	1	-1,9	9	1	-1,9
Эксперт 5	11	1	-0,7	11	1	-4,4	11	1	-3,9	x	x	x
Эксперт 6	2	1	8,3	2	1	4,6	x	x	x	x	x	x
Эксперт 6	3	1	7,3	3	1	3,6	3	1	4,1	3	1	4,1
Эксперт 7	4	1	6,3	4	1	2,6	4	1	3,1	4	1	3,1
Эксперт 8	7	1	3,3	7	1	-0,4	7	1	0,1	7	1	0,1
Эксперт 9	8	1	2,3	8	1	-1,4	8	1	-0,9	8	1	-0,9
Эксперт 10	9	1	1,3	9	1	-2,4	9	1	-1,9	9	1	-1,9
Эксперт 11	50	1	-39,7	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Итого	123	12	x	73	11	x	71	10	x	60	9	x
Средн.	10,3	x	6,6	x	x	7,10	x	x	6,7	x	x	x
σ	12,8	x	2,8	x	x	2,5	x	x	2,1	x	x	x
Средн. -3σ	-28,2	x	-1,8	x	x	-0,4	x	x	0,4	x	x	x
Средн. +3σ	48,7	x	15,0	x	x	14,6	x	x	13,0	x	x	x
Число значений +/-3σ	11	x	11	x	x	10	x	x	9	x	x	x

Рисунок 30. Пример расчетов трудоемкости на основании экспертной оценки

Таблица 6. Средняя оценка членов рабочей группы (корректировка 1)

	Данные исследования			Корректировка 1		
	Трудоём. (час.)	ЧЭ	Отклон. от средн.	Трудоём. (час.)	ЧЭ	Отклон. от средн.
Эксперт 1	5	1	5,3	5	1	1,6
Эксперт 2	7	1	3,3	7	1	-0,4
Эксперт 3	8	1	2,3	8	1	-1,4
Эксперт 4	9	1	1,3	9	1	-2,4
Эксперт 5	11	1	-0,7	11	1	-4,4
Эксперт 6	2	1	8,3	2	1	4,6
Эксперт 6	3	1	7,3	3	1	3,6
Эксперт 7	4	1	6,3	4	1	2,6
Эксперт 8	7	1	3,3	7	1	-0,4
Эксперт 9	8	1	2,3	8	1	-1,4
Эксперт 10	9	1	1,3	9	1	-2,4
Эксперт 11	50	1	-39,7	x	x	x
Итого	123	12	x	73	11	x
Средн.	10,3	x	6,6	x	x	x
σ	12,8	x	2,8	x	x	x
Средн. -3σ	-28,2	x	-1,8	x	x	x
Средн. +3σ	48,7	x	15,0	x	x	x
Число значений +/-3σ	11	x	11	x	x	x

Весовые коэффициенты (в зависимости от должности или выполняемой работы по охране труда) не применялись. Также не разрабатывалась оптимистическая и пессимистическая оценки.

В соответствии с концепцией ФСА первым этапом оценки проводилась оценка трудозатрат на реализацию функций. Вторым этапом – разбивка трудозатрат по ролям исполнителей в соответствии с разработанными моделями бизнес-процессов и по функциям постоянным и периодическим.

Таблица 7. Средняя оценка членов рабочей группы (корректировка 2 и 3)

	Корректировка 2			Корректировка 3		
	Трудоем. (час.)	ЧЭ	Отклон. от средн.	Трудоем. (час.)	ЧЭ	Отклон. от средн.
Эксперт 1	5	1	2,1	5	1	2,1
Эксперт 2	7	1	0,1	7	1	0,1
Эксперт 3	8	1	-0,9	8	1	-0,9
Эксперт 4	9	1	-1,9	9	1	-1,9
Эксперт 5	11	1	-3,9	х	х	х
Эксперт 6	х	х	х	х	х	х
Эксперт 6	3	1	4,1	3	1	4,1
Эксперт 7	4	1	3,1	4	1	3,1
Эксперт 8	7	1	0,1	7	1	0,1
Эксперт 9	8	1	-0,9	8	1	-0,9
Эксперт 10	9	1	-1,9	9	1	-1,9
Эксперт 11	х	х	х	х	х	х
Итого	71	10	х	60	9	х
Средн.	7,10	х	х	6,7	х	х
О	2,5	х	х	2,1	х	х
Средн. -3О	-0,4	х	х	0,4	х	х
Средн. +3О	14,6	х	х	13,0	х	х
Число значений +/-3О	10	х	х	9	х	х

Результаты оценки трудоемкости вспомогательных бизнес-процессов в соответствии с предложенными методическими подходами в разрезе работ, подразделений и должностей представлены в Приложении 2 «Результаты экспертной оценки трудоемкости вспомогательных бизнес-процессов в разрезе подразделений и должностей».

В нижеследующих таблицах представлены суммарные (без разделения по работам, включенным в бизнес-процесс) результаты оценки трудоемкости вспомогательных бизнес-процессов в разрезе подразделений и должностей.

По нашему мнению, данные результаты свидетельствуют о значительных трудозатратах на вспомогательные бизнес-процессы. В том числе, можно отметить значительные трудозатраты медицинского персонала на работы, относящиеся к вспомогательным бизнес-процессам.

Таблица 34. Результаты экспертной оценки трудоемкости процесса «Разработка СОП» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные*)
Структурные подразделения КГ	Лицо, ответственное за разработку СОП	17 часов 20 минут	1 час 50 минут
Администрация	Начальник КГ	30 минут	
Структурные подразделения КГ	Руководитель структурного подразделения	3 часа	

*) могут отсутствовать

Таблица 35. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса обработки входящего документа (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Делопроизводство	Документовед	1317 ч. 20 мин.	
Администрация	Начальник КГ	185 ч. 15 мин.	
Обеспечивающий персонал	Секретарь	308 ч. 45 мин.	

Таблица 36. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса обработки входящего документа (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Администрация	Начальник КГ	1 час 42 мин.	
Делопроизводство	Документовед	1 час 25 мин.	
Обеспечивающий персонал	Секретарь	1 час 02 мин.	
Структурные подразделения КГ	Исполнитель	4 часа 40 мин.	35 мин.

Таблица 37. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Выполнение работ силами сторонних организаций» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Администрация	Заместитель начальника КГ по тылу	2 часа 15 минут	

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
ОМТиХО	Начальник отдела	11 часов 30 минут	
	Товаровед	9 часов	
Структурные подразделения КГ	Заведующий отделением	1 час 15 минут	
ОМТиХО ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	Начальник отдела		6 часов
Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	Бухгалтер	1 час 30 минут	1 час

Таблица 38. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Выполнение работ по заявкам структурных подразделений» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
ОМТиХО	Начальник отдела	17 часов 15 минут	
Обеспечивающий персонал и персонал по обслуживанию зданий	Исполнитель работ	4 часа	
Структурное подразделение КГ	Материально-ответственное лицо		40 минут

Таблица 39. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса проведения плановой инвентаризации материальных ценностей (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
ОМТиХО	Товаровед	26 часов	
Инвентаризационная комиссия	Члены инвентаризационной комиссии	130 часов	12 часов
Структурные подразделения КГ	Материально-ответственные лица	17 часов	
Бухгалтерия	Бухгалтер	4 часа	4 часа

Таблица 40. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса метрологического контроля средств измерений (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
ОМТиХО ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	Начальник ОМТиХО	6 часов	
Метрологическая служба	Инженер-метролог	8 часов	2 часа
Аккредитованная организация	Эксперт	40 часов	1 час
ОМТиХО	Товаровед		4 часа

Таблица 41. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса разработки внутренних локальных нормативно-правовых актов (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Администрация	Начальник КГ, заместитель начальника	8 часов	
Структурные подразделения КГ	Специалист, ответственный за разработку данного НПА	7 часов	1 час
Делопроизводство	Документовед	35 часов 30 минут	

Таблица 42. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Планирование» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Структурные подразделения КГ	Руководители структурных подразделений	5 часов 10 минут	1 час
	Работники структурных подразделений	460 часов	24 часа

Таблица 43. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса проведения обучения (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Кадровая служба	Специалист по кадрам	6 часов 30 минут	4 часа
Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	Бухгалтер	9 часов	
Аккредитованная	Члены комиссии по	76 часов	2 часа

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
организация	проверке знаний		
Структурные подразделения Клинического госпиталя	Работники структурных подразделений	76 часов 45 минут	2 часа

Таблица 44. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса проведения служебной проверки (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Администрация	Начальник Клинического госпиталя	1 час 20 минут	
Структурное подразделение Клинического госпиталя	Работник, ответственный за проведение служебной проверки	14 часов 10 минут	

Таблица 45. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса организации совещаний (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Структурные подразделения Клинического госпиталя	Заведующий отделением: работники	10 часов 30 минут	15 минут
Структурные подразделения Клинического госпиталя	Работники	3 часа	20 минут
Администрация	Начальник клинического госпиталя		1 час 45 минут

Таблица 46. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса отбора кандидатов на вакантные должности (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Отдел кадров	Специалист отдела кадров	7 часов 45 минут	20 минут
Структурные подразделения КГ	Руководитель структурного подразделения	1 час 15 минут	
Администрация	Администрация; заместитель начальника КГ по тылу	45 минут	
	Администрация; заместитель	1 час 30 минут	

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
	начальника КГ по медицинской части		

Таблица 47. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Осуществление учета товарно-материальных ценностей» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
ОМТиХО	Начальник отдела	3 часа	18 часов
ОМТиХО	Заведующий складом; товаровед	50 часов 20 минут	
Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	Бухгалтер	8 часов	
Структурные подразделения Клинического госпиталя	Материально-ответственные лица		5 часов
Инвентаризационная комиссия	Члены инвентаризационной комиссии	32 часа	

Таблица 48. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Контроль хранения, использования, учета перевязочного материала и медикаментов» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Аптека	Заведующий аптекой; работники аптеки	77:00	2:00
Инвентаризационная комиссия	Члены инвентаризационной комиссии	32:00	
ОМТиХО	Начальник отдела		16:00
Структурные подразделения КГ	Материально-ответственные лица	1:00	

Таблица 49. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Аптека	Заведующий аптекой, работники аптеки	39 часов 50 минут	
ОМТиХО	Начальник отдела		5 часов

**Таблица 50. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса
«Планирование, организация и контроль соблюдения требований
охраны труда» (суммарные)**

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Администрация	Руководитель МУ	70	5
Администрация	Специалист по ОТ	1052	327
Структурное подразделение	Руководитель	130	50
Комиссия по проведению СОУТ	Член комиссии	283	
Отдел материально-технического и хозяйственного обеспечения	Руководитель	16	
Бухгалтерия	Бухгалтер	6	
Комиссия по расследованию несчастных случаев	Член комиссии		144

**Таблица 51. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса
«Проведение специальной оценки условий труда» (суммарные)**

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Администрация	Начальник КГ	1 час	
Комиссия по проведению СОУТ	Члены комиссии	193 часа 20 минут	1 час 40 минут
Организация, проводящая СОУТ	Эксперт	321 час 50 минут	

**Таблица 52. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса
«Проведение инструктажей по охране труда» (суммарные)**

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Обеспечивающий персонал	Специалист по охране труда	5 часов 10 минут	
Структурные подразделения КГ	Заведующий отделением	2 часа 40 минут	3 часа
Структурные подразделения КГ	Руководитель работ		3 часа 30 минут

**Таблица 53. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса
«Проведение предварительных медицинских осмотров» (суммарные)**

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Отдел кадров	Специалист по кадрам	12 часов 20 минут	20 минут
Служба охраны труда	Специалист по охране труда	30 минут	
Врачебная комиссия	Врач-профпатолог; члены врачебной комиссии	50 часов 30 минут	

Таблица 54. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Проведение периодических медицинских осмотров» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	Начальник ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	30 минут	
ЦГСЭН ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	Начальник ЦГСЭН ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	25 минут	
Администрация	Заместитель начальника Клинического госпиталя по медицинской части	2 часа	
Профсоюзный комитет	Председатель профсоюзного комитета	1 час	
Служба охраны труда	Специалист по охране труда	27 часов 15 минут	40 минут
Структурные подразделения КГ	Руководители структурных подразделений	20 часов	
Врачебная комиссия	Врач-профпатолог; члены врачебной комиссии	506 часов 50 минут	2 часа 40 минут

Таблице 55. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Проведение расследования и учета несчастных случаев» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Структурные подразделения КГ	Очевидцы; руководитель структурного подразделения	50 минут	
Служба охраны труда	Специалист по охране труда	23 часа 15 минут	
Комиссия по расследованию несчастного случая	Члены комиссии	При легком 33 часа 10 мин.; При тяжелом 127 часов 10 мин.	

Таблица 56. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Контроль технического состояния оборудования перед использованием» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Структурные подразделения КГ	Эксплуатирующий персонал	6 часов 29 минут	30 минут

Таблица 57. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Плановый контроль технического состояния оборудования» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Структурные подразделения КГ	Эксплуатирующий персонал	6 часов	30 минут
Обслуживающая организация	Инженер	6 часов 15 минут	

Таблица 58. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Текущий контроль технического состояния оборудования» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Структурные подразделения КГ	Эксплуатирующий персонал	6 часов	30 минут
Обслуживающая организация	Инженер	2 часа	

Таблица 59. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Плановое техническое обслуживание» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Обслуживающая организация	Инженер	12 часов 10 минут	
Структурные подразделения КГ	Эксплуатирующий персонал	6 часов	30 минут

Таблица 60. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Текущее техническое обслуживание» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Структурные подразделения КГ	Эксплуатирующий персонал	6 часов	30 минут
Обслуживающая организация	Инженер	5 часов 20 минут	

Таблица 61. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Ремонт оборудования» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Обслуживающая организация	Инженер	7:20	
Администрация	Заместитель начальника КГ по тылу	3:30	4:00

Таблица 62. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса использования автотранспорта (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Оперативный отдел	Медицинская сестра	40 минут	
Обеспечивающий персонал	Старший водитель	3 часа 32 минуты	40 минут
	Водитель	35 минут	1 час
Приемное отделение	Врач-терапевт	25 минут	15 минут

Таблица 63. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Списание основных средств» (суммарные)

Подразделение	Должность	Ежегодные трудозатраты (час.):	
		Безусловные	Дополнительные
Администрация	Начальник КГ	0:30	
Комиссия по списанию КГ	Члены комиссии	23:10	8:00
Комиссия ГУ МВД России по г. Москве	Члены комиссии	4:00	0:15
Комиссия ДТ МВД	Члены комиссии	1:15	0:15
Обеспечивающий персонал	Рабочий по комплексному обслуживанию и ремонту зданий	8:00	
Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	Бухгалтер	1:30	2:00

6.4. Реестр процессов ИТ-подразделений медицинской организации

В свете приоритетного внимания государства к информатизации здравоохранения значительный интерес представляет идентификация информационно-телекоммуникационных бизнес-процессов в медицинской организации (далее – ИТ-задачи, ИТ-процессы). Несмотря на то, что ИТ-

бизнес-процессы в контексте базовых задач медицинской организации являются вспомогательными, они зачастую определяют практическую возможность функционирования организации (Порошина Л.А. «Реинжиниринг бизнес-процессов в медицинских организациях», 2016). И совершенно справедливо, по нашему мнению, ряд исследователей рассматривает их как важнейший процесс в медицинской организации (Бельшев Д.В., Гулиев Я.И., Малых В.Л., 2014, Костин А. А. и соавт., 2014).

Идентификация процессов организации формирование их моделей в рамках применения процессного подхода к управлению является важным шагом и обязательным условием информатизации его деятельности. Автоматизация бизнес-процессов с последующим внедрением в информационную систему организации систем класса BPM-систем (Business Process Management System) по управлению бизнес-процессами существенно повышает уровень управления медицинской организацией.

Как показывает практика, внедрение информационных систем в медицинских организациях ставит на повестку дня проблему достаточно высоких требований к подразделениям, ответственным за внедрение и надежную эксплуатацию автоматизированных информационных систем.

Координатором – владельцем - ИТ-процессов в медицинской организации как правило являются ИТ-отделы. До настоящего времени правовой основой организации ИТ-отделов является [приказ Минздрава СССР №920 от 30.07.1987 «Об утверждении положения об отделе Автоматизированных систем управления \(вычислительном центре\) организаций здравоохранения»](#), т.е. нормативный документ почти 20-летней давности. За этот период ситуация с информатизацией здравоохранения и медицинских организаций изменилась кардинально. В системе здравоохранения, несомненно, назрела необходимость разработки и утверждения нового нормативного акта, который являлся бы основой для организации ИТ-отделов (Шустерман И.Л. 2015, Жемчугов А.М. и соавт., 2017, Костикова А.Ю., 2015). Положение (типовое) об ИТ-отделе

целесообразно разрабатывать в аспекте идентификации задач и процессов, выполнение которых и управлением которыми, как правило, возлагается на ИТ-отделы. При подготовке локальных нормативных актов, определенную проблему представляет собой формулирование их положений, отражающих суть задач и функций. С этой точки зрения издание современного нормативного акта федерального или ведомственного уровня также могло бы быть полезным.

Целью данного подраздела главы раздела исследования являлась идентификация ИТ-процессов, владельцем которых является ИТ-структура. Подчиненной целью является представление материала для подготовки положения об ИТ-структуре медицинской организации (отдел, управление и т.д.).

В основу методического подхода положено следующее определение процесса: процесс - последовательность действий, приводящая к заданному результату (Новицкий А.Л., Болотина Т.Э., 2005). Таким образом, в рамках методики процессы выделяются и идентифицируются по результатам деятельности.

Основными задачами, решение которых обеспечивается реализацией ИТ-процессов и за которые отвечают ИТ-отделы, являются:

- обеспечение информационно-телекоммуникационной поддержки всех видов деятельности медицинской организации (медицинской, вспомогательных, научной и т.д.);
- поддержание, модернизация и развитие информационно-телекоммуникационной инфраструктуры за счет внедрения передовых информационно-телекоммуникационных технологий.

ИТ-процессы, по нашему мнению, могут быть представлены тремя группами. Первую группу составляют процессы управления ИТ-структурой. Вторую группу составляют процессы управления ИТ-функциями, т.е. функциями, обеспечивающими возможность работы сотрудников организации с ИТ-структурой. Как было указано выше, как правило,

владельцем этих процессов в медицинской организации является ИТ-отдел. С учетом данного обстоятельства мы считаем целесообразным выделить третью группу ИТ-процессов, которые как правило, возлагаются на ИТ-отделы и связаны с выполнением отдельных задач организации. ИТ-процессы, реализуемые в медицинской организации, также можно подразделить на два уровня иерархии.

Первую группу составляют следующие ИТ-процессы:

- обеспечение функционирования информационных систем;
- обеспечение модернизации и развития информационных систем;
- апробация нового прикладного программного обеспечения и сервисов (в целях принятия решения о целесообразности их внедрения);
- обеспечение надежного функционирования парка компьютерной, копировально-множительной и другой техники;
- обеспечение модернизации и развития парка компьютерной, копировально-множительной и другой техники;
- обеспечение надежного функционирования локальных вычислительных сетей;
- обеспечение модернизации и развития локальных вычислительных сетей;
- проведение работ по защите информации;
- обеспечение функционирования официального сайта медицинской организации.

Сразу прокомментируем, что, по нашему мнению, процессы технической поддержки, с одной стороны, и модернизации и развития - с другой, должны быть разделены, т.е. идентифицироваться как отдельные процессы, т.к. они обеспечиваются разными функциями, требуют от специалистов различной подготовки и компетенций. Также и при формировании положения об ИТ-отделе такие процессы должны идентифицироваться отдельно, и не «смешиваться» в одном пункте

(например, обеспечение функционирования, модернизации и развития информационных систем).

Как самостоятельные процессы в силу специфики выполняемых работ можно также идентифицировать следующие:

- согласование с руководством вопросов развития информационно-телекоммуникационных технологий;
- подготовка локальных нормативных актов в части информационно-телекоммуникационных технологий и обеспечения защиты информации, в т. ч. персональных данных;
- ответы на запросы вышестоящих организаций по вопросам информационных технологий;
- работа с поставщиками телекоммуникационных услуг.

В тоже время данные процессы могут не идентифицироваться как самостоятельные, включаться функциями в содержание процессов.

При наличии в медицинской организации телемедицинского центра, Call-центра, IP-телефонии как самостоятельные в силу специфики работ могут быть идентифицированы следующие процессы:

- обеспечение функционирования телемедицинского центра и проведения телемедицинских конференций.
- техническое обеспечение функционирования Call-центра;
- обслуживание IP-телефонии.

Во вторую группу могут быть включены следующие ИТ-процессы.

- обеспечение функционирования корпоративной почты;
- обеспечение сотрудников логинами и паролями и последующее их хранение;
- обеспечение сотрудников электронными цифровыми подписями.

Третья группа может быть представлена следующими процессами:

- контроль сроков и обеспечение перерегистрации медицинской организации на портале региональных информационных систем, проведение аккредитации на торговых площадках в качестве заказчика;

- формирование ведомственной и оперативной статистической отчетности в регламентном режиме;
- формирование ведомственной и оперативной статистической отчетности по запросам руководства;
- формирование и представление счетов за оказанную медицинскую помощь по территориальной программе ОМС;
- мониторинг нормативно-правовых актов территориального фонда ОМС по вопросам формирования счетов.
- управление формированием региональной отчетности в региональных информационных системах;
- обеспечение функционирования телемедицинского центра и проведения телемедицинских конференций.

Представим некоторые пояснения по последней группе функций.

Подготовка отчетности, формирование и представление счетов за оказанную медицинскую помощь при наличии МИС осуществляется с ее использованием. Практика показала, что в этом случае данные функции, как правило, вменяются в обязанности ИТ-отделов. По нашему мнению, в связи с различной логикой следует идентифицировать как отдельные процессы формирования отчетов в регламентном режиме и формирование отчетов по отдельным запросам. Первые формируются по установленным формам и срокам (в т.ч. оперативная отчетность), вторые – по разовым запросам (т.е. вне установленных сроков)

Процесс формирования и представления счетов за оказанную медицинскую помощь в страховые медицинские организации (или территориальные формы обязательного медицинского страхования (ОМС)) по территориальной программе ОМС при наличии медицинской информационной системы (МИС), как правило, также возлагается на ИТ-отделы.

В настоящее время все больше расширяется практика представления медицинскими организациями разовых отчетов, формируемых в электронном виде

Представим содержание некоторых из идентифицированных нами процессов.

Функционирование информационных систем, эксплуатируемых в медицинской организации, обеспечивает за счет выполнения следующих действий:

- техническое обслуживание и поддержка прикладного программного обеспечения;
- разработка технического задания и технико-экономического обоснование на проведение конкурсов на техническую поддержку;
- консультирование сотрудников медицинской организации по вопросам работы с прикладным программным обеспечением;
- поддержание актуальной версии электронной нормативно-справочной системы, необходимой для устойчивого функционирования прикладного программного обеспечения;
- взаимодействие с разработчиками информационных систем (в том числе в целях актуализации нормативно-справочной системы).

Модернизация и развитие (включая масштабирование) информационных систем, эксплуатируемых в медицинской организации, обеспечивается за счет выполнения следующих действий:

- сбор заявок с подразделений медицинской организации и администрации на модернизацию и развитие развития прикладного программного обеспечения в целях решения задач структурных подразделений; консультирование сотрудников при подготовке заявок;
- разработка направлений развития и мероприятий по внедрению прикладного программного обеспечения;

- разработка технических заданий и технико-экономических обоснований для проведения конкурсов на модернизацию и развитие прикладного программного обеспечения;
- подготовка технических заданий на отдельные задачи развития прикладного программного обеспечения;
- сопровождение процесса внедрения прикладного программного обеспечения и масштабирования информационных систем;
- контроль выполнения заключенных контрактов на модернизацию, внедрение и развитие прикладного программного обеспечения.

Функционирование парка компьютерной, копировально-множительной и другой техники обеспечивает за счет выполнения следующих действий:

- поддержание компьютерной, копировально-множительной и другой техники в рабочем состоянии, обслуживание;
- установка различного прикладного программного обеспечения, установка и настройка ПО на компьютерах пользователей (антивирусы, офисные программы и т.д.);
- техническое обслуживание и конфигурирование информационной, телекоммуникационной и инженерной инфраструктуры;
- консультационное содействие сотрудникам и подразделениям медицинской организации в процессе эксплуатации техники;
- обеспечение подразделений медицинской организации расходными материалами для техники;
- ведение складского учета техники и расходных материалов.

В крупных медицинских организациях могут также выполняться задачи обеспечения функционирования телевизионной стены (при ее наличии), включающие в себя такие задачи, как: настройка сервера, замена и настройка телевизоров, подготовка слайдов, запуск и настройка слайдшоу; технического обеспечения функционирования и модернизация системы воспроизведения информационного контента, настройка светодиодных табло

(создание конфигурационных файлов, изменение текстов, загрузка конфигураций в табло) и ряд других.

В процессе модернизации и развития парка компьютерной, копировально-множительной и другой техники должно обеспечиваться:

- определение основных направлений модернизации;
- разработка технических заданий и технико-экономических обоснований для проведения закупок;
- взаимодействие с поставщиками после проведения торгов;
- контроль выполнения контрактов.

Надежное функционирование локальной вычислительной сети обеспечивается за счет выполнения следующих действий:

- мониторинг состояния основных узлов, обеспечение бесперебойной работы коммутационных узлов;
- поиск и устранение неисправностей в работе локальной вычислительной сети;

Модернизация и развитие локальной вычислительной сети обеспечиваются за счет выполнения следующих действий:

- разработка проектов развития;
- разработка технических заданий и технико-экономических обоснований для проведения закупок;
- взаимодействие с поставщиками после проведения торгов;
- контроль выполнения контрактов;
- монтаж;
- создание новых подключений;
- оборудование новых и перенос рабочих мест.

Кроме того, если в организации обеспечивается контроль качества медицинской документации посредством лексического анализа, то функция проведения автоматизированного лексического анализа также попадает в перечень функций ИТ-службы.

В заключении еще раз хотелось бы указать, что представленный состав (перечень) процессов является реализацией процессного управления ИТ-технологиями в медицинской организации.

6.5. Информатизация типовых вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации

Целью формирования данного научного материала является идентификация вспомогательных бизнес-процессов, их компонентов и данных, которые подлежат мониторингу, т.е. представляют информационный и управленческий интерес, на уровне ведомства.

Методологические и методические подходы к информатизации вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации МВД России представлены в форме документа Концепция автоматизированной информационной системы "Единая информационно-аналитическая система мониторинга реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения МВД России".

Концепция (проект положения об) автоматизированной информационной системы «Единая информационно-аналитическая система мониторинга реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения МВД России».

1. Основные положения

1.1. Концепция автоматизированной информационной системы (АИС) "Единая информационно-аналитическая система мониторинга реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения МВД России" («ЕАИС мониторинга процессов МО») представлена в форме проекта Положения.

Концепция (проект положения) определяет назначение и правила функционирования автоматизированной информационной системы "(«ЕАИС

мониторинга процессов МО»", состав участников информационного взаимодействия (далее - участники информационного взаимодействия) и их полномочия.

1.2. «ЕАИС мониторинга процессов МО» представляет собой автоматизированную информационную систему МВД России, содержащую информацию и программно-технические средства, обеспечивающие автоматизацию процесса сбора и обработки информации о реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения МВД России.

1.3. Основными задачами «ЕАИС мониторинга процессов МО» являются:

1.3.1. Обеспечение единой системы мониторинга реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения МВД России.

1.3.2. Анализ информации о реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения МВД России.

1.3.3. Выявление фактов невыполнения работ, относящихся к вспомогательным процессам.

1.3.4. Обеспечение предоставления органам управления ведомственной системы здравоохранения МВД России актуальной информации о реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях в целях выработки и принятия ими решений, направленных на обеспечение единых подходов к вспомогательным бизнес-процессам в медицинских организациях, обеспечение их эффективного и своевременного выполнения.

1.3.5. Повышение эффективности деятельности органов управления ведомственной системой здравоохранения МВД России по управлению вспомогательными бизнес-процессами в медицинских организациях на ведомственном уровне.

1.4. Основными функциями «ЕАИС мониторинга процессов МО» являются:

1.4.1. Получение, обработка, систематизация, хранение и поддержание в актуальном состоянии информации о реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях, в том числе полученной из электронных баз данных медицинских организаций МВД России.

1.4.2. Информационно-статистическое и информационно-аналитическое обеспечение взаимодействия органов управления ведомственной системой здравоохранения МВД России с ведомственными медицинскими организациями по вопросам реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях.

2. Требования к мониторингу вспомогательных процессов в медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения МВД России.

2.1. Мониторингу подлежат вспомогательные процессы: а) являющиеся обязательными к выполнению во всех медицинских организациях системы МВД России; б) представляющие интерес органов управления ведомственной системой здравоохранения МВД России.

2.2. Мониторингу подлежат вспомогательные процессы и данные их компоненты.

2.3. Компоненты в «ЕАИС мониторинга процессов МО» определены на основании типовых бизнес-моделей вспомогательных процессов.

2.4. Осуществляется мониторинг следующих вспомогательных процессов и их компонентов (Таблица 64).

Таблица 64. Вспомогательные процессы медицинских организаций МВД России, подлежащие мониторингу в «ЕАИС мониторинга процессов МО»

Вспомогательный процесс	Объект/цель мониторингования	Мониторируемые компоненты процесса и данные
Проведение плановой инвентаризации	Мониторируется наличие организации работ и их	Реквизиты приказов о проведении инвентаризации.

Вспомогательный процесс	Объект/цель мониторингования	Мониторируемые компоненты процесса и данные
материальных ценностей.	результаты.	Данные инвентаризационных балансовых ведомостей. Акты инвентаризации и их данные.
Контроль за правильностью хранения, использования, учета расходов перевязочного материала и медикаментов	Мониторируется наличие организации процесса	Реквизиты актов о плановой инвентаризации и внезапных проверок материальных ценностей.
Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов	Мониторируется объем поступивших наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов по отдельным позициям предметно-количественного учета	Объем поступивших наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов по отдельным позициям предметно-количественного учета
Учет товарно-материальных ценностей	Мониторируется наличие организации процесса.	Акты инвентаризации и их данные.
Проведение служебной проверки	Мониторируется наличие организации процесса и объем работ	Число служебных проверок. Число служебных проверок с подтвержденными фактами нарушений.
Проведение периодических медицинских осмотров	Мониторируется наличие организации процесса, сроки выполнения, результаты	Численность контингента работников, подлежащих периодическим осмотрам с указанием вредных (опасных) производственных факторов, а также вида работы. Календарный план проведения медицинских осмотров. Выполнение календарного плана. Число лиц, допущенных к работе по результатам осмотров. Выявленные профессиональные заболевания.
Своевременное обучение медицинского персонала	Мониторируется наличие организации процесса, сроки выполнения, результаты	Общая потребность в обучении (чел.) Число договоров, заключенных на проведение обучения. Объем финансовых средств, необходимых для проведения обучения в соответствии с договорами. Число и сроки полученных аттестатов по результатам обучения. Число лиц, не получивших

Вспомогательный процесс	Объект/цель мониторингования	Мониторируемые компоненты процесса и данные
		аттестаты по результатам обучения.
Отбор кандидатов на вакантные должности	Мониторируются вакантные должности (число и состав), численность контингента лиц, представивших заявки на вакантные должности	Число и состав вакантных должностей. Число резюме, представленных на занятие вакантных должностей. Заполнение вакантных должностей.
Выполнение работ силами сторонних организаций	Мониторируется число договоров, соблюдение сроков выполнения работ, проведение претензионной работы	Реквизиты заключенных договоров, выполняемые по договору работы, сроки их выполнения, объем финансирования. Даты окончания работ (включая промежуточные этапы), их соответствие календарным планам по договорам. Реквизиты расторгнутых договоров, выполняемые по договору работы, сроки их выполнения, объем финансирования. Даты направления претензий по договорам, выполняемым с нарушением сроков и качества работ.
Списание основных средств	Мониторируется организация процесса, объем списания основных средств, согласование списания с комиссиями вышестоящих организаций	Список и стоимость оборудования, подлежащего списанию. Представление комплекта документов в вышестоящую организацию. Согласование списания.
Метрологический контроль средств измерений	Мониторируется наличие процесса	Реквизиты договоров на проведение метрологического контроля. Подтверждение о проведении проверки. Перечень и число единиц оборудования, списанного по результатам метрологического контроля
Плановый контроль технического состояния оборудования	Мониторируется наличие процесса	Число единиц оборудования, выведенного из эксплуатации по результатам контроля технического состояния. Число заявок на ремонт оборудования.

Вспомогательный процесс	Объект/цель мониторингования	Мониторируемые компоненты процесса и данные
Плановое техническое обслуживание оборудования	Мониторируется наличие организации процесса, проведение планового технического обслуживания	Число единиц оборудования, подлежащих обслуживанию. Наличие плана технического обслуживания оборудования. Число заявок на ремонт оборудования. Сроки ремонта оборудования.
Ремонт оборудования	Мониторируется своевременность ремонта	Число единиц оборудования, находящихся на ремонте Длительность ремонта

2.5. Состав общей информации, размещаемой и обрабатываемой в «ЕАИС мониторинга процессов МО»:

- наименование медицинской организации (ФКУЗ МСЧ) – участника АИС;
- основные данные медицинской организации – участника ЕАИС (место расположения, ФИО главного врача, ФИО заместителей главного врача, телефоны и электронная почта медицинской организации и руководителей);
- наименование типового вспомогательного процесса;
- наименование компонента вспомогательного процесса;
- тип компонента вспомогательного процесса (инициирующий, промежуточный, заключающий).

2.6. Информация, составляющая государственную тайну, не подлежит обработке в «ЕАИС мониторинга процессов МО».

3. Участники информационного взаимодействия в АИС «Вспомогательные процессы».

3.1. Участниками информационного взаимодействия являются:

3.1.1. Оператор «ЕАИС мониторинга процессов МО» (далее - оператор).

3.1.2. Уполномоченный орган.

3.1.3. Пользователи информации «ЕАИС мониторинга процессов МО» (далее - пользователи информации) - органы управления ведомственной системой здравоохранения МВД России.

3.1.4. Поставщики информации в «ЕАИС мониторинга процессов МО» (далее - поставщики информации) – медицинские организации ведомственной системы здравоохранения МВД России.

3.2. Предоставление медицинскими организациями информации о реализации вспомогательных процессов осуществляется на основании последний рабочий день каждого месяца.

4. Полномочия участников информационного взаимодействия

4.1. Оператор:

4.1.1. Обеспечивает функционирование «ЕАИС мониторинга процессов МО».

4.1.2. Обеспечивает эксплуатацию, развитие (модернизацию) «ЕАИС мониторинга процессов МО».

4.1.3. Обеспечивает в соответствии подключение поставщиков и пользователей информации к «ЕАИС мониторинга процессов МО», доступность ЕАИС для участников информационного взаимодействия.

4.1.4. Обеспечивает целостность и неизменность информации с момента ее поступления в «ЕАИС мониторинга процессов МО», доступность для участников информационного взаимодействия и защиту такой информации.

4.1.5. Осуществляет техническое сопровождение и консультационную поддержку участников информационного взаимодействия по вопросам технического использования «ЕАИС мониторинга процессов МО».

4.2. Уполномоченный орган:

4.2.1. Утверждает:

4.2.1.1. Перечень поставщиков информации, предоставляющих информацию уполномоченному органу, и порядок ее предоставления.

4.2.1.2. Перечень поставщиков информации, непосредственно размещающих информацию в «ЕАИС мониторинга процессов МО», и порядок ее размещения поставщиками информации.

4.2.1.3. Методику информационного наполнения «ЕАИС мониторинга процессов МО».

4.2.1.4. Порядок доступа к информации, содержащейся в «ЕАИС мониторинга процессов МО».

4.2.2. Осуществляет контроль за соблюдением положений настоящего документа участниками информационного взаимодействия.

4.2.3. Обеспечивает информационное взаимодействие участников информационного взаимодействия и координацию информационного наполнения «ЕАИС мониторинга процессов МО».

4.2.4. Обеспечивает доступ к информации, содержащейся в «ЕАИС мониторинга процессов МО», и ее актуализацию.

4.2.5. Осуществляет консультационную поддержку участников информационного взаимодействия по вопросам использования «ЕАИС мониторинга процессов МО».

4.2.6. Направляет оператору предложения по совершенствованию функций «ЕАИС мониторинга процессов МО».

4.3. Поставщик информации:

4.3.1. Размещает информацию о реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях «ЕАИС мониторинга процессов МО».

4.3.2. Обеспечивает достоверность, полноту и своевременность предоставления информации о реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях при ее размещении в «ЕАИС мониторинга процессов МО».

4.4. Пользователь информации:

4.4.1. Осуществляет доступ к информации, содержащейся в «ЕАИС мониторинга процессов МО» в установленном порядке.

4.4.2. Направляет оператору предложения по совершенствованию функций «ЕАИС мониторинга процессов МО».

4.5. Оператор и уполномоченный орган не несут ответственности за достоверность и полноту информации, предоставляемой поставщиками информации.

**

Процессный подход – управленческая технология, основывающаяся на признании и применении того факта, что восприятие и управление видами деятельности организации, как взаимосвязанными процессами, способствует повышению ее результативности и эффективности. Анализ публикаций позволяет сделать выводы о необходимости использования методов процессного управления непосредственно как в медицинских организациях, так и в органах управления данными организациями, что обусловлено не только чётким разграничением всей деятельности медицинской организации на процессы, но и требованиями повышения качества услуг, также как и современными процессами информатизации общества.

О необходимости внедрения процессного подхода свидетельствуют тенденции развития ведомственной системы здравоохранения МВД России. Основными из них являются:

- рост численности прикрепленного (обслуживаемого) контингента;
- рост мощности медицинских учреждений (кочный фонд, мощность поликлиник) в абсолютном исчислении и снижение показателей обеспеченности обслуживаемого контингента лиц как кочным фондом, так и мощностями поликлиник;
- рост обеспеченности медицинским персоналом обслуживаемого контингента лиц;
- рост объемов стационарной (круглосуточный стационар) и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
- снижение средней длительности случая госпитализации;

- снижение показателей заболеваемости, в том числе с временной утратой трудоспособности, первичного выхода на инвалидность, смертности;
- стабильная структура заболеваемости по классам болезней с преобладанием болезней органов дыхания (треть всех выявленных заболеваний);
- разнонаправленная динамика практически всех показателей, использованных для анализа медицинской службы МВД в разрезе медико-санитарных частей МВД (субъектов Российской Федерации);
- значительная дифференциация практически всех показателей в разрезе медико-санитарных частей МВД при наличии тенденции к снижению дифференциации практически по всем показателям, за исключением показателя обеспеченности штатными должностями среднего медицинского персонала.

В процессе данного исследования деятельность медицинской организации по обеспечению условий для оказания медицинской помощи и внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности структурирована (представлена) на основе процессного подхода (вспомогательные процессы). С этой целью проведена идентификация процессов, разработаны их модели, определена трудоемкость каждого процесса, сформированы подходы к мониторингу оптимальности процессов.

В целях идентификации реестра (состава) процессов проведен анализ научных публикаций и нормативных актов, была создана рабочая группа. Идентифицированы 30 процессов, обеспечивающих условия для оказания медицинской помощи и внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

Для каждого процесса сформирована модель. В целях разработки моделей в медицинских организациях базы исследования были сформированы рабочие группы. Перед началом работ по формированию моделей было проведено анкетирование персонала об оптимальности реализации того или иного процесса. Результаты анкетирования стали

ориентиром для определения оптимальности каждой модели бизнес-процесса и необходимости доработки модели «asis» в направлении «tobe».

Модели процессов сформированы как функциональные. Функциональные компоненты модели процесса управления представлены параметром *Деятельность*. Структурные компоненты модели представляют собой связи между функциональными компонентами - деятельностью. Информационные компоненты модели являются входной/выходной информацией. Модель имеет динамический характер, т.к. отражает последовательность реализации функций (деятельности). Для каждой *Деятельности* определены ответственные структурные подразделения и ответственные должностные лица. При необходимости для *Деятельности* определены бизнес-правила. Они определяются, в основном, на основе нормативных документов.

Поскольку должна быть обеспечена имплементация моделей в различных медицинских организациях, обязательным компонентом разработки модели является идентификация ее вариабельности. Также, в целях имплементации моделей определена трудоемкость смоделированного процесса.

Модели представлены в графическом и в текстовом виде (текстовое описание). В процессе проведения исследования рассматривался также вариант представления модели в виде технологической карты, но он был признан излишним при наличии графического и текстового описания. Тем не менее, требования к технологическим картам учтены при формировании требований к модели. Такими требованиями являются целевые индикаторы процесса, способы контроля и ответственные за него (контроль) должностные лица, факторы риска невыполнения процесса и способы их устранения.

Оценка трудоемкости процессов проведена с использованием методов функционально-стоимостного анализа на основе анкетирования членов рабочих групп по разработке моделей. Данная оценка потенциально будет

способствовать обоснованию штатной численности персонала. Сразу отметим, что полученные данные по трудоемкости процессов не дают оснований рассматривать вопросы сокращения персонала и получения на этой основе экономической эффективности от внедрения процессного подхода. Внедрение процессного подхода, как показал опыт, в большей мере способствует оптимизации взаимодействия исполнителей процесса и, таким образом, повышению качества работ, снижению психологической напряженности в коллективе. Но данные о затратах времени способствуют выявлению самых трудозатратных компонентов процесса и нацеливают работу на их оптимизацию, которую можно назвать точечной. Таким образом, в перспективе эффективность может быть за счет оптимизации наиболее трудозатратных компонентов процессов.

В целях имплементации моделей проведена их «типизация». «Типизация» преследовала цель оценки возможности применения модели, сформированной в медицинских организациях базы исследования и внедренной в пилотной медицинской организации, в других медицинских организациях системы здравоохранения МВД России и, в целом, системы здравоохранения. С этой целью была создана экспертная группа, разработана анкета эксперта. Процесс типизации носил итерационный характер и проводился до формирования согласованного мнения экспертов. Согласованием в данном исследовании считалось положительное мнение восьми из десяти экспертов. В целях достижения согласования отдельные модели были доработаны рабочими группами по разработке моделей по предложениям экспертов.

ГЛАВА 7. МОНИТОРИНГ ОПТИМАЛЬНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ И БИЗНЕС- ПРОЦЕССОВ РАЗВИТИЯ В ЧАСТИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Одним из этапов внедрения процессного подхода является мониторинг. В ГОСТ Р ИСО 9001—2008 (п. 8.2.3 Мониторинг и измерение процессов) указано на необходимость определения (подбора) методов мониторинга, адекватных характеру процесса. Методические подходы к мониторингу процессов достаточно широко освещены в научных публикациях. В них подчеркивается их разнообразие, обусловленное многообразием процессов (Салимова Т.А., Бирюкова Л.И.«Мониторинг и измерение процессов в системе менеджмента качества организации»//Менеджмент качества – 2011-17(224) – с. 22-27).

В данном исследовании основными методами мониторинга процессов определены:

- наличие нежелательных событий и дефектов, свидетельствующих о низком качестве процесса;
- опрос потребителей процессов.

7.1. Мониторинг вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации на основании событий и дефектов, свидетельствующих о низком качестве процесса

Документирование любого процесса с последующим его мониторингом преследует, по сути, одну цель: уменьшение рисков. К ним можно отнести нежелательные события и дефекты, которые организация хочет избежать или, по крайней мере, снизить вероятность их появления. В связи с этим при разработке моделей (и их описаний) описание рисков как нежелательных событий или дефектов процесса является необходимой составляющей работ при переходе к процессному управлению.

Риски процессов определены в данной работе в Главе 6. В данном разделе приведен их перечень для каждого процесса. Наличие указанных событий или дефектов однозначно является свидетельством низкого качества процесса.

**Риски вспомогательных процессов медицинской организации
(нежелательные события и дефекты, свидетельствующие о низком
качестве реализации процесса)**

№ п/п	Процесс	Риски
1	Разработка стандартных операционных процедур - СОП	несогласованность действий персонала; несоответствие требованиям регламентирующих нормативных документов.
2	Обработка входящего документа	невыполнение и (или) несвоевременное выполнение требований вышестоящей организации; несвоевременные ответы на запросы следственных органов
3	Обработка исходящего документа	невыполнение и (или) несвоевременное выполнение требований вышестоящей организации; несвоевременные ответы на запросы следственных органов; исходящий документ содержит недостоверную информацию
4	Выполнение работ силами сторонних организаций» (аутсорсинг)	получение товаров/услуг ненадлежащего качества; финансовые потери
5	Выполнение работ по заявкам структурных подразделений	неудовлетворение потребности структурных подразделений; возникновение простоя в работе
6	Проведение плановой инвентаризации материальных ценностей	искажение результатов ревизии; признание результатов ревизии недействительными
7	Метрологический контроль средств измерений	получение недостоверных результатов измерений; наложение штрафных санкций надзорными органами; авария или инцидент при эксплуатации оборудования
8	Разработка внутренних локальных нормативно-правовых актов	невыполнение или несвоевременное выполнение требований законодательства РФ, регламентирующих деятельность организации; снижение показателей работы структурного подразделения; несогласованность действий при выполнении работы
9	Планирование	снижение показателей работы структурного подразделения
10	Обеспечение своевременного обучения персонала	допуск к работе неквалифицированного персонала; отстранение от работы работников структурных подразделений

№ п/п	Процесс	Риски
11	Проведение служебной проверки	некорректное оформление материалов проверки; обжалование результатов проведения служебной проверки
12	Организация совещаний по вопросам работы подразделений	снижение показателей работы структурного подразделения; отсутствие актуальной информации у исполнителей; несогласованность действий при выполнении работы
13	Отбор кандидатов на вакантные должности	допуск к работе персонала с недостаточным уровнем квалификации; увеличение сроков поиска кандидатов
14	Учет товарно-материальных ценностей	расхождение данных предметно-количественного учета; материальные ценности придут в негодность; привлечение ответственных работников к административной ответственности.
15	Контроль хранения, использования, учета перевязочного материала и медикаментов	расхождение данных предметно-количественного учета; медикаменты и перевязочные материалы придут в негодность; приостановление действия лицензии на описываемый вид деятельности за нарушение лицензионных требований; привлечение работников аптеки к административной ответственности за нарушение правил учета, хранения медикаментов
16	Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов	расхождение данных предметно-количественного учета; лекарственные препараты придут в негодность; приостановление действия лицензии на описываемый вид деятельности за нарушение лицензионных требований
17	Проведение специальной оценки условий труда	нарушение трудового законодательства; наложение штрафных санкций на должностное или юридическое лицо; назначение необоснованных льгот и компенсаций; ухудшение здоровья работников вследствие воздействия не выявленных вредных факторов.
18	Планирование, организация и контроль соблюдения требований охраны труда	нарушение трудового законодательства; наложение штрафных санкций на должностное или юридическое лицо; приостановление деятельности
19	Проведение инструктажей по охране труда	нарушение трудового законодательства; наложение штрафных санкций на должностное или юридическое лицо; возникновение несчастного случая
20	Проведение предварительных медицинских осмотров	нарушение трудового законодательства; трудоустройство работника с наличием противопоказаний к работе в условиях воздействия выявленных на рабочем месте вредных факторов. ухудшение здоровья работников вследствие наличия противопоказаний к работе в условиях воздействия выявленных на рабочем месте вредных факторов.

№ п/п	Процесс	Риски
21	Проведение периодических медицинских осмотров	нарушение трудового законодательства; ухудшение здоровья работников вследствие наличия противопоказаний к работе в условиях воздействия выявленных на рабочем месте вредных факторов
22	Расследование и учет несчастных случаев	нарушение трудового законодательства; наложение штрафных санкций на должностное или юридическое лицо.
23	Контроль технического состояния оборудования перед использованием	причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу; поломка или авария
24	Плановый контроль технического состояния оборудования	причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу; поломка или авария.
25	Текущий контроль технического состояния оборудования	причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу; поломка или авария
26	Плановое техническое обслуживание оборудования	причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу; поломка или авария
27	Текущее техническое обслуживание	причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу; поломка или авария
28	Ремонт оборудования	причинение вреда здоровью пациента или эксплуатирующему персоналу; простой в работе
29	Использование автотранспорта	невыполнение плана работы на день; допуск в эксплуатацию неисправного транспортного средства; допуск к работе водителя с наличием противопоказаний к управлению транспортными средствами; повреждение транспортных средств; причинение вреда здоровью водителя или пассажиров транспортного средства; нерациональное расходование топлива
30	Списание основных средств	нарушение законодательства, регламентирующего процесс списания материальных ценностей; наложение штрафных санкций на должностное или юридическое лицо.

7.2. Изучение удовлетворенности потребителей как метод мониторинга бизнес-процесса

В стандарте ИСО 9001-2000 (пункты 8.2.1. «Мониторинг и измерения. Удовлетворенность потребителя» и 8.4а «Анализ данных» о мониторинге процессов) зафиксировано, что анализ данных мониторинга процесса должен предоставлять информацию по удовлетворенности потребителей процесса. С

точки зрения характера рассматриваемых в исследовании процессов, их потребителями являются как пациенты, так и медицинский персонал.

Исследование уровня удовлетворенности пациентов и населения в целом медицинской помощью является важной компонентой оценки деятельности организаций здравоохранения. Анкетирование пациентов (выражение их мнения) является одним из признанных методов независимой оценки качества медицинской помощи. Нормативными документами Минздрава России одним из основных методов изучения удовлетворенности признан метод анкетирования. Также нормативными актами Минздрава России рекомендовано обеспечивать техническую возможность выражения мнения пациентами об оказании медицинской помощи в сети Интернет, что свидетельствует о том, какую значимость данной процедуре придает Минздрав России (приказы Минздрава России от 31.10.2013 N 810а, от 14.05.2015 г. № 240; от 13.07.2018г. № 442). В субъектах Российской Федерации достаточно широко проводилось анкетирование пациентов в указанных целях (см. Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения).

Результаты опроса мнения пациентов в медицинской организации России широко используются для совершенствования качества медицинской помощи и улучшения ее условий. (Приказ Минздрава России от 13.07.2018г. № 442).

Как в нормативных документах Минздрава России, так и в научных публикациях достаточно подробно освещены концептуальные и методические подходы к изучению удовлетворенности пациентов методом анкетирования, критерии оценки ответов (Алексеева Н.Ю., Пчела Л.П., Макаров С.В., 2011; Астафьев Л.М., 2005; Берсенева Е.А., Савостина Е.А., 2018; Жаркова Е.В., Дробот К.А., 2016; Кокорин В.Г., Куковьякин С.А., и др., 2009; Кобякова О.С., Деев И.А., и др., 2016; Лудупова Е.Ю., Денисова М.А., 2016; Николаева О.В., 2016; Шаповаленко Т.В., 2013; Шулаев А.В., Спиридонов А.В., 2013; Цыганова О.А., Светличная Т.Г., Кудрявцев А.В.,

2011; Каграманян И.Н., 2014; Копанева И.Н., 2003; Наумова Н.А., 2018; И.Б. Болтенкова, 2014) (133) (160) (233) (327).

На современном этапе развития теории и практики процессный подход рассматривается как новый подход к управлению медицинскими организациями и медицинской помощью населению. Результатом процесса является определенный продукт (услуга), основным получателем которой является пациент, для которого данная услуга имеет ценность. Анкетирование пациентов является одним из инструментов, позволяющих измерить указанную ценность. Нормативно-правовыми актами Минздрава России анкетирование рассматривается как важнейший компонент оценки качества медицинской помощи (Приказ Минздрава России от 14.05.2015 №240).

Удовлетворенность пациентов является интегральной характеристикой, она связана со многими аспектами организации и оказания медицинской помощи. Как показано в ряде исследований, оценка удовлетворенности пациентов (анкетирование) может применяться как управленческий инструмент в здравоохранении (Лудупова Е.Ю., Денисова М.А. 2016; Сибурина Т.А., Пудич В.С., 2014, Барскова Г.Н., Половинчук Д.Ю., 2014, Лактионова Л.В. 2013, Колесник А.Ю., 2016, Коровина В.В., 2016, Шайдуллин Р.Ф., 2014).

Соответственно, анкетирование может быть использовано для оценки оптимальности реализации бизнес-процессов в учреждении здравоохранения. При этом анкетирование как инструмент оценки оптимальности реализации процессов может, по нашему мнению, применяться как в отношении вспомогательных, так и в отношении лечебно-диагностических процессов.

В свете реализации процессного подхода в управлении медицинской организацией при разработке методических подходов к анкетированию пациентов, как считают многие исследователи, должны быть решены следующие базовые задачи:

- коррелирование вопросов анкеты с процессами в организации;

- обеспечение адекватной оценки результатов реализации процессов.

По мнению ряда авторов, анкетирование пациентов обеспечивает (Лудупова Е.Ю., 2016):

- выявление зон неэффективности в деятельности медицинской организации;
- определение структуры проблем;
- выявление недостатков в организации оказываемой медицинской помощи;
- принятие адекватных мер по устранению выявленных недостатков и привлечение к ответственности лиц, допустивших нарушения;
- разработка профилактических мер по повышению качества, доступности и безопасности медицинской деятельности.

Основные методические подходы к проведению анкетирования в стационаре и составлению анкеты нами определены следующим образом:

- проведение анкетирования сплошным методом (условия стационара позволяют применить сплошной метод анкетирования в отличие от поликлиники);
- краткость анкеты: наш опыт показал, что объем распечатанной анкеты с вопросами и вариантами ответов не должен превышать одного листа формата А4; распечатка целесообразна на одном листе с двух сторон;
- распечатка анкеты должна обеспечивать простоту работы пациента с ней: ответы на вопросы не должны быть «слеplены» в распечатке, т.к. это затрудняет внесение отметок пациентом;
- наличие нескольких (2-5) вариантов ответов на оценочные вопросы;
- анонимность анкеты;
- абсолютно доступные для понимания вопросы и варианты ответов.

Доступность для понимания пациентом вопросов анкеты и вариантов ответов обеспечивает возможность работы с анкетой самого пациента. Важность данного правила связана с тем, что заполнение анкеты медицинским персоналом со слов пациента в определенной мере нарушает принцип анонимности анкеты. Также, наш опыт показывает, что использование инструкций к анкете ведет к «потере интереса» к ней со стороны пациента.

Исходя из опыта исследователей, соблюдение данных требований является абсолютно необходимым, несмотря на то, что в определенной мере ограничивает состав процессов, которые могут быть оценены по результатам анкетирования, а также ограничивает возможность внесения в анкету контрольных вопросов. Изложенные выше методические подходы к анкетированию в медицинских организациях подтверждаются исследованиями других авторов (Сибурина Т.А., 2013, Полина Н.А. , 2015 Королева Е. Ф., 2016, Шестопалова Т.Н., 2018).

Анкета, как правило, включает ряд вопросов по различным аспектам медицинской помощи и условий ее оказания. Поэтому изучение мнений пациентов может использоваться для выявления проблемных аспектов в медицинской организации, выявления структуры удовлетворенности/неудовлетворенности пациента (Иванова Т.Ю., Рассказова Е.И., 2013).

Опыт анкетирования пациентов

В Клиническом госпитале ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» в течение 2-х лет проводилось анкетирование пациентов, лечение которых проводится в условиях круглосуточного стационара. Исследование было акцентировано на выявлении зависимости удовлетворенности пациента от различных факторов – параметров оценки.

Анкетирование пациентов не являлось сплошным. Основанием для проведения анкетирования являются:

- поступление жалобы;

- наличие в кадровом составе отделения специалиста, работающего менее 3-х месяцев;
- неудовлетворительные результаты работы конкретного специалиста (выявленные дефекты оказания МП, низкое качество ведения медицинской документации);
- неудовлетворительные результаты работы отделения в течение отчетного периода (месяц, квартал, год).

Анкета включала 11 вопросов (параметров оценки). Анкетирование направлено на выявление удовлетворенности пациентов следующими процессами:

- организация взаимодействия медицинского персонала с пациентом (4 вопроса);
- условия оказания медицинской помощи (1 вопрос);
- условия пребывания пациента в стационаре (1 вопрос);
- организация питания (1 вопрос);
- организация обеспечения лекарственными средствами (1 вопрос);
- обеспечение доступности назначенных диагностических и лечебных процедур (1 вопрос).

Большинство ответов, формирующих оценку, были сформированы по 5-ти бальной шкале.

Общая оценка удовлетворенности (общая удовлетворенность) пациента идентифицирована в анкете вопросом *рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?* с вариантами ответов *да/нет/не знаю*.

Как показал опыт, проводимое анкетирование позволяло достаточно эффективно выявлять зоны риска и своевременно принимать управленческие решения по оптимизации процессов в медицинской организации. Результаты анкетирования приведены в соответствующем разделе данного исследования.

Опыт также показал, что по результатам анкетирования могут быть усовершенствованы следующие процессы:

- организация питания;
- организация пребывания пациента в стационаре;
- организация взаимодействия медицинского персонала с пациентом;
- организация обеспечения лекарственными средствами;
- обеспечение доступности назначенных диагностических и лечебных процедур.

Анкетирование также позволяет выявить и оценить удовлетворенность пациента пребывания в медицинской организации в целом.

С учетом оснований проведения анкетирования было заполнено 500 анкет.

Распределение пациентов по уровню общей удовлетворенности оказанием медицинской помощи в зависимости от длительности пребывания в стационаре представлено в таблице (Таблица 65).

Таблица 65. Распределение пациентов по уровню общей удовлетворенности оказанием медицинской помощи в зависимости от длительности пребывания в стационаре

Длительность пребывания	Все пациенты		Число/удельный вес пациентов, ответивших на вопрос <i>рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?</i>						Средняя оценка *)
			Да		Не знаю		Нет		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
до 3 дней	82	100,0 (99,81-100)	59	72,0 (67,95-75,85)	2	2,4 (1,25-3,95)	21	25,6 (21,85-29,52)	2,7
4-7 дней	207	100,0 (99,81-100)	170	82,1 (78,6-83,35)	7	3,4 (1,95-5,15)	30	14,5 (11,52-17,71)	2,8
8 дней и более	211	100,0 (99,81-100)	125	59,2 (54,85-63,5)	4	1,9 (0,89-3,3)	82	38,9 (34,68-43,35)	2,6
Итого:	500	100,0 (99,81-100)	354	70,8 (66,75-74,75)	13	2,6 (1,35-4,2)	133	26,6 (22,8-30,6)	2,7

*) да – 3 балла, нет – 1 балл, не знаю – 2 балла.

Уровень общей удовлетворенности пациентов – удельный вес пациентов, ответивших «да» на данный вопрос - составил 70% (354 чел.). Затруднились с оценкой 26,6% пациентов (133 чел.). Средняя оценка составила 2,7 балла (да- 3 балла, нет- 1 балл, не знаю – 2 балла).

Наиболее высокий уровень общей удовлетворенности и наиболее высокая средняя оценка отмечаются в группе пациентов с длительностью лечения 4-7 дней (82% пациентов рекомендовали бы медицинскую организацию, средний балл – 2,8). Наименее низкий уровень общей удовлетворенности отмечается в группе пациентов с длительностью лечения 8 дней и более: только 59% пациентов этой группы рекомендовали бы медицинскую организацию, почти 40% - не рекомендовали бы (средний балл – 2,6).

Уровень удовлетворенности пациентов, получивших медицинскую помощь в различных отделениях, колеблется и в большинстве отделений превышает 60% при среднем уровне удовлетворенности 70%. Отмечаются несколько отделений, в которых показатель удовлетворенности находится ниже 60% (Таблица 66).

Таблица 66. Распределение показателя уровня удовлетворенности пациентов, получивших медицинскую помощь в различных отделениях круглосуточного стационара

Стационар	Показатель удовлетворенности пациентов*)			
	до 40% включительно	41%-60%	61%-80%	81% и выше
Число отделений	1	2	6	5

*) удельный вес пациентов, ответивших *Да* на вопрос *Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?*

Пациенты, анкетирование которых проводилось, проходили лечение у 65-ти врачей. Из числа лечащих врачей 5-ть не получили ответ «да» на

вопрос о рекомендации данной организации друзьям и родственникам ни у одного пациента. У 9-ти врачей все пациенты ответили удовлетворительно на данный вопрос.

Средний уровень удовлетворенности пациентов отношением врачей составил 4,5 при максимально возможных 5-ти баллах (Таблица 67). Оценки «Плохо» и «Крайне плохо» отсутствуют. На «Отлично» оценили отношение врачей 53% опрошенных пациентов (268 чел.). Отмечаются значительные различия данной оценки по группам пациентов с разной длительностью пребывания в стационаре. Так, если в группе пациентов с длительностью пребывания 4-7 дней на «Отлично» оценили отношение врачей 75% опрошенных пациентов, то в группе пациентов с длительностью пребывания 8 дней и более уровень полной удовлетворенности отношением врачей (оценка «Отлично») составил только 31%.

Таблица 8 Распределение пациентов по уровню удовлетворенности отношением врачей в зависимости от длительности пребывания в стационаре

Длительность пребывания	Все пациенты		Число/удельный вес пациентов, оценивших отношение врачей во время пребывания в отделении как:						Средняя оценка
			Удовлетворительно		Хорошо		Отлично		
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	
до 3 дней	82	100,0 (99,81-100)	6	7,3 (5,19-9,75)	29	35,4 (31,25-39,65)	47	57,3 (52,9-61,6)	4,5
4-7 дней	207	100,0 (99,81-100)	13	6,3(4,31-8,6)	38	18,4(15,15-21,95)	156	75,4 (71,52-79,1)	4,7
8 дней и более	211	100,0 (99,81-100)	9	4,3 (2,7-6,28)	137	64,9(60,65-69,0)	65	30,8 (26,85-34,95)	4,4
Итого:	500	100,0 (99,81-100)	28	5,6(3,75-7,8)	204	40,8(36,55-45,15)	268	53,6 (49,2-58,0)	4,5

Средний уровень удовлетворенности пациентов объяснением врачами назначений составил 4,4 (Таблица 68). Оценки «Плохо» и «Крайне плохо»

отсутствуют. На «Отлично» (полностью удовлетворены) оценили объяснения врачами назначений 49% опрошенных пациентов (246 чел.). Также отмечаются значительные различия данной оценки по группам пациентов с разной длительностью пребывания в стационаре: так, если в группе пациентов с длительностью пребывания 4-7 дней на «Отлично» оценили объяснение врачами назначений 67% опрошенных пациентов, то в группе пациентов с длительностью пребывания 8 дней и более данный показатель составил 32%.

Таблица 68. Распределение пациентов по уровню удовлетворенности объяснениями назначений врачами в зависимости от длительности пребывания в стационаре

Длительность пребывания	Все пациенты		Число/удельный вес пациентов, оценивших объяснениями назначений врачами как:						Средняя оценка
			Удовлетворительно		Хорошо		Отлично		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
до 3 дней	82	100,0 (99,81-100)	8	9,8 (7,35-12,57)	33	40,2 (35,95-44,55)	41	50,0 (45,6-54,4)	4,4
4-7 дней	207	100,0 (99,81-100)	15	7,2 (5,35-9,97)	54	26,1 (22,3-30,05)	138	66,7 (62,5-70,75)	4,6
8 дней и более	211	100,0 (99,81-100)	15	7,1 (5,0-9,5)	129	61,1 (56,8-65,35)	67	31,8 (27,75-35,95)	4,2
Итого:	500	100,0 (99,81-100)	38	7,6 (5,45-10,1)	216	43,2 (38,85-47,55)	246	49,2 (44,8-53,6)	4,4

Средний уровень удовлетворенности пациентов отношением среднего медицинского персонала ниже, чем уровень удовлетворенности отношением врачей (Таблица 69).

Средний уровень удовлетворенности пациентов отношением среднего медицинского персонала составил 4,4 (аналогичный показатель удовлетворенности отношением врачей – 4,5). Оценки «Плохо» и «Крайне плохо» также отсутствуют. На «Отлично» оценили отношение среднего медицинского персонала 49% опрошенных пациентов (268 чел.), что также

ниже, чем оценка отношения врачей. В группе пациентов с длительностью пребывания 4-7 дней на «Отлично» оценили отношение среднего медицинского персонала 53% опрошенных пациентов. В группе пациентов с длительностью пребывания 8 дней и более уровень полной удовлетворенности (оценка «Отлично») составил 41%. Если сравнивать уровень полной удовлетворенности отношением врачей и отношением среднего медицинского персонала, то отмечаются интересные особенности: в каждой группе пациентов с различной длительностью пребывания в стационаре уровень полной удовлетворенности (оценка «Отлично») отношением среднего медицинского персонала ниже, чем аналогичный показатель для врачей. Но различия между уровнем полной удовлетворенности средним медицинским персоналом пациентов в группах в различной длительностью пребывания значительно ниже, чем аналогичные показатели для врачей.

Таблица 69. Распределение пациентов по уровню удовлетворенности отношением среднего медицинского персонала в зависимости от длительности пребывания в стационаре

Длительность пребывания	Все пациенты		Число/удельный вес пациентов, оценивших отношение среднего медицинского персонала как:						Средняя оценка
			Удовлетворительно		Хорошо		Отлично		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
до 3 дней	82	100,0 (99,81-100)	3	3,7 (2,25-5,54)	45	54,9 (50,5-59,22)	34	41,5 (37,2-45,85)	4,4
4-7 дней	207	100,0 (99,81-100)	7	3,4 (1,99-5,19)	90	43,5 (39,15-47,85)	110	53,1 (48,7-57,5)	4,5
8 дней и более	211	100,0 (99,81-100)	15	7,1 (5,0-9,5)	95	45,0 (40,65-49,4)	101	47,9 (43,55-52,3)	4,4
Итого:	500	100,0 (99,81-100)	25	5,0 (3,28-7,1)	230	46,0 (41,65-50,4)	245	49,0 (44,6-53,4)	4,4

Средний уровень удовлетворенности пациентов действиями медицинского персонала (если такие действия понадобились в период

лечения пациента) составил 2,5 балла (при максимальной оценке – 3 балла) (Таблица 70).

Таблица 70. Распределение пациентов по уровню удовлетворенности действиями медицинского персонала в зависимости от длительности пребывания в стационаре

Длительность пребывания	Все пациенты		Число/удельный вес пациентов, оценивших действия медицинского персонала как:						Средняя оценка*)
			Удовлетворительно		Хорошо		Отлично		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
до 3 дней	82	100,0 (99,81-100)	2	2,4 (1,23-3,95)	40	48,8 (44,4-53,2)	40	48,8 (44,4-48,25)	2,5
4-7 дней	207	100,0 (99,81-100)	11	5,3 (3,52-7,45)	80	38,6 (34,38-42,95)	116	56,0 (51,8-60,35)	2,5
8 дней и более	211	100,0 (99,81-100)	17	8,1 (5,86-10,68)	91	43,1 (38,75-47,45)	103	48,8 (44,4-53,2)	2,4
Итого:	500	100,0 (99,81-100)	30	6,0 (4,08-8,26)	211	42,2 (37,9-46,55)	259	51,8 (47,4-56,2)	2,5

*) удовлетворительно – 1 балл, хорошо – 2 балла, отлично – 3 балла.

Полностью удовлетворены действиями медицинского персонала 52% пациентов. Наиболее высокий показатель полной удовлетворенности по данному параметру наблюдается в группе пациентов со средними сроками пребывания 4-7 дней – 56%. В этой же группе пациентов отмечается наибольшая разница между показателями полной и частичной удовлетворенности (52% и 39% соответственно). В других группах статистически значимые различия в оценке полной удовлетворенности действиями персонала отсутствуют.

Средний уровень удовлетворенности пациентов питанием составил 0,6 баллов (при максимальной оценке – 1 балл) (Таблица 71).

Таблица 71. Распределение пациентов по уровню удовлетворенности пациентов питанием в зависимости от длительности пребывания в стационаре

Длительность пребывания	Все пациенты		Число/удельный вес пациентов, удовлетворенных питанием:								Средняя оценка*)
			Нет		Скорее нет		Частично		Полностью		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
до 3 дней	82	100,0 (99,81-100)	1	1,2 (0,435-2,36)	10	12,2 (9,48-15,24)	53	64,6 (60,35-68,75)	18	22,0 (18,45-25,74)	0,5
4-7 дней	207	100,0 (99,81-100)	9	4,3 (2,7-6,28)	37	17,9 (14,67-21,4)	117	56,5 (52,1-60,8)	44	21,3 (17,8-25,0)	0,4
8 дней и более	211	100,0 (99,81-100)	9	4,3 (2,7-6,28)	9	4,3 (2,7-6,28)	41	19,4 (16,03-23,0)	152	72,0 (67,95-75,85)	0,8
Итого:	500	100,0 (99,81-100)	19	3,8 (2,3-5,65)	56	11,2 (8,56-14,1)	211	42,2 (37,9-46,55)	214	42,8 (38,45-47,15)	0,6

*) нет – (-1) балл, скорее нет, чем да – (-0,5)баллов, больше да, чем нет – 0,5 баллов, да – 1 балл.

Полностью удовлетворены питанием 42% пациентов. Зависимость удовлетворенности питанием от длительности пребывания пациента в стационаре отличается от других параметров: самые высокие показатели полной удовлетворенности питанием отмечаются в группе пациентов с наибольшей длительностью пребывания: 72%. Показатель полной удовлетворенности питанием в других группах значительно ниже, различия данного показателя в двух других группах практически не значимы.

Несколько выше общий уровень удовлетворенности пациентов освещением палат, температурным режимом - 0,7 баллов (при максимальной оценке – 1 балл) (Таблица 72). Полностью удовлетворены данными условиями 55% пациентов. Интересно отметить, что по условиям освещения и температурного режима самый высокий удельный вес пациентов, полностью удовлетворенных условиями наблюдается в группе со средней

длительностью пребывания, и статистические различия в показателях по разным группам пациентов не являются значительными.

Таблица 72. Распределение пациентов по уровню удовлетворенности освещением и температурным режимом в зависимости от длительности пребывания в стационаре

Длительность пребывания	Все пациенты		Число/удельный вес пациентов, удовлетворенных освещением и температурным режимом:								Средняя оценка *)
			Нет		Скорее нет		Частично		Полностью		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
до 3 дней	82	100,0 (99,81-100)	2	2,4 (1,24-3,94)	5	6,1 (4,16-8,38)	33	40,2 (35,95-44,55)	42	51,2 (46,8-55,6)	0,7
4-7 дней	207	100,0 (99,81-100)	9	4,3 (2,7-6,28)	13	6,3 (4,32-8,6)	66	31,9 (27,85-36,05)	119	57,5 (53,1-61,8)	0,7
8 дней и более	211	100,0 (99,81-100)	5	2,4 (1,24-3,94)	12	5,7 (3,84-7,9)	82	38,9 (34,65-43,25)	112	53,1 (48,7-57,5)	0,7
Итого:	500	100,0 (99,81-100)	16	3,2 (1,83-4,95)	30	6,0 (4,08-8,25)	181	36,2 (32,0-40,45)	273	54,6 (48,7-57,5)	0,7

*) нет – (-1) балл, скорее нет, чем да – (-0,5) баллов, больше да, чем нет – 0,5 баллов, да – 1 балл.

Средний уровень удовлетворенности пациентов условиями оказания медицинской помощи составил 0,7 балла (при максимальной оценке – 1 балл) (Таблица 73).

Стоит отметить, что данный вопрос предлагается пациентам без пояснений. Полностью удовлетворены условиями оказания медицинской помощи 53% пациентов. Наиболее высокий показатель полной удовлетворенности по данному параметру наблюдается в группе пациентов со средними сроками пребывания 4-7 дней – 75%, наиболее низкий – в группе пациентов со сроками пребывания 8 дней и более (30%).

Таблица 73. Распределение пациентов по уровню удовлетворенности условиями оказания медицинской помощи в зависимости от длительности пребывания в стационаре

Длительность пребывания	Все пациенты		Число/удельный вес пациентов, удовлетворенных условиями оказания медицинской помощи:								Средняя оценка *)
			Нет		Скорее нет		Частично		Полностью		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
до 3 дней	82	100,0 (99,81-100)	0	0,0 (0-0,195)	2	2,4 (1,24-3,95)	33	40,2 (35,95-44,55)	47	57,3 (52,9-61,6)	0,8
4-7 дней	207	100,0 (99,81-100)	6	2,9 (1,6-4,55)	10	4,8 (3,1-6,85)	66	31,9 (27,85-36,05)	155	74,9 (71,0-78,6)	0,9
8 дней и более	211	100,0 (99,81-100)	1	0,5 (0,073-1,32)	7	3,3 (1,9-5,05)	82	38,9 (34,65-43,25)	64	30,3 (26,35-34,4)	0,5
Итого:	500	100,0 (99,81-100)	7	1,4 (0,555-2,62)	19	3,8 (2,3-5,65)	181	36,2 (32,0-40,45)	266	53,2 (48,8-57,6)	0,7

*) нет – (-1) балл, скорее нет, чем да – (-0,5) баллов, больше да, чем нет – 0,5 баллов, да – 1 балл.

Результаты проводимого в течение двух лет анкетирования пациентов позволили сделать следующие выводы.

Отмечаются различия в удовлетворенности условиями и оказанием медицинской помощи между группами пациентов с различной длительностью пребывания в стационаре

Для оценки значимости различий в удовлетворенности различными условиями оказания медицинской помощи между группами пациентов в зависимости от длительности использован дисперсионный анализ. Первичная гипотеза состояла в следующем: отмечаются различия в удовлетворенности условиями и оказанием медицинской помощи между группами пациентов с различной длительностью пребывания в стационаре. Расчеты представлены в Приложении 4. *Результаты расчетов с применением методов математической статистики.*

Дисперсионный анализ подтвердил наличие статистически значимых различий в ответах пациентах с разной длительностью пребывания. Таким образом, применение дисперсионного анализа подтвердило первичную

гипотезу о наличии различий в удовлетворенности условиями и оказанием медицинской помощи между группами пациентов с различной длительностью пребывания в стационаре.

Также нами проведена оценка взаимосвязи между удовлетворенностью пациента и оценкой различных характеристик пребывания в медицинской организации и оказанной медицинской помощью. Как интегральную характеристику удовлетворенности медицинской помощью мы рассматривали ответ на вопрос о рекомендации данной медицинской организации друзьям и родственникам. Исследование показало, что на желание пациента рекомендовать данную медицинскую организацию друзьям и родственникам наибольшее влияние оказывают отношения пациентов с врачами, питание и общие условия оказания медицинской помощи в учреждении. Данный вывод подтвержден определением коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Расчеты представлены в Приложении 4. *Результаты расчетов с применением методов математической статистики.*

Опыт анкетирования пациентов в течение 2-х лет свидетельствует о целесообразности его проведения на постоянной основе сплошным методом. Постоянная основа может быть обеспечена регламентированием периодов, в которые должно проводиться анкетирование всех пациентов (например, каждая первая неделя квартала и т.п.).

Опыт анкетирования медицинского персонала

Следует учитывать, несомненно, на результаты анкетирования накладывается удовлетворенность медицинского персонала условиями работы. Данный фактор должен учитываться. В медицинской организации – базе проведения исследования - была разработана анкета оценки удовлетворенности медицинского персонала работой в данной медицинской организации (представлена в разделе Методические подходы к мониторингу оптимальности вспомогательных процессов с использованием анкетирования).

Результаты анкетирования представлены ниже (Таблица 74).

Как можно отметить, уровень удовлетворенности медицинского персонала работой в данной медицинской организации является достаточно высоким. Таким образом, данный фактор, как мы считаем, в процессе проведения исследования не имел сильного влияния на другие оценочные характеристики со стороны медицинского персонала.

Таблица 74. Результаты оценки удовлетворенности медицинского работника

1. Удовлетворены ли Вы своей работой в целом?	
Да – 38% (34,4-43,3)	Скорее нет – 5% (3,2-7,18)
Скорее да – 53,5% (48,95-58,05)	Нет - 4,5% (2,85-6,59)
2. Считаете ли Вы свою зарплату соответствующей объему работы, которую Вы выполняете?	
Да – 16% (12,8-19,48)	Скорее нет – 38,5% (34,15-43,0)
Скорее да – 40,5% (36,1-45,0)	Нет - 15% (11,9-18,37)
3. Являются ли условия (бытовые, материально-технические) работы комфортными для работы?	
Да – 27% (23,07-31,15)	Скорее нет – 19,5% (16,03-23,25)
Скорее да – 46,5% (42,0-51,05)	Нет - 7% (4,87-9,5)
4. Является ли организация Вашей работы удовлетворительной?	
Да – 33,5% (29,25-37,85)	Скорее нет – 8,5% (6,17-11,23)
Скорее да – 55% (50,45-59,5)	Нет - 3% (1,65-4,75)
5. Есть ли у Вас возможность для карьерного роста?	
Да – 16,5% (13,27-20,05)	Скорее нет 40,5% (36,1-45,0)
Скорее да – 20,5% (16,97-24,3)	Нет - 22,5% (18,8-26,4)
6. Помогают ли задачи, которые Вы решаете, Вашему профессиональному развитию?	
Да, всегда - 17% (13,74-20,55)	Да, но редко – 22,5% (18,8-26,4)
Да, часто - 32% (27,85-36,35)	Нет – 6,5% (4,45-8,94)
Да, иногда - 31,5% (27,35-35,8)	
7. Как часто Вы думаете о смене места работы?	
Никогда – 23,5% (19,75-27,45)	Часто - 5% (3,3-7,17)
Очень редко – 46,5% (42,0-51,05)	Постоянно – 2,5% (1,27-4,13)
Иногда 32,5% (28,35-36,8)	
8. Насколько реалистичны ожидания/требования Вашего руководителя?	
Занижены – 3,5% (2,03-5,35)	Несколько завышены - 14% (11,0-17,3)
Несколько занижены - 4% (2,42-5,96)	Очень завышены - 5% (3,2-7,17)
Реалистичны – 73,2% (69,05-77,1)	
9. Как часто в течение типичной недели Вы чувствуете перегрузки и стресс?	
Никогда – 3% (1,65-4,75)	Часто – 21% (17,4-24,8)
Очень редко – 13,5% (10,52-16,72)	Постоянно – 7,5% (5,27-10,07)
Иногда – 55% (50,45-59,5)	
10. Довольны ли Вы тем, как Ваши коллеги относятся друг к другу?	
Да – 25,5% (21,65-29,57)	Скорее нет 9% (6,55-11,77)

Скорее да –61,5% (57,05-65,9)	Нет - 4% (2,43-5,97)
11. Ценят ли коллег Ваше мнение? (не путать с «руководствуются»)	
Да – 20% (16,47-23,75)	Скорее нет 8% (5,73-10,65)
Скорее да –70% (65,75-74,07)	Нет - 2% (0,93-3,47)
12. Пользуется ли Ваш непосредственный руководитель Вашим личным авторитетом?	
Да – 34,5% (30,25-38,9)	Скорее нет 15% (11,9-18,35)
Скорее да –42% (37,55-46,5)	Нет - 8,5% (6,17-11,23)
13. Удовлетворены ли Вы компетентностью решений Вашего непосредственного руководителя?	
Да – 50% (45,45-54,55)	Скорее нет 8% (5,73-10,65)
Скорее да –40,5% (36,1-45,0)	Нет - 1,5% (0,6-2,83)

Опыт проведения анкетирования пациентов и медицинского персонала до начала проведения исследования позволил сформулировать основные методические подходы к анкетированию и сформировать его методический инструментарий.

7.3. Методические подходы к мониторингу оптимальности вспомогательных процессов с использованием анкетирования

Рекомендуется реализация следующих методических подходов к анкетированию при организации мониторинга оптимальности процессов.

1. Анкетирование медицинского персонала на предмет общей удовлетворенности работой в данной медицинской организации.

Анкета для изучения удовлетворенности медицинского персонала работой сформирована с учетом опыта анкетирования персонала в предшествующий период и соответствует общепринятым методическим подходам по изучению благополучия работников, изложенных исследователями в ряде публикаций (например: Карелина А.А., Дукарт С.А., Селевич О.С., 2017) (Приложение 3. *Анкета оценки удовлетворенности медицинского работника*). Основные доработки касались представления данных анкетированного сотрудника с соблюдением требования конфиденциальности.

Достаточная по нашему мнению периодичность анкетирования – один раз в полгода. Опросу подлежат все сотрудники организации (исследование

сплошным методом). Для оценки следует использовать расчет средней балльной оценки. Должна проводиться оценка динамики средних показателей.

2. Анкетирование персонала медицинской организацией на предмет удовлетворенности организацией процессов (представлено в соответствующем разделе).

Анкетирование сотрудников по вопросам оптимальности вспомогательных процессов в медицинской организации проведено на начальном этапе разработки моделей процессов. Анкетирование персонала проведено на предмет оптимальности организации вспомогательных бизнес-процессов. Анкета включала прямые вопросы об удовлетворенности персонала организацией тех или иных процессов (Приложение 3. *Анкета персонала по оценке организации вспомогательных процессов*). Результаты анкетирования стали ориентиром для определения оптимальности каждой модели бизнес-процесса и необходимости доработки модели asis в направлении astobe. Анкета приведена в соответствующем разделе.

3. Анкетирование пациентов на предмет удовлетворенности оказанной медицинской помощью и ее условиями.

Рекомендуемая анкета пациента включает 7 вопросов по оценке условий оказания медицинской помощи, 2 вопроса о предпочтительности лечения в данной медицинской организации (всего 9 вопросов) (Приложение 3. *Анкета пациента*). Оценку условий оказания медицинской помощи предлагается проводить по следующей шкале: *крайне плохо* – 0 баллов, *плохо* – 1 балл, *удовлетворительно* – 2 балла, *хорошо* – 3 балла, *отлично* – 4 баллов. Вопросы о предпочтительности лечения в данной медицинской организации оценивались следующими ответами: *нет* - 0 баллов, *не знаю/затрудняюсь ответить* - 1 балл, *да* - 2 балла. Анкетой также предусмотрены указание на пол, возрастную группу, обслуживаемый контингент (сотрудники, другие прикрепленные лица), длительность пребывания в стационаре в течение данного случая заболевания.

Анкета включает вопрос о предпочтении в данной организации, если возникнет необходимость повторного лечения, и вопрос о рекомендации данной медицинской организации своим друзьям и знакомым (ответы: *да, нет, затрудняюсь ответить*). Данные вопросы рассматривались нами как контрольные друг к другу и в анкете были разнесены: один являлся первым, другой – последним. Ответы на них рассматривались как оценка пациентом общей удовлетворенности/не удовлетворенности оказанием и условиями медицинской помощи.

В стационаре рекомендуется анкетирование сплошным методом. Для оценки также следует использовать расчет средней балльной оценки. Должна проводиться оценка динамики средних показателей.

4. Анкетирование медицинского персонала на предмет удовлетворенности оказанной медицинской помощью и ее условиями.

С точки зрения характера рассматриваемых в исследовании процессов, их потребителями являются как пациенты, так и медицинский персонал. В исследовании предложены анкеты для опроса медицинского персонала и пациентов на предмет изучения их удовлетворенности условиями оказания медицинской помощи.

Анкета для опроса медицинского персонала включает 12 вопросов (в первом пункте анкеты – 2 вопроса) (Приложение 3. *Анкета медицинского персонала*). Семь из них совпадают с вопросами анкеты пациента. Два вопроса касаются мнения медицинского персонала об удельном весе пациентов, которые предпочли бы данную медицинскую организацию для повторного лечения и рекомендовали бы ее (организацию). Также поставлен ряд других вопросов. Анкетирование проводилось анонимно. В анкету также включены вопросы о поло-возрастных характеристиках респондента, категории медицинского персонала (врач/средний медицинский работник), длительности работы в данной медицинской организации.

7.4. Результаты пилотного анкетирования пациентов и персонала на предмет удовлетворенности условиями медицинской помощи

В процессе исследования было проведено пилотное анкетирование пациентов и персонала. Пилотное анкетирование проведено в целях апробации предложенного методического инструментария. Критериями успешности апробации инструментария являлись: а) высокий удельный вес возврата анкет; б) высокий удельный вес наличия ответов. Отметим также, что при пилотажном исследовании не ставятся требования к численности опрошенных лиц (Эмпирическая социология : учеб. пособие / сост. Л.А. Мироненко. – Комсомольск-на-Амуре: ФГБОУ ВПО «КнАГТУ», 2013. – 181 с).

Как показало пилотажное исследование, инструментарий может быть применен.

Результаты анкетирования пациентов, проведенного в процессе исследования

В данном разделе приведены результаты проведения анкетирования пациентов и медицинского персонала на основе разработанных анкет, которое проводилось в ходе внедрения процессного подхода.

Результаты анкетирования пациентов представлены в таблице (Таблица 75).

Таблица 75. Результаты анкетирования пациентов

Отвечили на вопрос - всего. *)	в том числе указали ответ - бальную оценку (чел.):				
	0	1	2	3	4
1. Удовлетворены ли Вы отношением врачей во время пребывания в отделении? Как оцениваете вежливость и внимательность врача?					
319	0	1	7	93	218
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,3% (0,0-1,2)	2,2% (0,88-4,1)	29,2% (24,35-34,35)	68,3% (63,1-73,3)
2. Удовлетворены ли Вы объяснением врачом назначенных исследований и назначенного лечения?					
320	0	1	17	96	206
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,3% (0,0-1,2)	5,3% (3,12-8,02)	30,0% (25,08-35,15)	64,4% (59,05-69,57)
3. Удовлетворены ли Вы отношением медицинских сестер во время пребывания в					

Ответили на вопрос - всего.)*	в том числе указали ответ - бальную оценку (чел.):				
	0	1	2	3	4
отделении? Как оцениваете их вежливость и внимательность?					
320	0	0	11	76	233
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,0% (0-1,2)	3,4% (1,68-5,67)	23,8% (19,27-24,2)	72,8% (67,75-77,55)
4. Если во время пребывания в медицинской организации Вам требовалась помощь медицинского персонала, то как Вы оцениваете их действия?					
318	0	0	8	98	212
100,0	0,0% (0-1,2)	0,0% (0-1,2)	2,5% (1,08-4,5)	30,8% (25,85-36,0)	66,7% (61,4-71,75)
5. Как Вы оцениваете условия оказания медицинской помощи в целом?					
319	0	0	15	98	206
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,0% (0-1,2)	4,7% (2,65-7,3)	30,7% (25,74-35,85)	64,6% (59,25-69,75)
6. Как Вы оцениваете бытовые и санитарные условия пребывания?					
320	0	6	39	143	132
100,0%	0,0% (0-1,2)	1,9% (0,695-3,7)	12,2% (8,85-16,08)	44,7% (39,3-50,2)	41,3% (35,95-46,75)
7. Как Вы оцениваете питание?					
320	1	2	56	142	119
100,0%	0,3% (0,0-1,2)	0,6% (0,05-1,75)	17,5% (13,55-21,85)	44,4% (39,0-49,9)	37,2% (31,97-42,6)
8. В случае возможности лечения в другом стационаре, обратились бы Вы снова в нашу медицинскую организацию?**)					
318	12	27	279	xxx	xxx
100,0%	3,8% (1,96-6,25)	8,5% (5,7-11,85)	87,7% (83,87-91,07)	xxx	xxx
9. Рекомендовали бы Вы нашу медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?**)					
320	0	37	283	xxx	xxx
100%	0,0% (0-1,2)	11,6% (8,34-15,33)	88,4% (84,67-91,7)	xxx	xxx

*) общее число опрошенных 320 чел.

**) по шкале: нет (0), не знаю (1); да (2).

Двадцать два пациента, ответивших положительно на вопрос о повторном обращении в данную медицинскую организацию, затруднились при этом ответить на вопрос о рекомендации данной организации родственникам и друзьям. Интересно, что из числа пациентов, ответивших положительно на вопрос о рекомендации данной медицинской организации друзьям и знакомым, двое не ответили на вопрос о повторном обращении в

данную организацию для своего лечения, 10 человек предпочли бы другую организацию и 14 чел. затруднились с ответом. Таким образом, можно сделать однозначный вывод о необходимости включения в анкеты контрольных вопросов для выяснения общей оценки пациентом прохождения лечения в медицинской организации.

Также можно отметить, что, несмотря на анонимность анкеты, не дали ответа на вопрос о возрастной группе – 41 чел., пол не указали 59 чел., о принадлежности к тому или иному обслуживаемому контингенту – 105 чел. (из 320 респондентов). Не предоставили никаких данных о себе – 25 пациентов. При сопоставлении полученных данных с данными до внедрения разработанных в ходе исследования моделей отмечается положительная тенденция, т.е. увеличение количества положительных ответов, в среднем, на 10-15% ((6,95%-13,57%)-(11,27%-19,1%)).

Результаты анкетирования медицинского персонала на предмет удовлетворенности пациентов условиями оказания медицинской помощи

Как правило, с целью оценки медицинской помощи проводится анкетирование пациентов. Значительно реже с этой целью проводится анкетирование медицинского персонала, хотя именно медицинский персонал имеет возможность квалифицированной профессиональной оценки медицинской помощи и условий ее оказания (Евстигнеев С.В., Васильев В.В., 2016).

Существенную роль в отказе от использования такого подхода к оценке медицинской помощи играет, по-видимому, предположение о невозможности объективной оценки своей же, по сути, работы, и условий оказания медицинской помощи, на которые врачи зачастую имеют очень слабое влияние. Однако, следует отметить, что использование результатов анкетирования пациентов в части оценки медицинской помощи также имеет свои методологические допущения. Сравнительный анализ результатов анкетирования пациентов и медицинского персонала смог бы, по нашему мнению, прояснить данную ситуацию, а также оценить насколько корректно

медицинский персонал оценивает удовлетворенность пациентов. Понимание медицинским персоналом требований пациентов к медицинской помощи и ее условиям, выражаемым через ответы на вопросы анкет, – мощный фактор совершенствования медицинской помощи и условий ее оказания.

В процессе выполнения научной работы была поставлена задача проведения сравнительного анализа результатов анкетирования пациентов и медицинского персонала. Постановка задачи обусловлена большей организационной доступностью анкетирования медицинского персонала в сравнении с анкетированием пациентов. Особенно это касается проблем с анкетированием амбулаторных пациентов.

В целях решения поставленной задачи в медицинской организации - базе исследования было проведено одновременное анкетирование пациентов и медицинского персонала. В анкету для персонала включены вопросы об удовлетворенности пациентов. Формулировка вопросов является «зеркальной» к вопросам анкеты пациентов. Опросу подлежали все выписанные в течение недели пациенты и медицинский персонал стационара (средние медицинские работники и врачи, включая заведующих отделениями).

Работникам медицинской организации было предложено оценить какая часть пациентов ответила «да» на указанные вопросы (в %), а также ответить на вопрос – рекомендовали бы они сами лечение в медицинской организации, в которой работают, своим друзьям и родственникам.

Результаты анкетирования медицинского персонала представлены в таблице (Таблица 76, Таблица 77). Указанные таблицы отражают ответы медицинского персонала на вопросы, «зеркальные» по отношению к вопросам анкеты пациента. При этом медицинский персонал просили предположить оценку пациентов. Формулировка вопросов в таблице представлена в сокращенном виде⁸.

⁸ например, формулировка вопроса в таблице *Удовлетворены ли пациенты отношением врачей во время пребывания в отделении?* Формулировка вопроса в анкете: *Как Вы считаете, удовлетворены ли пациенты отношением врачей во время пребывания в отделении?*

Таблица 76. Результаты анкетирования медицинского персонала (1)

Ответили на вопрос – всего*)	в том числе указали ответ - бальную оценку (чел.):				
	0	1	2	3	4
1. Удовлетворены ли пациенты отношением врачей во время пребывания в отделении? Как они оценивают вежливость и внимательность врача?					
469	0	3	90	287	89
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,6% (0,103-1,5)	19,2% (15,74-22,9)	61,2% (56,75-65,6)	19,0% (15,56-22,7)
2. Удовлетворены ли пациенты объяснением врачом назначенных исследований и назначенного лечения?					
469	0	20	140	237	72
100,0%	0,0% (0-1,2)	4,3% (2,65-6,45)	29,9% (25,8-34,15)	50,5% (45,95-55,05)	15,4% (12,27-18,84)
3. Удовлетворены ли пациенты отношением медицинских сестер во время пребывания в отделении? Как они оценивают их вежливость и внимательность?					
469	0	3	68	197	201
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,6% (0,103-1,5)	14,5% (11,47-17,83)	42,0% (37,55-46,5)	42,9% (19,2-22,53)
4. Если во время пребывания в медицинской организации пациенту требовалась помощь медицинского персонала, то как он(а) оценивает действия персонала?					
469	0	0	73	229	167
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,0% (0-1,2)	15,6% (12,43-19,03)	48,8% (44,25-53,35)	35,6% (31,33-40,05)
5. Как пациенты оценивают условия оказания медицинской помощи в целом?					
469	0	11	68	316	74
100,0%	0,0% (0-1,2)	2,3% (1,13-3,85)	14,5% (11,43-17,83)	67,4% (63,0-71,53)	15,8% (12,63-19,27)
6. Как пациенты оценивают бытовые и санитарные условия пребывания?					
469	3	26	179	173	88
7. Как пациенты оценивают питание?					
469	0	60	108	247	54
100,0%	0,6% (0,103-1,5)	5,5% (3,6-7,75)	38,2% (33,85-42,7)	36,9% (32,6-41,35)	18,8% (15,37-22,5)
8. В случае возможности лечения в другом стационаре, какая часть пациентов обратилась бы снова в нашу медицинскую организацию? (указала бы ответ «да»)					
xxx	xxx	xxx	69,6%** (65,35-73,7)	xxx	xxx
9. Какая часть пациентов рекомендовала ли бы нашу медицинскую организацию друзьям и родственникам? (указала бы ответ «да»)					
xxx	xxx	xxx	67,3%** (62,95-71,5)	xxx	xxx

*) общее число опрошенных - 469 чел.

**) среднее значение по результатам ответов

Таблица 77. Результаты анкетирования медицинского персонала (2)

Вопрос	Число респондентов, указавших ответ:*				
	Нет	Скорее нет, чем да	Затрудняюсь ответить	Скорее да, чем нет	Да
Балльная оценка ответов	0	1	2	3	4
Зависят ли оценки пациентов от длительности лечения**	125	xxx	209	xxx	135
	26.6 (22,7-30,73)	xxx	44.6 (40,13-49,15)	xxx	28.8 (24,77-33,0)
Должны ли результаты анкетирования пациентов учитываться руководством медицинской организации при принятии управленческих решений ***	138	xxx	xxx	xxx	331
	29.4 (25,35-33,6)	xxx	xxx	xxx	70.6 (66,35-74,65)
Рекомендовали бы Вы лечение в нашей медицинской организации своим друзьям и родственникам ****	15	42	xxx	209	195
	4.8 (3,05-6,92)	9.0 (6,55-11,77)	xxx	44.6 (40,13-49,15)	41.6 (37,15-46,1)

*) общее число опрошенных и ответивших на вопросы - 469 чел.

***) предложено 3 ответа на вопрос

****) предложено 2 ответа на вопрос

****) предложено 4 ответа на вопрос

Семьдесят процентов (70%) лиц из числа медицинского персонала считают, что результаты анкетирования пациентов должны учитываться руководством организации при принятии управленческих решений (Таблица 77).

Сравнительный анализ результатов опроса пациентов и персонала

Сравнительный анализ результатов опроса пациентов и персонала по одному и тому же вопроснику представлен в таблице (Таблица 78).

Таблица 78. Сравнительный анализ результатов анкетирования медицинского персонала по двум вариантам постановки вопроса

Ответили на вопрос – всего (%)	в том числе указали ответ – бальную оценку (%):					Средний балл
	0	1	2	3	4	
1. Удовлетворенность пациентов отношением врачей во время пребывания в отделении, их вежливостью и внимательностью						
Пациенты						
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,3% (0,0-1,01)	2,2% (1,07-3,75)	29,2% (25,15-33,45)	68,3% (64,0-72,47)	3,7
Медицинский персонал						
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,6% (0,105-1,5)	19,2% (15,73-22,9)	61,2% (56,75-65,6)	19,0% (15,57-22,7)	3,0
2. Удовлетворенность пациентов объяснением врачом назначенных исследований и назначенного лечения						
Пациенты						
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,3% (0,009-1,09)	5,3% (3,45-7,52)	30,0% (25,9-34,25)	64,4% (60,0-68,7)	3,6
Медицинский персонал						
100,0%	0,0% (0-1,2)	4,3% (2,65-6,35)	29,9% (25,8-34,15)	50,5% (45,95-55,05)	15,4% (12,23-18,83)	2,8
3. Удовлетворенность пациентов отношением медицинских сестер во время пребывания в отделении? Как оцениваете их вежливость и внимательность?						
Пациенты						
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,0% (0-1,2)	3,4% (1,95-5,23)	23,8% (20,03-23,45)	72,8% (68,65-76,75)	3,7
Медицинский персонал						
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,6% (0,105-1,5)	14,5% (11,43-17,83)	42,0% (37,55-46,5)	42,9% (38,4-47,4)	3,3
4. Удовлетворенность пациентов действиями медицинского персонала в случае необходимости помощи						
Пациенты						
100,0	0,0% (0-1,2)	0,0% (0-1,2)	2,5% (1,27-4,17)	30,8% (26,7-35,1)	66,7% (62,35-79,0)	3,6
Медицинский персонал						
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,0% (0-1,2)	15,6% (12,43-19,03)	48,8% (44,25-53,35)	35,6% (31,33-40,05)	3,2
5. Удовлетворенность пациентов условиями оказания медицинской помощи в целом						
Пациенты						
100,0%	0,0% (0-1,2)	0,0% (0-1,2)	4,7% (2,96-6,8)	30,7% (26,55-34,5)	64,6% (60,2-68,9)	3,6
Медицинский персонал						
100,0%	0,0% (0-1,2)	2,3% (1,15-3,84)	14,5% (11,47-17,82)	67,4% (63,05-71,57)	15,8% (12,63-19,27)	3,0
6. Удовлетворенность пациентов бытовыми и санитарными условиями пребывания						
Пациенты						
100,0%	0,0% (0-1,2)	1,9% (0,806-3,35)	12,2% (9,4-15,33)	44,7% (40,2-49,25)	41,3% (36,85-45,8)	3,3

Ответили на вопрос – всего (%)	в том числе указали ответ – бальную оценку (%):					Средний балл
	0	1	2	3	4	
Медицинский персонал						
100,0%	0,6% (0,102-1,5)	5,5% (3,6-7,75)	38,2% (33,85-42,7)	36,9% (32,6-41,35)	18,8% (15,37-22,5)	2,7
7. Удовлетворенность пациентов питанием						
Пациенты						
100,0%	0,3% (0,009-1,09)	0,6% (0,105-1,5)	17,5% (14,17-21,07)	44,4% (39,95-48,95)	37,2% (32,85-41,65)	3,2
Медицинский персонал						
100,0%	0,0% (0-1,2)	12,8% (9,93-16,0)	23,0% (19,27-26,9)	52,7% (48,15-57,25)	11,5% (0,6-2,82)	2,9

Результаты убедительно свидетельствуют о более высокой оценке различных аспектов оказания и условий медицинской помощи со стороны пациентов по сравнению с оценкой медицинского персонала.

Достоверность результатов подтверждена сравнением методом Вилкоксона-Манна-Уитни (см. Приложение 4. *Результаты расчетов с применением методов математической статистики*).

Подавляющая часть пациентов предпочла бы повторное лечение в данной медицинской организации (87,7%) и рекомендовала бы данную медицинскую организацию своим друзьям и родственникам (88,4%). Положительно ответили на оба последних вопроса 257 пациентов (80% пациентов).

Медицинский персонал считает, что 70% (средний показатель по ответам) пациентов выбрали бы данную медицинскую организацию для повторного лечения и 67% (средний показатель по ответам) пациентов рекомендовала бы данную медицинскую организацию своим друзьям и родственникам. Данные показатели значительно ниже результатов ответов пациентов.

Интересно отметить, что имеется расхождение ответов медицинского персонала на вопросы о предпочтении данной медицинской организации при разной поставке вопроса: на вопрос о рекомендации данной медицинской организации со стороны пациентов ответы медицинского персонала имеют

менее благоприятную оценку, чем ответы пациентов. Но при этом ответы медицинского персонала на вопрос о рекомендации данной медицинской организации своим друзьям и родственникам практически совпадают с ответами пациентов: рекомендовали бы 88,4% пациентов и 87,7% медицинского персонала (включая ответы *да* и *скорее да, чем нет*).

Таким образом, путем анкетирования медицинского персонала, которое, укажем еще раз, организационно гораздо проще провести, можно провести оценку удовлетворенности пациентов. Подчеркнем, что формулировка вопроса должна предлагать оценить мнение пациентов, а не дать оценку собственной работе.

Результаты проведенного анкетирования свидетельствуют о возможности и целесообразности применения анкетирования медицинского персонала (по возможности - и пациентов) в целях оценки оптимальности организации вспомогательных процессов в медицинской организации в режиме мониторинга. Применение единой формализованной методологии сбора данных позволит создать единую информационную базу, которая может использоваться при принятии управленческих решений.

И в заключении хотелось бы отметить следующее. Деятельность медицинского персонала и медицинской организации в целом состоит из выполнения ряда регламентированных и сложившихся (нерегламентированных) процессов. По сути, любая оценка деятельности прямо или косвенно представляет собой оценку оптимальности (или не оптимальности) процессов организации деятельности и действий. Если оценка тяготеет к негативной, то целесообразно пересматривать организацию процессов. Анкетирование пациентов также служит указанным целям и обоснование для принятия управленческих решений. При этом проведение анкетирования пациентов представляет определенные организационные сложности, особенности в условиях оказания помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современных условиях социально-экономического развития страны мероприятия по реформированию здравоохранения должны значительно повысить эффективность отрасли. В этой связи особо важное значение приобретает разработка оптимальных вариантов управления медицинскими организациями как основными субъектами оказания медицинской помощи населению. Как считают многие специалисты, современный путь совершенствования управлением в здравоохранении – использование процессного подхода, который, в соответствии со стандартами серии ИСО 9000, является квинтэссенцией Total Quality Management – всеобъемлющей системы качества в здравоохранении. Медицинские организации Российской Федерации не являются исключением в аспекте необходимости совершенствования управления.

Процессный подход – современная управленческая технология, обеспечивающая оптимальное сочетание внедрение экономических и организационно-административных методов управления. В научных публикациях по проблемам оказания медицинской помощи процессный подход рассматривается как одно из основных направлений управления качеством медицинской помощи.

Проведенное комплексное социально-гигиеническое исследование, включающее научное обоснование реализации процессного подхода в медицинские организации в части вспомогательных процессов и процессов развития (внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности) подтвердили актуальность внедрения процессного подхода.

В ходе исследования установлено, что, несмотря на наличие довольно многочисленных исследований в области процессного подхода, практически отсутствует научно обоснованный инструментарий внедрения процессного подхода в медицинские организации. В частности отсутствуют реестры, модели и подходы к мониторингу вспомогательных процессов и процессов

развития в части внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

В исследовании представлена подробная характеристика базы исследования. Базы исследования составили медицинские организации системы МВД России. Исследование медицинской службы МВД проведено с позиций рассмотрения службы как объекта внедрения процессного подхода в управлении и базы разработки научно-методического инструментария. Источником данных послужили данные ведомственной медицинской статистической отчетности.

Проведенный анализ статистических показателей и их динамики позволяет сделать следующие выводы о состоянии и тенденциях развития ведомственной медицины МВД России в 2013-2017 гг.:

- рост численности прикрепленного контингента;
- рост мощности медицинских организаций (коечный фонд, мощность поликлиник) в абсолютном исчислении при одновременном снижении показателей обеспеченности обслуживаемого контингента обеспечением указанными ресурсами;
- рост показателей абсолютной численности медицинского персонала и обеспеченности медицинским персоналом обслуживаемого контингента;
- рост абсолютных и относительных (на 1000 лиц) показателей объемов стационарной медицинской помощи (число госпитализаций, койко-дни) при снижении средней длительности случая госпитализации;
- рост абсолютного и относительного (на 1000 лиц) показателей объемов амбулаторно-поликлинической помощи (посещения);
- снижение показателей заболеваемости, в том числе с временной утратой трудоспособности, первичного выхода на инвалидность, смертности;

- стабильная структура заболеваемости по классам болезней с преобладанием болезней органов дыхания (треть всех выявленных заболеваний);

- разнонаправленная динамика всех показателей, использованных для анализа медицинской службы МВД в разрезе медико-санитарных частей МВД (субъектов Российской Федерации);

- значительная дифференциация практически всех показателей в разрезе медико-санитарных частей МВД России при наличии тенденции к снижению дифференциации практически по всем показателям, за исключением показателя обеспеченности штатными должностями среднего медицинского персонала;

Идентифицированные в процессе исследования характеристики ведомственной системы здравоохранения МВД России и совокупности медицинских организаций, составляющих ее, определяют возможность их использования как базы формирования научно-методического инструментария внедрения процессного подхода в управлении с последующей его имплементацией на медицинские организации государственной и частной систем здравоохранения.

В целях разработки реестра и типовых моделей процессов развития в части внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов решены следующие задачи и выполнены следующие работы:

- определены базовые методологические и методические подходы к моделированию (проектированию);

- проведена модификация методик, выбранных по результатам изучения научных публикаций в целях выполнения задач данного исследования;

- определены требования к составу модели;

- определены формы документирования процессов (моделей);

- определена нотация модели;

- изучены научные публикации, публикации практической направленности и ведомственная НПА по содержанию каждого бизнес-процессу;
- созданы рабочие группы по идентификации процессов, разработке и документированию моделей;
- проведено анкетирование персонала на предмет оптимальности организации вспомогательных бизнес-процессов;
- изучены вспомогательные процессы в и сформированы их реестр процессов и модели;
- сформированы модели процессов развития в части внутреннего контроля качества;
- определена группа экспертов для проведения типизации» реестра процессов и их моделей; ими принималось решение о возможности применения реестра процессов и их моделей в других медицинских организациях; проведена «типизация» реестра процессов и их моделей.

Реестр типовых процессов развития в части внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес- процессов медицинской организации МВД России.

Идентификация основных вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации проведена на основании:

- анализа научных публикаций по проблемам организации деятельности медицинских организаций (за исключением лечебно-диагностической);
- анализа ведомственных и локальных нормативно-правовых актов по проблемам деятельности медицинской организации в системе МВД;
- исследования состава вспомогательных процессов в медицинской организации.

Для идентификации типовых вспомогательных бизнес-процессов была создана рабочая группа. На основании мнений членов экспертной группы реестр признан типовым, т.е. включающим процессы, которые реализуются

практически во всех медицинских организациях. В результате сформирован реестр из 39 –ти типовых процессов развития в части внутреннего контроля качества и 30-ти типовых вспомогательных бизнес-процессов, проведена их классификация на основе предложенной типологии.

В свете приоритетного внимания государства к информатизации здравоохранения в исследовании проведена идентификация и сформирован реестр информационно-телекоммуникационных бизнес-процессов в медицинской организации.

Целью формирования методологических и методических подходов к информатизации вспомогательных бизнес-процессов в единой ведомственной информационной системе являлась идентификация типовых процессов из числа представленных в реестре, их компонентов и данных, которые подлежат мониторингу, т.е. представляют информационный и управленческий интерес, на уровне ведомства. Методологические и методические подходы представлены в форме документа Концепция автоматизированной информационной системы "Единая информационно-аналитическая система мониторинга реализации вспомогательных процессов в медицинских организациях ведомственной системы здравоохранения МВД России", исследовательский прототип созданной на базе данной концепции автоматизированной информационной системы мониторинга внедрен в медицинской организации базы исследования.

Типовые модели вспомогательных бизнес-процессов и бизнес-процессов развития в части внутреннего контроля качества медицинской организации.

В соответствии с разработанными в процессе исследования требованиями, модели указанных бизнес-процессов включают:

- основные компоненты (подпроцессы) процесса, их взаимосвязи, последовательность;
- оценку трудоемкости выполнения;
- целевые показатели и факторы риска выполнения процесса;

- подходы к мониторингу процесса и снижению риска невыполнения;

- вариабельность модели при ее имплементации в различных медицинских организациях как необходимое требование «типизации» модели.

При моделировании использованы функциональные (не структурные) модели вспомогательных бизнес-процессов.

Нотации функциональных моделей бизнес-процессов, предназначенные для использования в медицине и организации здравоохранения, были разработаны Берсеновой Е.А. В процессе исследования проведена доработка данной нотации в направлении отражения входной для процесса информации.

Базовыми компонентами схемы (модели) являются следующие:

- входная/выходная информация;
- деятельность (основные действия);
- подразделения – структурные подразделения медицинской организации, ответственные за осуществление конкретных действий (деятельности), или вовлеченные в нее;
- должностные лица, ответственные за выполнение тех или иных действий (деятельности);
- бизнес-правила, на основании которых сформирована схема действий.

Базовые компоненты модели при ее графическом отображении посредством разделителей (swimline) разделены на зоны.

Функциональные компоненты модели процесса управления представлены на схеме параметром *Деятельность*, структурные компоненты модели – связи - представлены сплошными и пунктирными линиями со стрелками. Информационные компоненты модели (И) представлены входной/выходной информацией. Геометрическая фигура сплошной круг используется для обозначения начала (инициации) процесса, двойной круг –

окончание (финиш) процесса. Применяемая нотация обеспечивает, по нашему мнению, достаточно понятное для руководителей и сотрудников представление процесса.

В данном исследовании основными формами документирования определены:

– графическое представление бизнес-процесса; данное представление в соответствии с методологией формирования модели бизнес-процесса является первичным (т.е. выбранная методология ориентирована на графическое представление модели);

– текстовое описание; такая форма представления модели является более удобной для сотрудников, т.к. в медицинской организации процессы регламентируются приказами и распоряжениями, т.е. текстовыми документами.

В целях оценки трудоемкости процесса и его компонентов в процессе исследования проведена модификация одного из методов финансового анализа - метода функционально-стоимостного анализа. Оценка сформирована во временных параметрах.

Необходимость вариабельности моделей бизнес-процессов на этапе их создания обусловлена практической потребностью диверсификации разработанной модели процесса с целью имплементации ее в различных медицинских организациях при внедрении процессного подхода. В данном исследовании направления вариабельности определены для типовых моделей, подлежащих внедрению (имплементации).

Основными методами мониторинга процессов в данном исследовании определены:

- наличие нежелательных событий и дефектов, свидетельствующих о низком качестве процесса;
- опрос потребителей процессов; в данном исследовании мы относим к ним не только пациентов, но и медицинский персонал.

Результаты анкетирования персонала по оптимальности организации вспомогательных бизнес-процессов стали ориентиром для определения оптимальности каждой модели бизнес-процесса и необходимости доработки модели «*asis*» в направлении «*tobe*». Для формирования моделей вспомогательных бизнес-процессов были созданы рабочие группы. Рабочая группа была создана для каждого процесса, идентифицированного на предыдущем этапе исследования.

В результате проведенной работы было сформировано 30 типовых моделей вспомогательных бизнес-процессов (соответственно перечню типовых бизнес-процессов реестра) и 39 типовых моделей процессов развития в части внутреннего контроля качества. В тексте диссертационного исследования модели представлены в текстовой и графической форме.

Разработанные реестр и модели вспомогательных процессов были оценены на предмет возможности их внедрения в других медицинских организациях («типизированы»). Целью типизации процессов также является обеспечение рационального использования материальных и трудовых ресурсов с учетом конкретных условий медицинской организации.

Проблема типизации состоит в том, что типовую модель бизнес-процесса, в принципе, можно было бы определить как модель в наибольшей мере, соответствующую реализации бизнес-процесса в различных медицинских организациях. Однако, такое определение бизнес-модели не несет в себе характера перспективности модели. По сути, это сведение модели от «*asis*» к «*tobe*».

В исследовании для типовой модели бизнес-процесса медицинской организации сформированы следующие требования:

- представление модели в категориях практического опыта, доступность понимания и рассмотрения экспертами;
- возможность применения без значительных изменений в медицинских организациях, аналогичных по структуре и функциям пилотным медицинским организациям;

- адаптируемость к конкретным условиям деятельности медицинской организации (на основании сформированной вариабельности модели);
- оптимальность представления для практического применения (без излишней детализации);
- обеспечение оптимальности расходования ресурсов.

В экспертную группу по «типизации» моделей были приглашены руководители/заместители руководителей медицинских организаций МВД России. Модели были признаны типовыми после согласования всеми экспертами и наличием всех положительных ответов на соответствие модели требованиям к их «типизации».

Как показано в ряде исследований, оценка удовлетворенности пациентов (анкетирование) может применяться как управленческий инструмент в здравоохранении. Соответственно, анкетирование может быть использовано для оценки оптимальности реализации бизнес-процессов в организации здравоохранения. Нами проводилось анкетирование пациентов до начала исследования. Результаты проводимого в течение 2-х лет анкетирования подробно изложены в главе 7. Опыт анкетирования использован при проведении анкетирования пациентов и медицинского персонала в процессе данного исследования.

Сразу следует отметить, что анкетирование медицинского персонала с целью оценки медицинской помощи проводится значительно реже, чем анкетирование пациентов. В то же время именно медицинский персонал имеет возможность квалифицированной профессиональной оценки медицинской помощи и условий ее оказания. Существенную роль в отказе от использования такого подхода к оценке медицинской помощи играет, по видимому, предположение о невозможности объективной оценки своей же, по сути, работы, и условий оказания медицинской помощи, на которые врачи зачастую имеют очень слабое влияние. Однако, следует отметить, что

использование результатов анкетирования пациентов в части оценки медицинской помощи также имеет свои методологические допущения.

В процессе выполнения научной работы была поставлена задача проведения сравнительного анализа результатов анкетирования пациентов и медицинского персонала. В целях ее решения в пилотной медицинской организации было проведено одновременное анкетирование пациентов и медицинского персонала в круглосуточном стационаре. Анкета пациента включала 7 вопросов по оценке условий оказания медицинской помощи, 2 вопроса о предпочтительности лечения в данной медицинской организации (всего 9 вопросов). Анкета для опроса медицинского персонала включала 13 вопросов. Семь из них сформулированы «зеркально» к вопросам анкеты пациента.

Анкетирование проводилось анонимно. В анкету включены вопросы о половозрастных характеристиках респондента, категории медицинского персонала (врач/средний медицинский работник), длительности работы в данной медицинской организации. Результаты анкетирования убедительно свидетельствуют о более высокой оценке различных аспектов оказания и условий медицинской помощи со стороны пациентов по сравнению с оценкой медицинского персонала.

Таким образом, мы считаем, что через анкетирование медицинского персонала, которое, укажем еще раз, организационно гораздо проще провести, можно провести оценку оптимальности организации процессов в медицинской организации.

Кроме того, нами были разработаны 2 анкеты для оценки оптимальности ведения процессов в медицинской организации:

- Анкета для изучения удовлетворенности медицинского персонала работой в медицинской организации;
- Анкета для изучения мнения сотрудников по вопросам оптимальности процессов в медицинской организации.

В итоге, всего для использования при мониторинге оптимальности выполнения процессов нами разработано 4 анкеты:

- Анкета для изучения удовлетворенности медицинского персонала работой в медицинской организации;
- Анкета для изучения мнения сотрудников по вопросам оптимальности процессов в медицинской организации;
- Анкета сотрудника медицинской организации на предмет удовлетворенности оказанной медицинской помощью и ее условиями;
- Анкета пациента на предмет удовлетворенности оказанной медицинской помощью и ее условиями.

Таким образом, мониторинг оптимальности выполнения процессов в медицинской организации необходимо осуществлять как на основе объективных данных мониторинга с использованием соответствующей автоматизированной информационной системы мониторинга процессов, созданной на основе 72 индикаторов течения процессов, так и на основе социологических опросов медицинского персонала и пациентов, в т.ч. и выясняя удовлетворенность конечного потребителя, т.е. пациента.

Заключая краткое изложение проведенного исследования, отметим, что, по нашему мнению, процессный подход в управление вспомогательными процессами медицинской организации является перспективной технологией, обеспечивающей повышение качества медицинской помощи населению и оптимизацию ее финансирования.

ВЫВОДЫ

1. Анализ применения процессных подходов в системе отечественного и зарубежного здравоохранения показал, что они представляют собой современную управленческую технологию, обеспечивающую оптимальное сочетание внедрения экономических и организационно-административных методов управления организацией медицинской помощи. Однако в Российской Федерации до настоящего времени не разработаны научно-практические подходы к унификации вспомогательных процессов обеспечения деятельности медицинских организаций, которые оказывают существенное влияние на совершенствование медицинской помощи и качество лечебно-диагностического процесса.

2. Проведенное исследование показало общность целей, задач, управления, организационных и практических аспектов деятельности медицинских организаций системы здравоохранения МВД России и в целом системы здравоохранения Российской Федерации. Сеть медицинских организаций системы МВД включает в себя 91 медицинскую организацию, обеспечивающую медицинской помощью свыше 2,3 млн. чел. В указанных медицинских организациях размещены 8,6 тыс. коек, имеется развитая сеть амбулаторно-поликлинических подразделений, ежегодное число посещений в которые превышает 13,0 млн. В медицинских организациях МВД трудятся свыше 7,0 тыс. врачей и более 10,0 тыс. медицинских работников со средним медицинским образованием. Все это определяет возможность формирования подходов к внедрению процессного управления и типовых моделей вспомогательных бизнес-процессов на базе медицинских организаций МВД России и их дальнейшей имплементации в иные медицинские организации.

3. Актуальность внедрения процессного подхода в управление медицинскими организациями диктуется необходимостью совершенствования управления организацией и качеством лечебно-диагностического процесса, унификации подходов к деятельности

медицинских организаций в этом направлении. Вместе с тем, несмотря на наличие нормативно-правовой базы по отдельным направлениям деятельности, включая законы, ГОСТы (например, ГОСТ 12004-2015 по охране труда, ГОСТ Р ИСО 19011-2012 - руководящие указания по аудиту систем менеджмента, ГОСТ Р ИСО 9001—2008 по требованиям системы менеджмента качества) и другие нормативные документы, подходы к формированию процессного управления зачастую не предусматривают специфики системы здравоохранения и требуют существенной адаптации к деятельности медицинских организаций. Это, в свою очередь, требует создания научно-методического инструментария внедрения процессного подхода в управление медицинскими организациями, и включает в себя методологические и методические подходы к разработке и типизации реестра бизнес-процессов и их моделей, формы документирования и нотацию моделей, анкеты для опроса членов рабочих и экспертных групп, пациентов и медицинского персонала, а также методические подходы к их обработке. При проектировании бизнес-процессов медицинских организаций предпочтение отдано функциональным моделям бизнес-процессов с представлением их в графической и текстовой формах. Оптимальной нотацией моделей бизнес-процессов медицинских организаций является иерархическое классифицирование групп бизнес-процессов с раскрытием конечного элемента в данной классификации посредством диаграммы деятельности.

4. Разработанный автором научно-методический инструментарий внедрения процессного подхода позволил сформировать 39 типовых процессов развития в части внутреннего контроля качества в медицинской организации и 30 типовых вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации. В реестр вошли такие типовые модели, как разработка стандартных операционных процедур (СОП), метрологический контроль, планирование, своевременное обучение медицинского персонала, проведение внутреннего аудита, оценка качества медицинской помощи и другие. Модели

процессов развития в части внутреннего контроля качества и вспомогательных процессов в медицинской организации включают в себя основные компоненты, подпроцессы, их взаимосвязи, последовательность; оценку трудоемкости их выполнения; целевые показатели и факторы риска выполнения процесса; подходы к мониторингу процесса и снижению рисков его невыполнения; вариабельность модели. Внедрение типовых моделей в ряде медицинских организаций позволило сократить сроки выполнения отдельных технологических операций (например, процесс «Отбор кандидатов на вакантные должности» сократился в 3 раза с 4-5 до 1,5 недель), оптимизировать штатную численность сотрудников некоторых вспомогательных подразделений, за счет чего увеличить численность медперсонала, сократить сроки подготовки государственных контрактов с 3 недель до 10 дней.

5. Проведение социологического исследования среди 469 медицинских работников по оценке результативности внедрения процессов развития внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов в медицинской организации, проведенное по трем специально разработанным анкетам показало, что после внедрения процессного подхода удовлетворенность респондентов организацией работы существенно возросла. Так, наиболее высокая удовлетворенность персонала отмечается по организации процесса расследования несчастных случаев - 90% (87,1%-92,55%) по организации процесса метрологического контроля средств измерений – 88% (84,9%-90,8%). В целом, удовлетворенность работой среди сотрудников составила 91% (88,23% - 93,42%). Вместе с тем, исследование позволило выявить и ряд процессов, при реализации которых не достигнуты положительные результаты. Так, удовлетворенность персонала реализацией процесса «осуществление учета материальных ценностей» составила лишь 30% (25,9%-34,25%), процесса «выполнение работ по заявкам структурных подразделений» - 27% (23,08%-31,15%). Все это свидетельствует о необходимости проведения социологических исследований как средства

обратной связи, обязательного фрагмента мониторинга для принятия управленческих решений и совершенствования внедрения процессного подхода.

6. Социологическое исследование, проведенное среди 320 пациентов по проблемам удовлетворенности качеством и условиями медицинской помощи после внедрения процессного подхода к управлению деятельностью медицинских организаций также проведено по специально разработанной анкете в два этапа – до и после внедрения процессного подхода. Анализ показал, что степень удовлетворенности качеством и условиями организации и оказания медицинской помощи возросла по большинству направлений на 10% (6,95%-13,57%) -15% (11,27%-19,1). Так, отношение врачей к пациентам оценили как хорошее и очень хорошее свыше 98% (96,17% – 99,25%) респондентов, среднего медперсонала – 96% (93,58% - 97,82%). 94% пациентов (91,17% - 96,35%) положительно оценили информацию о своем состоянии здоровья и формах и методах проведения диагностических и лечебных вмешательств. Профессиональные вмешательства медицинского персонала, если в них возникала необходимость, оценили как хорошие и очень хорошие 67% (61,75%-72,08%) пациентов. В то же время 37% пациентов (31,8%-42,4%) оценили питание в стационаре как хорошее. Результаты анкетирования также показали, что наиболее высокие показатели (отмечаются достоверные различия, $p < 0,05$) неудовлетворенности условиями оказания медицинской помощи характеры для групп пациентов с наибольшей длительностью госпитализации (свыше 8-ми дней). Таким образом, результаты данного фрагмента социологического исследования также показали целесообразность их включения в разрабатываемую систему мониторинга процессов развития внутреннего контроля качества и вспомогательных бизнес-процессов медицинской организации.

7. В ходе исследования разработана система слежения за динамикой показателей деятельности медицинских организаций, включая объективные

статистические и аналитические материалы, а также субъективные результаты социологических исследований, проводимых среди медицинских работников и пациентов. Для осуществления мониторинга разработаны 72 индикатора рисков вспомогательных процессов, отражающих нежелательные события и дефекты, свидетельствующие о низком качестве реализации процесса. Примером подобных рисков может служить риск при реализации процесса разработки стандартных операционных процедур, который включает в себя несогласованность действий персонала и несоответствие требованиям регламентирующих документов, или процесс разработки внутренних локальных нормативно-правовых актов, при котором существует риск не выполнения или несвоевременного выполнения требований законодательных и нормативных актов, снижения показателей деятельности или несогласованности действий при реализации задач. Предлагаемые индикаторы и разработанная на их основе автоматизированная информационная система может быть интегрирована в любую автоматизированную информационную систему медицинской организации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Полученные в ходе научного исследования результаты позволяют рекомендовать медицинским организациям, органам управления здравоохранения проведение следующих мероприятий.

На федеральном уровне: использовать результаты данного исследования

- при формировании нормативно-правовых актов федерального уровня по проблемам внедрения процессного подхода в управление медицинскими организациями в части вспомогательных процессов и процессов внутреннего контроля качества;
- при формировании единой тарифно-штатной политики в отношении персонала, задействованного в реализации вспомогательных процессов.

На региональном уровне:

- внедрять информационную систему мониторинга вспомогательных процессов и процессов внутреннего контроля качества интеграцией ее в региональный сегмент единой государственной информационной системы (ЕГИСЗ) как компонента.

На уровне медицинских организаций:

- проводить аудит вспомогательных процессов и процессов внутреннего контроля качества на предмет их соответствия предложенным моделям;
- при необходимости осуществлять адаптацию моделей;
- организовывать последовательную работу по внедрению процессного подхода в управление медицинскими организациями в части вспомогательных процессов и процессов внутреннего контроля качества;
- вводить мониторинг оптимальности моделей бизнес-процессов с использованием разработанных методических подходов к мониторингу и автоматизированной информационной системы мониторинга.

на уровне образовательных организаций:

- внедрить в систему дополнительного медицинского профессионального образования и непрерывного медицинского образования преподавание основ внедрения процессного подхода в управление медицинскими организациями (в части изучения научно-методического аппарата и научно-методического инструментария);

на уровне научных организаций:

- продолжить научно-исследовательские работы по процессному подходу в управлении медицинскими организациями.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АИС** – автоматизированная информационная система
- ВОПФ** – вредные и (или) опасные производственные факторы
- ВУТ** – временная утрата трудоспособности
- ГИТ** – государственная инспекция труда
- ЕАИС** – единая автоматизированная информационная система
- ЕТКС** – единый тарифно-квалификационный справочник
- Инцидент** – процесс, по поводу которого проводится проверка
- ИБ** – история болезни
- ИСМП** – инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
- ИТ-задачи, ИТ-процессы** – информационно-телекоммуникационный бизнес-процесс
- КГ, Клинический госпиталь** – Клинический госпиталь федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по г. Москве»
- КТС** – контроль текущего состояния
- КЭР** – клинико-экспертная работа
- ЛС** – лекарственные средства
- Лекарственные препараты (ЛП)** – наркотические, сильнодействующие и психотропные лекарственные препараты
- МВД**– Министерство внутренних дел
- МО** – медицинская организация
- МСЧ** – медико-санитарная часть
- МИ** – медицинское изделие
- МИС** – медицинская информационная система
- НПА** –нормативно-правовой акт
- Обучение персонала** – процесс «Своевременное обучение персонала»
- ОВД** – органы внутренних дел
- ОМТиХО** – отдел, на который возложены функции материально-технического и хозяйственного обеспечения

Оператор – оператор «ЕАИС мониторинга процессов МО»

ОПО – опасный производственный объект

Отбор кандидатов – процесс «Отбор кандидатов на вакантные должности»

Ответственный – лицо, ответственное за проведение проверки

Отдел делопроизводства – отдел, на который возложены функции делопроизводства

ОЭМП – отделение экстренной медицинской помощи

Подэтап – промежуточный этап

Пользователи информации – пользователи информации «ЕАИС мониторинга процессов МО»

Поставщики информации – поставщики информации в «ЕАИС мониторинга процессов МО»

Правила – «Правила оказания медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации в организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения, за исключением медицинских организаций Министерства внутренних дел Российской Федерации, и возмещения расходов указанным организациям»

СИ – средство измерения

СИЗ – средство индивидуальной защиты

СОП – стандартная операционная процедура

СОУТ – специальная оценка условий труда

СР– средний ремонт

ТО – техническое обслуживание

Участники – должностные лица, участвующие в процессе

Участники информационного взаимодействия – состав участников информационного взаимодействия в автоматизированной информационной системе

ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»– Федеральное казенного учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по г. Москве»

ФСА – функционально-стоимостной анализ

ФСС – Фонд социального страхования

Число госпитализаций на 1000 чел. (относительное число госпитализаций) – показатель числа госпитализаций на 1000 чел. контингента, подлежащего прикреплению

Число койко-дней на 1000 чел. (относительное число койко-дней) – показатель числа койко-дней на 1000 чел., контингента, подлежащего прикреплению

СУ -система управления

ОУ – объект управления

ЦСО – централизованное стерилизационное отделение

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

На русском языке:

1. Смирнов А.В. Методы оценки и управления качеством программного обеспечения. - Известия СПбГЭТУ «ЛЭТИ», 2019. - № 2, С. 20-25.
2. Аббазова Р.А., Абрамова О.Ф., Исследование проблем в области автоматизации управления узкоспециализированных малых предприятий, Современная техника и технологии № 1 (41) Январь 2015
3. Абдрахманов, А.А. ИСО 9000: менеджмент качества медицинских услуг / А.А. Абдрахманов // Мир качества. — № 1. — 2005. — С.2.
4. Абриталин Е.Ю., Юсупов В.В., Костин Д.В., Жовнерчук Е.В., Палехова О.В., Брюханов А.В. Клинико-психофизиологические аспекты диагностики расстройств адаптации у военнослужащих. // Медицинский вестник МВД. - № 1-2016 (том LXXX). С. 63-68.
5. Авалдыкова О. С. Процессный подход в управлении организацией. Проблемы и пути социально-экономического развития: город, регион, страна, мир. V международная научно-практическая конференция аспирантов и студентов. – 2016. – с. 146-152.
6. Аванесов Г.М., Путькина Л.В. Управление жизненным циклом информационных систем. Учебное пособие. СПб, 2014
7. Аганбегян А.Г. Демография и здравоохранение России на рубеже веков. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2016.
8. Агеева, Н.А. Система менеджмента качества как эффективная форма работы по сокращению количества дефектов оказания медицинской помощи в ЛПУ / Н.А. Агеева // Жизнь без опасностей. Здоровье. Профилактика. Долголетие. —2015.—Т. 10.—№ 1.— С. 38—41.
9. Акимов В.А. Дурнев Р.А. Жданенко И.В. В поисках подходов к оценке трудоемкости НИОКР в области безопасности жизнедеятельности: процедура оценки трудозатрат//Современные наукоемкие технологии. – 2012

- №2; URL: <https://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=30266>; дата обращения – 25.11.2018)

10. Александрова, А.В. Стратегический менеджмент/А.В. Александрова, С.А. Курашова. - М.: НИЦ ИНФРА-М, 2016. -320 с.

11. Алексеев С.С. Общая теория права, т. 2. М., 1982. - 320 с.

12. Алексеев, В.А. Мотивация, модернизация и качество медицинской деятельности / В.А. Алексеев, К.Н. Борисов // Международная научно-практическая конференция «Инновации в науке и технике: вопросы психологии, педагогики, филологии, культурологии, медицины, ветеринарии, биологии, технических наук: сб. науч. тр. — Москва, 2014.—С.214—226.

13. Алексеева Н.Ю., Пчела Л.П., Макаров С.В. Исследование удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2011; 1(1): 259-266.(URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-udovletvorennosti-naseleniya-kachestvom-meditsinskoj-pomoschi-v-usloviyah-reformirovaniya-zdravoohraneniya>; дата обращения: 23.03.2018).

14. Алимов Д.В., Аникин А.А., Гулиев Я.И., Дасаев Н.А., Некрасова Е.В., Седых Ю.П. Информационная система управления лечебно-диагностическим процессом Центрального клинического госпиталя ФТС России как пример создания комплексной медицинской информационной системы многопрофильной клиники. // Врач и информационные технологии, № 3, 2015, с. 6-10.

15. Амлаев К.Р. Научное обоснование механизмов реализации муниципальной политики по охране и укреплению здоровья населения: автореф. дис. ... д.м.н. – М., 2010. 47 с.

16. Анализ достижения целей СМК в НИИ КПССЗ СО РАМН за период 2011—2013 гг. Перспективы 2014 г. / Г.В. Артамонова, Т.С. Костомарова, Я.В. Данильченко [и др.] // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. —2014.—№ 2.— С. 56—65

17. Андерсен, Б. Бизнес-процессы. Инструменты для совершенствования. – 5-е изд. – М.: Стандарты и качество, 2015. – ISBN: 9785949380659

18. Андреева, А.А. Перспективы и практика применения системы менеджмента качества в медицинских организациях / А.А. Андреева // Наука XXI века: актуальные направления развития: материалы Междунар. заочной науч.-практ. конф. —2015.—С. 241—244.

19. Антонов А. В. Системный анализ: Учебник. — 4-е изд. — М.: Инфра-М, 2017. — 368 с.

20. Антонов, С.А. Менеджмент качества в медицинских учреждениях: решение проблемы и пути развития / С.А. Антонов, И.И. Антонова // Сертификация.—2014.—№ 2.—С.36—40.

21. Анфилатов В.С. и др. Системный анализ в управлении: Учеб. пособие / В.С. Анфилатов, А.А. Емельянов, А.А. Кукушкин; Под ред. А.А. Емельянова. - М.: Финансы и статистика, 2002. - 368 с.: ил.

22. Аполихин О.И., Сивков А.В., Казаченко А.В., Шадеркин И.А., Шадеркина В.А., Золотухин О.В., Войтко Д.А., Просяников М.Ю., Цой А.А., Григорьева М.В., Зеленский М.М. Роль дистанционного образования в повышении уровня знаний специалистов первичного звена здравоохранения. Экспериментальная и клиническая урология 2015; (1): 4-10.

23. Артемьева М.А., Удовлетворенность пациентов медицинской помощью, в различных условиях ее предоставления, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, ул. Высоковольтная, 9, 390026, г. Рязань, 2017

24. Архопова Н.И., Кульба В.В., Косяченко С.А., Чанхиева Ф.Ю. Исследование систем управления: Учебное пособие для вузов. - М.: «Издательство ПРИОР», 2002. - 384 с.

25. Аскарров Е. Процессный подход в системе менеджмента качества// [Электронный ресурс] (URL:

<http://www.cfin.ru/management/iso9000/sertify/iso9001.shtml>; дата обращения – 25.02.2018).

26. Астафьев Л.М. Социологический анализ удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи// Автореф.дис. канд.социологическх наук. 2005. (URL: <http://medical-diss.com/medicina/sotsiologicheskij-analiz-udovletvorennosti-patsientov-okazaniem-meditsinskoj-pomoschi#ixzz5AZg3mHeg>; дата обращения – 23.03.2018).

27. Бабич, В. Н. Б12 Инновационная модель бизнес-процесса: учебное пособие / В. Н. Бабич, А. Г. Кремлёв. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2014. – 184 с.

28. Балабанов И. Т. «Основы стратегического менеджмента», – М.: Наука, – 2015. – 587 с.

29. Балашова Г.В. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации. М., 2000. 192 с.

30. Балашова Е.С. Показатели оценки организационной эффективности бизнес-процессов / Е.С. Балашова // Научно-технические ведомости СПбГПУ. Экономические науки. — 2014. — № 2(192). — С. 185—190.

31. Баранов В.Н., Акмашев В.А., Бочков М.С. Основы обслуживания и ремонта медицинской техники: Учебное пособие. - Тюмень ТюмГНГУ - 2013 – 112 с.

32. Барсукова, И.М. Менеджмент качества в деятельности службы скорой медицинской помощи / И. М. Барсукова, В. В. Стожаров // Скорая медицинская помощь. —2014.—Т.15, № 1.—С.33—41.

33. Бедорева И.Ю., Садовая Т.Н., Стрыгин А.В., Стрыгина Т.А. // Применение процессного подхода в системе управления качеством медицинской помощи Журнал Хирургия позвоночника Выпуск № 4 / 2007 С. 62-72

34. Бедорева, И.Ю. Применение процессного подхода в системе управления качеством медицинской помощи / И.Ю. Бедорева [и др.] // Хирургия позвоночника. – 2007. – № 4. – С. 62–72.

35. Белайчук А. А. Свод знаний по управлению бизнес-процессами: BPM СВОК 3.0. М.: Альпина Паблишер, 2016. 480 с.

36. Белова А.А. Реинжиниринг бизнес-процессов в России и за рубежом / А. А. Белова, А.С. Сорокина. // Современные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. 2016. № 10. С.46-49.

37. Бельшев Д.В. Моделирование бизнес-процессов медицинской организации (лечебно-профилактического учреждения). / Бельшев Д.В., Гулиев Я.И., Малых В.Л. // Врач и информационные технологии, 2014, № 4. С. 79-90.

38. Бельшев Д.В., Борзов А.В., Нинуа Ю.А., Сирота В.Е., Шутова С.А. Применение процессного подхода в медицинских организациях на примере экстренной госпитализации. // Врач и информационные технологии, №4, 2015, с. 33-42.

39. Бельшев Д.В., Гулиев Я.И., Малых В.Л. Моделирование бизнес-процессов медицинской организации (лечебно-профилактического учреждения). // Врач и информационные технологии, № 5, 2014, с. 78-90.

40. Бельшев Д.В., Гулиев Я.И., Михеев А.Е., Ракушин Д.Л. Повышение эффективности работы стационара через внедрение МИС и связанную с ней оптимизацию бизнес-процессов, ИТ и экономика здравоохранения, №4 - 2015 г.
http://www.interin.ru/datas/documents/viit_2015_4_7.pdf

41. Бельшев Д.В., Гулиев Я.И., Михеев А.Е., Ракушин Д.Л. Повышение эффективности работы стационара через внедрение МИС и связанную с ней оптимизацию бизнес-процессов. // Врач и информационные технологии, №4, 2015, с. 61-74.

42. Бельшев Д.В., Жеребко О.А., Клипак В.М., Кувшинов К.Э., Московко В.М., Чаплюк А.Л. Подходы к созданию и внедрению

медицинской информационной системы в работе военно-врачебной комиссии многопрофильной военно-медицинской организации. // Военно-медицинский журнал, № 6, 2015, с. 8-14.

43. Беляев А.А., Коротков Э.М. Системология организации: Учебник / Под ред. д.э.н., проф. Э.М. Короткого. - М.: ИНФА - М, 2000. - 182 с.

44. Беляев Е.Н., Шестопалов Н.В. Санитарно-эпидемиологическая обстановка в Российской Федерации: состояние и перспективы. "Гигиена и санитария", 1996, №3. С. 10-14

45. Беляев И. Ю., Асаналиев М. А., Яцук К. В. Контроль как функция управления // Молодой ученый. — 2016. — №25. — С. 527-530. — URL <https://moluch.ru/archive/129/35667/> (дата обращения: 27.11.2019).

46. Бердугин В.А. Адаптация медицинских организаций к работе в современных рыночных условиях / В. Бердугин // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истор. медицины. – 2007. – № 3. – С. 21–23.

47. Берсенева Е.А. Методология создания и внедрения комплексных автоматизированных информационных систем в здравоохранении. - М., – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2005. – 352 с.

48. Берсенева Е.А., Голухов Г.Н. «Внедрение комплексной автоматизированной информационной системы, реализованной с использованием технологии Workflow, как неотъемлемый этап развития медицинского учреждения». Журнал Врач и информационные технологии. - Выпуск № 2 / 2010 С. 19-25

49. Берсенева Е.А., Седов А.А. Автоматизированный лексический контроль как средство повышения качества медицинских документов. // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 2. – С. 49-53.

50. Блинов А. О., Угрюмова Н. В. Управление изменениями: учебник для бакалавров. М.: Дашков и К, 2014. 304 с.

51. Борисова, Е.А. Система менеджмента качества в медицинском учреждении / Е.А. Борисова, Н.Н. Грязнухин, Ю.В. Иннокентьева // Методы менеджмента качества. —2014.—№ 8.—С. 14—17.

52. Брескина Т.Н. Современные подходы к организации экспертизы качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре / Т.Н. Брескина // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истор. медицины. - 2007. - № 5. - С. 32-36.

53. Брескина Т.Н. Технология реализации принципов TQM (всеобщего управления на основе качества) в деятельности медицинской организации / Т.Н. Брескина // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истор. медицины. - 2007. - № 3. - С. 41-43.

54. Брескина Т.Н., Погонин А.В., Тяжелников А.А., Юмукян А.В. Процессный подход как методическая основа для разработки должностных инструкций медицинских работников, Журнал "Ремедиум" № 12, 2015 г. <http://remedium.ru/health/detail.php?month=7&year=2016&ID=67561&bxajaxid=>

55. Брескина, Т.М. Обеспечение качества медицинских услуг и конкурентоспособности медицинской организации на основе внедрения принципов концепции TQM (Всеобщего управления на основе качества) / Т.М Брескина // Система менеджмента качества на службе здравоохранения: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Курган, 2007. – С. 14–15.

56. Булыгина О. В., Емельянов А. А., Емельянова Н. З. Системный анализ в управлении. Учебное пособие. — 2-е изд. — М.: Инфра-М, 2017. — 454 с.

57. Булычева Т.В., Бушева А.Ю., Завьялова Т.В. стратегический учет в системе управления хозяйствующим субъектом // Фундаментальные исследования. – 2017. – № 10-3. – С. 560-564; URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=41875> (дата обращения: 05.12.2019).

58. Буряк Т.В., Золотухина Е.Б. Современные проблемы реинжиниринга бизнес-процессов в компании // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=13811> (дата обращения: 29.11.2019).

59. Вайкок М.А. Оценка влияния бизнес-процессов на эффективность деятельности промышленного предприятия // Российское предпринимательство. – 2014. – Том 15. – № 8. – С. 71-82.
60. Варзунов А. В., Торосян Е. К., Сажнева Л. П., Анализ и управление бизнеспроцессами // Учебное пособие. – СПб: Университет ИТМО, 2016. –112 с.
61. Вдовина Г.К. Формирование алгоритма внедрения одной из методик учета товарно-материальных ценностей медицинского назначения//Евразийский союз ученых – 2016 - №30(4) – С.50-52.
62. Ведомственному здравоохранению МВД России — 95 лет Текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение» с. 2-8.
63. Внутренние аудиты как управленческий инструмент. Фотография рабочего дня / Г.А. Иванов, С.В. Соммер, А.В. Эмануэль [и др.] // Здравоохранение. —2015.—№ 4.—С.24—31.
64. Вырковский А. В. Процессное управление и редакционный менеджмент: возможности адаптации / А. В. Вырковский // Вопросы теории и практики журналистики. — 2016. — Т. 5, № 2. — С. 210–220. — DOI : 10.17150/2308-6203.2016.5(2).210-220.
65. Вялков А.И., Воробьев П.А., Сура М.В., Авксентьева М.В. Стандартные операционные процедуры как один из элементов управления качеством медицинской помощи// Проблемы стандартизации в здравоохранении – 2005г. – вып.7. — С. 11–15.
66. Вялков А.И., Воробьев П.А. Стандартизация в здравоохранении. Лекции. – М.: Ньюдиамед, 2007. – 432 с.
67. Габуева Л.А., Шипова В.М., Александрова О.Ю. Экономические основы российского здравоохранения. Институциональная модель. – М.: Издательский дом "Дело" РАНХиГС, 2012. – 326 с.
68. Гавров С.Н. Модернизация России: постимперский транзит: монография / С.Н. Гавров. Предисловие Л.С. Перепелкина. – М., МГУДТ, 2010.

69. Гагаринов А.В. Правовые основы здравоохранения. – М.: Academia, 2006. – 192 с.
70. Галанова И.А. Процедуры и методы отбора персонала в организации: возможности совершенствования//Ученые записки Тамбовского отделения РoСМУ – 2018 – с.205-209.
71. Геворгян, З. В. Применение реинжиниринга бизнес-процессов // Экономические исследования и разработки: научно-исследовательский электронный журнал. Нижний Новгород: НОО «Профессиональная наука». 2017. № 4. С.149-156.
72. Гегерь, Э.В. Актуальные вопросы совершенствования управления здравоохранением с использованием информационных технологий [Текст] / Э.В. Гегерь // Фундаментальные исследования. 2017. № 3. С. 30-34.
73. Гельманов, З.С. Система менеджмента профессиональной 9. безопасности и здоровья / З.С. Гельманова, Г.Г. Жабалова, Н.А. Гарт // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2015.—№ 2-2.—С.270—274.
74. Генералов И.Г., Титова Е.Г. Совершенствование бизнес-процессов на основе их системного анализа. Гуманитарные научные исследования. Август, 2016
75. Герасименко Н.Ф. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. Комментарии, основные понятия, подзаконные акты. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 528 с.
76. Герасименко Н.Ф. Реформа здравоохранения: некоторые итоги и перспективы / Н.Ф. Герасименко // Экономика здравоохранения. 1997. - № 1.- С. 5-7.
77. Герасименко Н.Ф., Григорьев И.Ю., Александрова О.Ю., Муравьева М.Р. Правовое обеспечение профессиональной медицинской деятельности. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 160 с.
78. Герасимов Б.Н., Морозов В.В. Технологии менеджмента: Монография. - Самара: СГТУ, 2001. - 182 с.

79. Герцик Ю.Г., Афанасьев А.А. Влияние качества технического и метрологического обеспечения в сфере здравоохранения на конкурентоспособность медицинских организаций и предприятий медицинской промышленности // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. — 2012.— № 3 (13). — С. 28–34.

80. Гизатуллин Т.Р., Цыган В.Н., Гизатуллин Р.Х. Анализ личностных психологических профилей у сотрудников спецподразделений МВД России при воздействии профессиональной стрессовой ситуации. // Медицинский вестник МВД. - № 1-2016 (том LXXX). С. 74-77

81. Гладков, К.В. Оптимизация расходов на обеспечение деятельности клинико-диагностической лаборатории бюджетных лечебно-профилактических учреждений с использованием технологий аутсорсинга / К.В.Гладков // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Экономика и право. —2017.—№ 7.— С.48—54

82. Глущенко В. В., Глущенко И. И. «Разработка управленческого решения. Прогнозирование – планирование – оценка. Теория проектирования экспертов»: Учебник для ВУЗов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015 – 436 с.

83. Глущенко В.В Менеджмент: системные основы. - Железнодорожный. Моск. обл.: ТОО НПК «Крым», 1996. - 216 с.

84. Гончаров, Н.Г. Опыт внедрения системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / Н.Г. Гончаров, Ю.Я. Бойченко, О.В. Оранская // Заместитель главного врача. — 2014.—№ 2 (93).—С.46—55.

85. ГОСТ 12004-2015. Система стандартов безопасности труда. Организация обучения безопасности труда. Общие положения. 57 с.

86. ГОСТ Р 56606-2015. Контроль технического состояния и функционирования медицинских изделий. Основные положения (URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200124986>)

87. ГОСТ Р 57501-2017 Техническое обслуживание медицинских изделий. Требования для государственных закупок (Применяется с

01.06.2018) (URL: https://rapmed.ru/images/news/2017/gost_r57501/gost_R_57501-2017_tehobosn.pdf).

88. ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Национальный стандарт Российской Федерации системы менеджмента качества. Требования (URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200124394>; дата обращения – 04.04.2018).

89. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации. 157 с.

90. Гритчина, И.А. Управление медицинской организацией с применением принципов процессного, системного подходов и маркетинга / И.А. Гритчина, А.Н. Загорский // Заместитель главного врача. — 2015.—№ 4.—С.48—58.

91. Грязнова, Е.В. Информатизация менеджмента амбулаторно-поликлинической деятельности в РФ: проблемы и перспективы / Е.В. Грязнова, Е.А. Чичкан // Политика и общество. — 2015.—№ 11.—С.1555—1564.

92. Грязнова, Е.В. Корпоративная информационная культура в менеджменте здравоохранения / Е.В. Грязнова, И.Н. Есакова // Национальная безопасность / notabene. — 2014.—№ 5.—С. 816—825.

93. Грязнова, Е.В. Менеджмент качества жизни в здравоохранении: проблемы государственного управления / Е.В. Грязнова, П.Г. Шкирнюк // Политика и общество. — 2014.—№ 8.—С. 934—941.

94. Гулиев Я.И., Бельшев Д.В., Михеев А.Е. Моделирование бизнес-процессов медицинской организации: классификация процессов. // Врач и информационные технологии, №4, 2015, с. 6-13

95. Гулиев Я.И., Гулиева И.Ф., Рюмина Е.В., Малых В.Л., Фохт О.А., Тавлыбаев Э.Ф., Вахрина А.Ю. Подход к оценке экономической эффективности медицинских информационных систем // Врач и информационные технологии: 2012. № 6, С. 15–25.

96. Гулиев Я.И., Гулиева И.Ф., Рюмина Е.В., Фохт О.А., Тавлыбаев Э.Ф., Вахрина А.Ю. Оценка экономической эффективности в медицинских

информационных системах // Программные системы: теория и приложения: электрон. научн. журн. 2012. Т. 3, № 4(13), с. 3–16.

97. Гулиев Я.И., Малых В.Л. Управление и поддержка принятия решений в клиническом процессе в медицине будущего. // Материалы всероссийской конференции. Официальный каталог, 2014, с. 83-86.

98. Гулиев Я.И., Цветков А.А. Обеспечение информационной безопасности в медицинских организациях. // Врач и информационные технологии, №6, 2016, с. 49-62.

99. Гулиева И.Ф., Рюмина Е.В., Гулиев Я.И. Вопросы эффективности информационных технологий в медицине // Врач и информационные технологии: 2011. № 5, с. 6–18.

100. Гулиева И.Ф., Рюмина Е.В., Гулиев Я.И. Медицинские информационные системы: затраты и выгоды // Врач и информационные технологии. – 2009. – № 3. – С. 4–18.

101. Гусев А.В. Медицинская статистика нуждается в развитии/ Официальная сайт Комплексные медицинские информационные системы. 09.10.2017//<http://www.kmis.ru/site.nsf/apages/medstat.htm>).

102. Гусева С.Л. Роль системы управления качеством в повышении удовлетворенности потребителей и улучшении показателей деятельности многопрофильной поликлиники / С.Л. Гусева, И.В. Горохова // Управление качеством в здравоохранении. —2014.—№ 3.—С.38—42.

103. Гусякова Р.П., Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И. Возможности использования принципов менеджмента качества и стандартных операционных процедур в многопрофильном стационаре // Практическая медицина. - 24 сент.- 2017 (URL: <http://pmarchive.ru/vozmozhnosti-ispolzovaniya-principov-menedzhmenta-kachestva-i-standartnykh-operacionnykh-procedur-v-mnogoprofilnom-stacionare>; дата обращения – 22.11.2018).

104. Давлеткиреева Л.З., Скокова И.К. Обоснование инструментальных средств моделирования бизнес-процессов проведения мероприятий с использованием дистанционных технологий/Л.З.

Давлеткиреева, И.К. Скокова//Современные технологии и управление: сб. научных трудов III Международной научно-практической конференции. - Светлый Яр.: Филиал ФГБОУ ВПО Московский государственный университет технологий и управления имени К. Г. Разумовского, 2014. -714 с. -С. 694-697.

105. Давлетшина, Г.А. Регламентация работы среднего и младшего медицинского персонала в рамках системы менеджмента качества / Г.А. Давлетшина // Главврач. —2015.—№ 10.—С.24—38.

106. Данелян Т. Я. Теория систем и системный анализ. Учебно-методический комплекс. — М.: Ленанд, 2016. — 360 с.

107. Данильченко, Я.В. Предпосылки и ожидания внедрения системы менеджмента качества в муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения / Я.В. Данильченко, Т.С. Костомарова, Н.В. Черкас // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. —2014.—№ 1.— С.11—15.

108. Дегтева В.С. Методология функционально-стоимостного анализа//Инновационная наука. – 2016. - № 5 (URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/metodologiya-funktsionalno-stoimostnogo-analiza>; дата обращения – 05.09.2018).

109. Джаубаева Ф.Ю. Функционально-стоимостной анализ: сущность и этапы реализации//Вестник Университета.-2015. (URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/funktsionalno-stoimostnoy-analiz-suschnost-i-etapy-realizatsii>; дата обращения – 05.09.2018).

110. Джестон, Д. Управление бизнес-процессами. Практическое руководство по успешной реализации проектов / Д. Джестон, Й. Нелис. - М.: Символ, 2015. - 512 с.

111. Дик В.В. Методология формирования решений в экономических системах и инструментальные среды из поддержки. - М.: Финансы и статистика, 2000. - 300 с.

112. Диннер А.В. Процессный подход в управлении организацией: плюсы и минусы / А.В. Диннер, Д.С. Большанина, Ж.А. Ермушко // *Gaudeamus Igitur*. – 2017. – с. 18-20.
113. Дождиков К. В. Оценка эффективности реинжиниринга бизнес-процессов / К. В. Дождиков // *Международный научно-исследовательский журнал*. — 2014. — № 8 (27) Часть 1. — С. 53—54. — URL: <https://research-journal.org/technical/value/> (дата обращения: 04.12.2019.).
114. Дрогобыцкий И. Н. Системный анализ в экономике: Учебник. — 3-е изд. — М.: Юнити-Дана, 2017. — 608 с.
115. Дубель, Е.В. Как перестроить работу сестринской службы при переходе на аутсорсинг питания. Опыт городской больницы / Е.В. Дубель, Л.Ю. Гулакова // *Главная медицинская сестра*. —2017.—№ 10.—С.36—44.
116. Дьяченко В.Г Качество в современной медицине. Росздрав. 2007. 415 с.
117. Евдокимова Е.Г. Понятие бизнес-процесса. Основные концепции улучшения бизнес-процессов. Тольяттинский государственный университет <http://www.sworld.com.ua/index.php/ru/economy-411/business-economics-and-production-management-411/11280-411-0854>
118. Евдокимова Е.Г. Процессно-ориентированное управление качеством услуг в здравоохранении автореферат на соискание ученой степени кандидата экономических наук Москва, 2015 <http://www.ranepa.ru/docs/dissertation/evdokimova-e-g-avtoreferat.pdf>
119. Евдокимова, Е.Г. Влияние аутсорсинга на качество и доступность медицинских услуг / Е.Г. Евдокимова, С.Э. Ермакова, Д.В. Чернышев // *Экономика и предпринимательство*. — 2017— №1(78).—С.935—937.
120. Евстигнеев С.В., Васильев В.В. Оценка качества медицинской помощи в стационаре по критерию удовлетворенности пациентов и врачей//*Научные ведомости*. – 2016. - №19(40). Выпуск 35 (URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-kachestva-meditsinskoj-pomoschi-v->

stacionare-po-kriteriyu-udovletvorennosti-patsientov-i-vrachey; дата обращения – 14.08.2018.

121. Елисеев Д.А. Информатизация системы здравоохранения - ключевой компонент повышения ее эффективности [Электронный ресурс] / Елисеев Д. А. // Главный врач .— 2016 .— №12 .— С. 46-55 .— Режим доступа: <https://rucont.ru/efd/529595>

122. Ермакова С.Э. Антикризисное управление медицинской организацией на основе инновационных технологий (процессно-ориентированное управление) // Человек и лекарство 2011: Сборник научных трудов 17 Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – Москва, 2011. 5 с.

123. Ермакова С.Э. Инновационные методы управления в здравоохранении на основе процессных технологий // Коллективная монография. Актуальные проблемы преодоления кризиса: национальные и региональные проблемы. - Санкт-Петербург: НПК «РОСТ» 2010. - С -345-350.

124. Ермакова С.Э. Модернизация здравоохранения. Процессно-ориентированная система управления – Издатель: LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH&Co.KG, Germany, 2012. – 333.

125. Ермакова С.Э. О необходимости внедрения процессного управления как эффективного средства повышения качества медицинской помощи // Перспективные инновации в науке, образовании, производстве и транспорте, 2010: Сб. научных трудов по материалам международной научно-практической конференции. Т. 16. – Одесса: Черноморье, 2010. 86 с.

126. Ермакова С.Э. Реинжиниринг бизнес-процессов в зарубежном здравоохранении // Монография. - Москва: Макс-пресс, 2010. 168 с.

127. Ермакова С.Э. Технология моделирования бизнес-процессов в медицинских организациях. Статья. Журнал «Вопросы экономики и права» № 1, 2011 <http://ecsocman.hse.ru/data/2011/09/23/1267452999/15.pdf>

128. Ермакова С.Э. Управление бизнес-процессами в медицинской организации // Монография. - Москва: Макс-пресс, 2009. 147 с.

129. Ермакова С.Э. формирование и развитие процессно-ориентированного управления в медицинских организациях. Автореферат Диссертации на соискание ученой степени доктора экономических наук. Москва. 2011 <https://refdb.ru/look/1391767.html>

130. Ермакова С.Э. Формирование процессно-ориентированной системы управления медицинской организации // Монография. – Москва: Макс-пресс, 2011. 331 с.

131. Ермакова С.Э., Евдокимова Е.Г. К вопросу о процессно-ориентированной модернизации системы управления в медицинских организациях // Журнал Вектор науки Тольяттинского государственного университета // Выпуск № 4 (26) / 2013 <http://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-protsessno-orientirovannoy-modernizatsii-sistemy-upravleniya-v-meditsinskih-organizatsiyah>

132. Жаркова Е.В., Дробот К.А. Оценка удовлетворенности пациентов качеством медпомощи: к вопросу об эффективных формах анкетирования (обзор). [Интернет]. (URL: <http://www.archhealth.ru/tekushchee-izdanie/zdorove-i-meditsina/obzory-i-lektsii/320-otsenka-udovletvorennosti-patsientov-kachestvom-medpomoshchi-k-voprosu-ob-effektivnykh-formakh-anketirovaniya-obzor>; дата обращения – 23.03.2018).

133. Жемчугов А.М., Жемчугов М.К. Мотивы человека и мотивация персонала // Проблемы экономики и менеджмента №3, 2017.

134. Жемчугов А.М., Жемчугов М.К. Парадигма менеджмента и парадигма предприятия // Проблемы экономики и менеджмента. — 2017. — №3. — С. 7-14.

135. Жемчугов А.М., Жемчугов М.К. Парадигма современного менеджмента и ее базис // Проблемы экономики и менеджмента. №6, 2016.

136. Жемчугов А.М., Жемчугов М.К. Полная модель управления организацией. // Менеджмент сегодня. — 2017. — №2. — С. 116-132.

137. Жемчугов А.М., Жемчугов М.К. Развитие организации // Проблемы экономики и менеджмента. — 2016. — №11. — С. 3-29.
138. Жемчугов А.М., Жемчугов М.К. Развитие организации // Проблемы экономики и менеджмента. — 2016. — №11. — С. 3-29.
139. Жемчугов А.М., Жемчугов М.К. Сильная стратегия предприятия. Разработка и реализация // Стратегический менеджмент. — 2014. — №4. — С. 304-314.
140. Жемчугов А.М., Жемчугов М.К. Стратегия развития предприятия // Проблемы экономики и менеджмента. — 2016. — №12. — С. 3-13.
141. Жемчугов А.М., Жемчугов М.К. Целеполагание и стратегическое управление развитием организации // Менеджмент сегодня. — 2017. — №3. — С. 196-213.
142. Жемчугов М.К. Мотивация, КРІ и культура организации // Системная инженерия №5 2017.
143. Журавлева И.О. Методология реинжиниринга бизнес процессов на основе системного подхода. Проблемы современной экономики. 2006, 3/4 (19/20): 21-29.
144. Журавлева И.О. Методология реинжиниринга бизнес процессов на основе системного подхода / И.О. Журавлева // Проблемы современной экономики. — 2006. — № 3/4 (19/20). — С. 21–29.
145. Завьялова, Н.Б. 18. Стратегия выхода организации на рынок высокотехнологичных медицинских услуг / Н.Б. Завьялова, В.Н. Шан // Человеческий капитал и профессиональное образование. —2015.—№ 1 (13).— С.28—34.
146. Зайцев А.В. Роль стратегического менеджмента в управлении предприятием // В сборнике: Опыт и проблемы реформирования системы менеджмента на современном предприятии: тактика и стратегия Сборник статей XVII Международной научно-практической конференции. 2017. С. 38-41.

147. Зайченко Н.М., Лебедев Г.С. Некоторые проблемы медицинской отчетности и пути их решения. Социальные аспекты здоровья населения, 2013// <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-problemy-meditsinskoj-otchetnosti-i-puti-ih-resheniya>).
148. Запорожцев А.В. Системный подход к управлению организацией Журнал Фундаментальные исследования. – 2017. – № 7 – С. 30-34
149. Захарова О.В., к.э.н. доц. каф. экономической кибернетики Формализация и документирование бизнес-процессов Лекция 3 Харьков 13 марта 2014 Моделирование бизнес-процессов <https://www.slideshare.net/Harizmalife/ss-32256929>
150. Захарченко Н.Д., Окушко Н.Б., Киреев С.А. Бизнес-планирование в медицинской организации//Главврач – 2009 - №11 – С. 13-19.
151. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. Под редакцией О.П. Щепина, В.А. Медика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.
152. Зеленцов А.Б. Процессный подход к управлению организацией Журнал Вестник Оренбургского государственного университета Выпуск № 10 / 2007 <http://cyberleninka.ru/article/n/protsessnyy-podhod-k-upravleniyu-organizatsiy>
153. Иваницкая О.Н. Роль статистического учета и основных показателей здоровья сотрудников органов внутренних дел Чувашской Республики в оценке деятельности медико-санитарной части // Медицинский вестник МВД. – Т.ХСШ. – №2 – 2018.- С.65-67.
154. Иванов А.И., Сударев И.В., Никифоров С.А., Гандель В.Г. Процессный подход при оказании медицинской помощи//Ремедиум. - №10. – 2010. – с,51-54 (URL: http://remedium-journal.ru/arhiv/detail.php?ID=39599&num=%B910&sec_id=4482; дата обращения – 02.11.2018).
155. Иванова Т.Ю., Рассказова Е.И. Социально-демографические и организационные факторы удовлетворенности трудом//Психологический журнал. – 2013. – Т.34.- №6. – С.40-52; URL:

<https://www.hse.ru/mirror/pubs/lib/data/access/ram/ticket/83/15350217976f21e6e2.pdf>; дата обращения – 23.08.2018).

156. Ильенкова Н. Д. Системный подход к управлению проектами / Н. Д. Ильенкова // Международный научно-исследовательский журнал. — 2016. — № 9 (51) Часть 1. — С. 40—44. — URL: <https://research-journal.org/economical/sistemnyj-podход-k-upravleniyu-proektami/> (дата обращения: 04.12.2019.). doi: 10.18454/IRJ.2016.51.079

157. Исследование удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в стационарах Санкт–Петербурга (взрослая сеть) в 2014 году. Аналитический отчет МИАЦ. 2014. [Интернет] (URL: <http://zdrav.spb.ru/ru/reitingi/quality/>; дата обращения 10.04.2016).

158. Каграманян, И.Н. О кадровом обеспечении системы здравоохранения Российской Федерации // Образование и подготовка медицинских кадров, 2014. – С. 277-280.

159. Казанский Н.А., Мошкович Л.И. Процессно-ориентированный подход к управлению медицинской организацией [Электронный ресурс] (URL: <http://docplayer.ru/31285151-Processno-orientirovannyy-podход-k-upravleniyu-medicinskoj-organizaciyey.html>;; дата обращения – 16.02.2018).

160. Какорина Е.П., Огрызко Е.В. Современное состояние медицинской статистики в Российской Федерации. Врач и информационные технологии. №2, 2012, с.48-52. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennoe-sostoyanie-meditsinskoj-statistiki-v-rossiyskoj-federatsii>).

161. Калентьева Ю. Н. Проблема применения системного подхода и системного анализа в принятии управленческих решений [Текст] // Экономика, управление, финансы: материалы IX Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, октябрь 2018 г.). — СПб.: Свое издательство, 2018. — С. 44-46. — URL <https://moluch.ru/conf/econ/archive/310/14531/> (дата обращения: 02.12.2019).

162. Калиниченко, В.И. Проблемы управления медицинской помощью и пути их решения на основе порядков оказания медицинской помощи и

стандартов медицинской помощи / В.И. Калиниченко // *Здравоохранение*. — 2015.—№ 6.—С.92—98.

163. Калмыкова Ю. Порядок проведения инвентаризации// "Бюджетные учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение", 2006, № 3; URL: <http://www.alppp.ru/law/finansy/buhgalterskij-uchet-i-finansovaja-otchetnost/40/statja--porjadok-provedeniya-inventarizacii-nachalo.html>; дата обращения – 16.01.2019).

164. Каменнова М., Пичугин И. Российский рынок BPM 2014 [Электронный ресурс]. -URL: <http://www.i-love-bpm.ru/bpmresearch2014>

165. Камышев А.И. Процессно-модульный подход // *Методы менеджмента качества*. – 2014. – № 7. – С. 16–23.

166. Карелина А.А., Дукарт С.А., Селевич О.С. Восприятие работниками проведенных программ по благополучию на промышленном предприятии: подготовительный этап исследования//*Вестник науки Сибири*. – 2017 - №1(24) – С.25-35; URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vospriyatie-rabotnikami-provedennyh-programm-po-blagopoluchiyu-na-promyshlennom-predpriyatii-podgotovitelnyy-etap-issledovaniya>

167. Карпов О.Э., Гавришев М.Ю. , Шишканов Д.В. Интеграция медицинской информационной системы и системы административно-хозяйственной деятельности как инструмент оптимизации процессов медицинской организации. Отдельные проблемы и пути их решения//*Современные наукоемкие технологии*, 2016, № 9 (часть 1). С. 46-50 (URL: <https://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=36175>; дата обращения – 16.02.2018).

168. Карпова, О.В. Организация и качество стоматологической помощи в оценках медицинских работников / О.В. Карпова // *Здравоохранение Российской Федерации*. —2015.—№ 1.—С.36—39.

169. Карта процесса [Электронный ресурс] (URL: http://www.kpms.ru/Procedury/Q_Process_Map.htm; дата обращения – 04.04.2018).

170. Каспрук, Л.И. Клинические лабораторные исследования в аспекте управления качеством оказания медицинской помощи / Л.И. Каспрук, Ю.Н. Копылов // Главврач. —2015.—№ 8.—С.10—15.

171. Касумова М.К., Ступин М.Г., Шпилев Д.И., Янченко В.М. Управление эффективностью персонала медицинской организации //Институт Стоматологии. - 2015. - №1(66). - С. 8.

172. Квачахия Л.Л., Мишустин В.Н. О достоинствах и недостатках модели непрерывного медицинского образования//Карельский научный журнал. – 2017 – Т.6 - № 3(20) – с. 34-38.

173. Клименко Л.В., Посухова О.Ю. Профессиональные риски врачей российских мегаполисов в условиях прекариатизации социально-трудовых отношений//Гуманитарий Юга России. – 2018 – Т.7 - №4 – С. 91-104.

174. Князюк Н. От менеджмента качества к стратегическому управлению медицинской организацией с использованием сбалансированной системы показателей / Н. Князюк // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 4. – С. 21–29.

175. Князюк Н.Ф. От менеджмента качества к стратегическому управлению медицинской организацией с использованием сбалансированной системы показателей. Менеджер здравоохранения. 2010, 4: 21-29.

176. Князюк Н.Ф. Перспективы развития теории управления изменениями в сфере здравоохранения / Н.Ф. Князюк // Здравоохранение. — 2015.—№ 5.—С.84—92.

177. Князюк, Н.Ф. Измениться, чтобы выжить: размышления по итогам конференции «Медицина и качество - 2013» / Н.Ф. Князюк // Управление качеством в здравоохранении. —2014.—№ 1—С.8—13.

178. Князюк, Н.Ф. Применение процессного подхода к оценке качества удовлетворенности потребителей качеством медицинских услуг /

Н.Ф. Князюк, Ю.В. Долинская // Заместитель главного врача. —2014.—№ 10 (101).—С.34—43.

179. Кобякова О.С., Деев И.А., Тюфилин Д.С., Куликов Е.С., Табакаев Н.А., Воробьева О.О. Удовлетворенность пациента медицинской помощью: как измерить и сравнить? // Социальные аспекты здоровья населения. 2016; 3(49). (URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/753/30/lang,ru/>; дата обращения: 23.03.2018).

180. Коваленко А. А. Необходимость документирования и анализа бизнес-процессов для предприятия малого бизнеса // Молодой ученый. — 2019. — №1. — С. 87-90. — URL <https://moluch.ru/archive/239/55380/> (дата обращения: 04.12.2019).

181. Коваль Д.Е., Кривонос М.В. Процессный подход к организации и её управлению - Омск, Россия <https://www.scienceforum.ru/2016/pdf/20014.pdf>

182. Ковылкин Д.Ю., Новикова В.Н., Ратафьев С.В. Возможности современных инструментальных средств моделирования бизнес-процессов // Креативная экономика. – 2019. – Том 13. – № 7. – с. 1457-1474. – doi: 10.18334/ce.13.7.40847.

183. Колесник А.Ю. Международный опыт мониторинга медицинских услуг и оценка результативности в сфере здравоохранения. Режим доступа: <http://ecsoc-man.edu.ru/db/msg/307667/print.html>.

184. Колеухо Д.С. Основные аспекты организации лечебного питания в медицинских учреждениях МВД России. // Медицинский вестник МВД. - № 1-2016 (том LXXX). С. 6-11

185. Комаров Ю., Короткова А., Галанова Г. Альтернативы нет. Концептуальные подходы к управлению качеством медицинской помощи // Медицинский вестник. 1997. № 13. С. 11

186. Комаров Ю.М. К вопросу о стратегии и тактике развития здравоохранения в России. // Здравоохранение Российской Федерации. 1991. Т. 9. - С. 1-6.

187. Кондратова Н.В. Международные цели безопасности пациентов: соблюдение требований стандартов JCI в многопрофильном стационаре / Н.В. Кондратова // Заместитель главного врача. — 2015. — № 10. — С. 24—31.

188. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. Парламентские слушания в Госдуме 30 января 2009 г. 16 с.

189. Копанева, И.Н. Как измерить удовлетворенность потребителя / И.Н. Копанева // Методы менеджмента качества. — 2003. — № 6. — С. 21—26.

190. Коровина В.В. Диалектика взаимосвязи стратегического управленческого учета и стратегического планирования // Инновационное реформирование экономики и общества в условиях глобальной нестабильности. Материалы II Международной научно-практической конференции. Саратовский социально-экономический институт (филиал) РЭУ им. Г.В. Плеханова, Саратов. – 2016. – С. 79–83.

191. Королева Е. Ф. Мониторинг качества оказания медицинских услуг населению: системный подход // Молодой ученый. — 2016. — №19. — С. 245-247. — URL <https://moluch.ru/archive/123/34035/> (дата обращения: 03.12.2019).

192. Король Ж.В., Беднаржевский С.С. Процессный подход в системе управления охраной труда организации // Перспективы науки. – 2013. - №5 (44). – с. 76-78.

193. Корпачева А.М. Стратегическое управление организациями как актуальное направление практической деятельности менеджмента // Студенческий: электрон. научн. журн. 2018. № 12(32). URL: <https://sibac.info/journal/student/32/113188> (дата обращения: 05.12.2019).

194. Костикова А.Ю. Теоретические основы мотивации медицинского персонала / Костикова А.Ю. Черкасов С.Н. // Российская академия медицинских наук. Бюллетень научно-исследовательского института

общественного здоровья имени Н.А.Семашко, Россия, г.Москва.- 2015.- выпуск 6. – с.70-81.

195. Костин А. А., Посметухина Е. А. Соотношение понятий «эффективность» и «результативность» на примере таможенной деятельности // Российское предпринимательство. 2014. № 3 (249). С. 75-88.

196. Крышкин О. М. Настольная книга по внутреннему аудиту. Риски и бизнес процессы. Альпина Паблишер, 2015.

197. Крышкин, О. Настольная книга по внутреннему аудиту: Риски и бизнес-процессы. / О. Крышкин. - М.: Альпина Паблишер, 2016. - 477 с.

198. Кузнецова Н.В. Управление качеством. Учебное пособие . 2016 год

199. Кулькина И.В., Торопчин Н.А Психологические и правовые аспекты проблемы реформирования системы здравоохранения в России // Мир науки, культуры, образования. 2015. № 2. С. 299–300.

200. Купчинская Ю. А. Основы бизнес-процессов, Чеховская Светлана Александровна Байкальская международная бизнес-школа ФГБОУ ВПО «Иркутский государственный университет» Тип: статья в журнале - научная статья, Номер: 1 (1) Год: 2015 ,УДК: 65.012.2, Журнал: Бизнес-образование в экономике знаний.Издательство: Байкальская международная бизнес-школа федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Иркутский государственный университет" (Иркутск) eISSN: 2412-5318

201. Курбатова Н., Сикачева И. Техника проведения совещания// «Консультант» - 2005г. - № 23) (<https://www.cfin.ru/management/people/culture/meeting.shtml>).

202. Курдюкова О.Г. Формирование социально-ориентированных инструментов модернизации здравоохранения: автореф. дис. ... к.э.н. – Кисловодск, 2010, 28 с.

203. Курылев, В.А. Опыт организации и системы менеджмента качества в больнице скорой медицинской помощи / В.А. Курылев // Заместитель главного врача. — 2015.—№ 2.—С.26—38.

204. Кушнир, К.В. Система мотивации сотрудников в управлении 27. качеством и эффективностью лучевой диагностики / К.В. Кушнир // Менеджер здравоохранения. — 2015.—№ 7. — С. 26—31.

205. Ланцман, Н. Взаимосвязь между управлением персоналом и 28. управлением качеством, вовлечение сотрудников в рабочий процесс, личный опыт и выполнение работ, необходимых для подготовки к проведению проверки JCI / Н. Ланцман / Организация здравоохранения. Системы менеджмента качества в здравоохранении: тез. докл. Междунар. конф. — М., 2015.—С. 112.

206. Лапыгин Ю.Н., Лапыгин Д.Ю., Лачинина Т.А. Стратегическое развитие организации / Ю.Н.Лапыгин, Д.Ю.Лапыгин, Т.А.Лачинина. - М.: КноРус, 2014 -412 с.

207. Лебедев А.А. Новая здравоохранительная политика и ее роль в модернизации здравоохранения. Доклад. – М.: РГМУ им. Н.И. Пирогова, 2011, С. 36.

208. Лебедев А.А., Гончарова М.В., Серебрянский О.Ю., Лебедев Н.А. Инновации в управлении медицинскими организациями. – М.: Литтерра, 2010. – 176 с.

209. Легкая Л. А. Процессный подход к управлению организацией и условия его применения / Л. А. Легкая, Т. В. Дзабиева, В. С. Габараева // Современная наука: актуальные вопросы, достижения и инновации. Сборник статей IV Международной научно-практической конференции. – 2018. – с. 111-113.

210. Лепяхова Е.Н. Определение элементов стратегии рационального управления системой здравоохранения/Е.Н. Лепяхова, С.В. Недвижай//Стратегия устойчивого развития регионов: XXI Всероссийская научно-практическая конференция. Новосибирск, 2014.

211. Линденбрaтен А.Л. Актуальные проблемы совершенствования здравоохранения в субъектах Российской Федерации / А.Л. Линденбрaтен // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2004. - № 4.- С. 23-26.

212. Линденбрaтен, А.Л. Методические подходы к оценке качества организации медицинской помощи / А.Л. Линденбрaтен // Здравоохранение. — 2015. — № 1. — С. 74—78.

213. Лисицин Ю.П. Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении. М.: Б. и., 1998 - 287с.

214. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Ю.П. Лисицын. Казань: НПО «Медикосервис», 1999. — 698 с.

215. Лисицын Ю.П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Ю.П. Лисицын. Казань: НПО «Медикосервис», 1999. -698 с.

216. Лисицын Ю.П., Стародубцев В.И., Савельева Е.Н. Медицинское страхование. М.: "Медицина", 1995. – 144 с.

217. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.

218. Лисичкина Ю. С. Процессный подход в управлении организацией / Ю. С. Лисичкина, Ю. К. Сычев // Управленческие науки в современном мире. Издательство: Издательский дом «Реальная экономика». – 2017. – с. 134-137

219. Лихтарович Е.Е. Процессный подход в управлении качеством медицинских услуг Экономика и управление - № 4 - 2011 http://media.miu.by/files/store/items/eiup/28/eiu_28_2011_8.pdf

220. Лотов, Н.Д. Мировой опыт внедрения систем менеджмента качества на основе международных стандартов ИСО серии 9000: автореф.

дис. ... канд. экон. наук / Лотов Николай Дмитриевич; С.-Петерб. гос. ун-т. — СПб., 2005. — 23 с.

221. Лубягина Ю.В. Реинжиниринг бизнес-процессов: содержание и проблемы реализации в современной экономике / Ю.В. Лубягина, М.Н. Попова, А.В. Дремина, Д.В. Бурнакова, М.Д. Прасолова // Научный форум: Экономика и менеджмент: сб. ст. по материалам XIII междунар. науч.-практ. конф. — № 1(13). — М., Изд. «МЦНО», 2018. — С. 63-67.

222. Лудупова Е.Ю., Денисова М.А. Подходы к обеспечению внутреннего контроля качества медицинской помощи через оценку удовлетворенности пациентов в медицинской организации//Вестник Росздравнадзора; 2016; (URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-obespecheniyu-vnutrennego-kontrolya-kachestva-meditsinskoj-pomoschi-cherez-otsenku-udovletvorennosti-patsientov-v>; дата обращения – 28.01.2018).

223. Лудупова, Е.Ю. Обеспечение безопасности медицинской помощи в многопрофильном стационаре через внедрение системы менеджмента качества / Е.Ю. Лудупова, М.А. Денисова // Здравоохранение. —2015. — № 3.—С. 78—85.

224. Лудупова, Е.Ю. Организация деятельности отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения путем внедрения процессного подхода и применения реинжиниринга / Е.Ю. Лудупова, Т.Л. Дашибалова, М.А. Денисова // Управление качеством в здравоохранении. —2015.—№ 3.— С. 3—11

225. Лудупова, Е.Ю. Применение методики проектного управления при внедрении СМК в многопрофильном стационаре / Е.Ю. Лудупова, М.А. Денисова, Р.В. Дугарова // Здравоохранение. —2015. — № 9. — С.74—80.

226. Лукьянцева, Д.В. Вопросы адаптации (разработки) и внедрения стандартов оказания медицинской помощи в деятельность медицинской организации / Д.В. Лукьянцева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2014.—№ 1—2. — С. 1—12.

227. Люлякина Д.Н. Статьи в журнале «Экономика и менеджмент инновационных технологий» Оптимизация системы менеджмента предприятия: процессный подход, Октябрь, 2017

228. Майкл Хаммер, Лиза Хершман. Быстрее, лучше, дешевле. Девять методов реинжиниринга бизнес-процессов. – М.: Альпина Паблишер, 2015. – 352 с)

229. Македонский П.Д., Уламасова Е.П. Статьи в журнале «Современная техника и технологии» Современные методологии описания бизнес-процессов № 11 (63) Ноябрь 2016

230. Максимова Т. Современные проблемы и перспективные оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения / Т. Максимова // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истор. медицины. – 2000. – № 5. – С. 9–14.

231. Максимова Т.М. Современные проблемы и перспективные оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения / Т.М. Максимова // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истор. медицины. – 2000. – № 5. – С. 9–14.

232. Малахова Н.Г. Маркетинг в здравоохранении. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2010. – 224 с.

233. Малин А.С. Исследование систем управления [текст]: Учебник для вузов / А.С. Малин, В.И. Мухин; Гос. ун-т - Высшая школа экономики. - 3-е изд. - М.: Изд. Дом. ГУВМЭ, 2005. - 399. [1]с.

234. Малиновский А.В. Руководство по организации закупок, технического обслуживания, ремонта и списания медицинской техники – 2012 – Медтехиздат – 140 с.

235. Малиновский А.В. Руководство по ремонту и техническому обслуживанию медицинской техники. – 2012 - Санкт-Петербург, Медтехиздат. – 480 с.

236. Малолетко А.Н., Бумагин Е.В. Процессный подход к управлению и управление по результатам. Российское предпринимательство. 2009, 1, 1 (126): 74-79.
237. Мальчикова С.Н. Теоретические основы формирования системы управленческого учета бизнес-процессов с точки зрения процессного подхода к управлению металлургическим предприятием // Управленческий учет. 2014. №2. С.44.
238. Манухина Е.В., Борисова Н.В., Дыкин В.А. Оценка пациентами качества и доступности медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Рязанской области // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2015. №2. С. 147-150.
239. Мартыненко В.Ф., Вялкова Г.М., Полесский В.А., Беляев Е.Н., Гройсман В.А., Серегина И.Ф. Информационные технологии в управлении здравоохранением Российской Федерации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 248 с.
240. Мартынюк Е. Проблемы оценки эффективности систем управления бизнес-процессами / Е. Мартынюк // Institutionelle Grundlagen für die Funktionierung der Ökonomik unter den Bedingungen der Transformation: Sammelwerk der wissenschaftlichen Artikel. – Nürnberg: Deutschland, 2014. – Vol. 1: Verlag SWG imex GmbH. – 348 p. – P. 240–243.
241. Машков Илья. Современные методы BPM // Экономика мегаполисов и регионов. 2012. – № 6 (48) // – С. 52–53.
242. Медик В.А., Токмачев М.С. Статистика здоровья населения и здравоохранения. – М.: Финансы и статистика, 2009. – 368 с.
243. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 288 с.
244. Межгосударственный стандарт ГОСТ-ISO 9001-2011. Системы менеджмента качества. Требования. Москва. Стандартиформ 2012, 33 с.
245. Мезер С. Д. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ РЕИНЖИНИРИГА / С. Д. Мезер, М. С. Семейкина, А. К. Тонян //

Международный научно-исследовательский журнал. — 2016. — № 1 (43)
Часть 1 . — С. 57—58. — URL: <https://research-journal.org/economical/sovremennye-podxody-k-opredeleniyu-reinzhiniriga/> (дата обращения: 04.12.2019.). doi: 10.18454/IRJ.2016.43.119

246. Меирбеков Д.К. Реинжиниринг бизнес-процессов предприятия // Современные научные исследования и инновации. 2015. № 3. Ч. 3 [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2015/03/49762> (дата обращения: 25.03.2019).

247. Менеджмент качества или менеджмент оправданий, или почему ИСО-стандарты не работают? / А.В. Эмануэль, Р. Бошкович, Г.А. Иванов, О.В. Чередничук // Вестник Росздравнадзора. —2015.—№ 6.—С.45—50.

248. Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф. «Основы менеджмента» / перевод с англ. под ред. Васенчука И. Н. – М.: ДЕЛО, 2016 – 573 с.

249. Методика «Функционально-стоимостной анализ и имитационное моделирование»; Электронный ресурс]. (URL: http://www.businessstudio.ru/articles/article/metodika_funktsionalno_stoimostnoy_analiz_i_imitats/; дата обращения – 05.09.2018).

250. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Статистический учет и отчетность в здравоохранении. Москва, 2006г.// <http://www.igma.ru/attachments/article/230/.pdf>.

251. Мирон, А.И. Система управления качеством диагностической помощи / А.И. Мирон // Главврач. —2015. —№ 7.—С.48—51.

252. Митрофанов Д. Е., Постнов В. В., Уткин Д. Ю., Селиверстов А. С. Стратегические показатели управления качеством процессов в организации [Текст] // Экономика, управление, финансы: материалы VIII Междунар. науч. конф. (г. Краснодар, февраль 2018 г.). — Краснодар: Новация, 2018. — С. 148-150. — URL <https://moluch.ru/conf/econ/archive/264/13714/> (дата обращения: 04.12.2019).

253. Михайлов Ю.М.. Общие требования к организации охраны труда в медицинских учреждениях. Практическое пособие. — М.: Издательство «Альфа-Пресс», 2009. — 208 с. URL: http://www.bestbook.ru/userfiles/books/pdf/Pages%20from%20OTMU_Rogozhin_A4.pdf; дата обращения – 15.07.2018).

254. Михайлова Е.М. Модель бизнес-процесса как важнейший элемент организации процессного управления предприятием. Гео-Сибирь. – 2015. – с. 35-38

255. Михеева Н.А., Тупикина И.Н. Эффективность лечения больных сахарным диабетом в санатории «Железноводск» МВД России. // Медицинский вестник МВД. - № 1-2016 (том LXXX), С. 60-62.

256. Мишутинская Е.Н., Применение процессного подхода к управлению мероприятиями охраны труда в организации//Безопасность и охрана труда.- №3 – 2016 (URL: <https://biota.ru/publishing/magazine/bezopasnost-i-oxrana-truda-%E2%84%963,2016/primenenie-proczessnogo-podxoda-k-upravleniyu-meropriyatiyami-oxrany-i-truda-v-organizaczii.html>, дата обращения – 19.07.2018).

257. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.К. Салахутдинова, Е.В. Селезнева, И.М. Шейман, С.В. Шишкин / Под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина– М.: Издательство "Дело" РАНХ, 2010, 232 с.

258. Москаленко В.Ф. Концептуальные подходы к формированию современной профилактической стратегии в здравоохранении. От профилактики медицинской к профилактике социальной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 240 с.

259. Мотышина М.С. Исследование систем управления: Учебное пособие. - СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 2006. - 224 с.

260. Мухитдинова Т. А. Особенности бизнес-планирования // Молодой ученый. — 2019. — №24. — С. 353-356. — URL <https://moluch.ru/archive/262/60624/> (дата обращения: 27.11.2019).

261. Мухтасарова, Т.Р. Внедрение системы менеджмента качества в соответствии с требованиями ГОСТ Р ISO 9001-2011 в амбулаторно-поликлинических объединениях г. Москвы / Т.Р. Мухтасарова, А.В. Погодин. А.А. Тяжельников // Эффективное управление медицинской организацией - 2014»: тез. II Междунар. конф. — М., 2014.—С.115.

262. Назаркина, И.М. Информационно-аналитическая система как инструмент управления качеством медицинской помощи на амбулаторном этапе / И.М. Назаркина, С.А. Суслин, Л.С. Федосеева // Главврач. —2015.— № 4.—С.25—30.

263. Назарова Е.Н., Жиллов Ю.Д. Основы социальной медицины. – М.: Академия, 2012. – 368 с.

264. Назарова Е.Н., Жиллов Ю.Д. Основы социальной медицины. – М.: Академия, 2010. – 368 с.

265. Наркевич И.А., Умеров С.З. Технология модернизации процессов лекарственного обеспечения в ЛПУ // Менеджер здравоохранения. 2013. – № 1 // – С. 44–49.

266. Наумова Н.А. Экспертные методы в функционально-стоимостном анализе научно-образовательной деятельности кафедры; Электронный ресурс; <file:///C:/Users/%D0%9C%D0%B0%D1%88%D1%83%D0%BB%D1%8F/Downloads/2014-3-10.pdf>; дата обращения – 25.11.2018).

267. Недвижай С.В., Тинякова А.Ю. Журнал: Экономика и социум @ekonomika-socium. Статья в выпуске: 2-3 (15), 2015 года. Проблемы оценки результативности деятельности учреждений в сфере здравоохранения. Короткий адрес: <https://readera.ru/140112843>, IDR: 140112843

268. Некоторые аспекты внедрения систем управления качеством медицинской помощи / А.Л. Линденбратен, Н.Д. Дубинин, Г.Р. Фаррахова, Р.Х. Ягудин // Практическая медицина. —2015.—№ 4-2.—С.68—71.

269. Непейвода Н.Н., Гулиев Я.И., Цветков А.А. Методика анализа и синтеза моделей бизнес-процессов в медицинской организации. // Врач и информационные технологии, №4, 2015, с. 14-23.

270. Николаева О.В. Удовлетворенность пациентов качеством оказания специализированной медицинской помощи. [Интернет]. (URL: <https://medconfer.com/node/4990>; дата обращения – 23.03.2018).

271. Никулина Т. Н., Фартушина А. С. Проблемы моделирования бизнес-процессов в современных организациях // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т. 13. – С. 4436–4440. – URL: <http://e-koncept.ru/2015/85888.htm>.

272. Новицкий А.Л. Стандарты ISO 9000: Идентификация процессов системы менеджмента качества. /Новицкий А.Л., Болотина Т.Э. // "Методы менеджмента качества" № 4, 2005), 15 с.

273. Новолодский А.И., Таевский Б.В., Кицул В.С., Щуко А.Г., Юрьева Т.Н. Технологические карты как инструмент в оценке деятельности офтальмологической службы/Практическая медицина. 2015 –Том 1 - № 2(87). (URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tehnologicheskie-karty-kak-instrument-v-otsenke-deyatelnosti-oftalmologicheskoy-sluzhby-1>; дата обращения – 04.04.2018).

274. Новоселов В.И. Граждане как субъект советского административного права. В сб.: Субъекты советского административного права. -Свердловск, 1985. 168 с.

275. О результатах деятельности Федеральной службы государственной статистики в 2016 году и основных направлениях на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов. Официальный сайт Росстата// http://www.gks.ru/free_doc/new_site/rosstat/college/dokl2017.pdf).

276. Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения. Приказ Минздрава России от 31.10.2013 № 810а. URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70405434/>; дата обращения – 23.03.2018).

277. Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015 г. № 240 (URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70956658/>; дата обращения – 23.03.2018).

278. Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения. [Интернет] (URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobschennye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravoohraneniya>; дата обращения – 23.03.2018).

279. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2014 году. Статистический материалы//Официальный сайт Минздрава России (URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2014-god>, дата обращения – 04.06.2018).

280. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2016 году. Статистический материалы//Официальный сайт Минздрава России (URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2016-god>, дата обращения – 04.06.2018).

281. Одарущенко О.И., Сыркин Л.Д., Шакула А.В., Жовнерчук Е.В. Эмоциональное благополучие сотрудников органов внутренних дел в системе охраны психического здоровья. // Медицинский вестник МВД. - № 1-2016 (том LXXX), С. 69-73.

282. Ольховский А., Тихонов С. Здравоохранение России. Двадцать лет реформ, которых не было. – М.: Нестор-История, 2010. – 290 с.

283. Опыт использования современных принципов управления в повышении качества оказания высокотехнологичной медицинской помощи / Г.В. Артамонова, Я.В. Данильченко, Т.С. Костомарова [и др.] // Заместитель главного врача. —2015.—№ 1.—С.36—45.

284. Орлов, А.Е. Система управления качеством организации работы с персоналом лечебных учреждений (на примере крупной поликлиники и многопрофильного стационара) / А.Е. Орлов, В.В. Павлов, Д.Н. Лисица. — Самара, 2014. —159 с.

285. Осетров А.В., Богданов С.А. Основные элементы научно-методического аппарата военно-теоретических исследований/Военная мысль.-2008- №7 – с.62-64 (URL: <http://militaryarticle.ru/voennaya-mysl/2008-vm/10172-osnovnye-jelementy-nauchno-metodicheskogo-apparata>; дата обращения – 16.12.2018).

286. Павлюк А. К., Меркушева Н. И. Применение реинжиниринга бизнес-процессов на предприятиях // Молодой ученый. — 2015. — №1. — С. 265-267. — URL <https://moluch.ru/archive/81/14699/> (дата обращения: 29.11.2019).

287. Петросян А.Э. Природа организационных целей (концептуальный портрет в историческом интерьере) // Вестн. Ом. ун-та. – 2015. – № 3.

288. Печерицына И.О. Преимущества процессного подхода к управлению / И. О. Печерицына, Е.В. Гринавцева // современная экономика: актуальные вопросы, достижения и инновации. Сборник статей XXII Международной научно-практической конференции. – 2018. – с. 249-252.

289. Пирогов, М.В. Оценка качества медицинской помощи в системе стандартизации / М.В. Пирогов // Главврач. — 2015.—№ 5.—С.34—41.

290. Письмо Минздрава России от 27.10.2003 г. № 293-22/233 «Методические рекомендации «Техническое обслуживание медицинской техники». 15 с.

291. Письмо Росздравнадзора от 09.06.2009 г. № 05-МС-532 «Виды работ, включенные в понятие "техническое обслуживание медицинской техники"».

292. Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Огрызко Е.В. Оптимизация служб медицинской статистики на различных уровнях в современных условиях. Врач и информационные технологии, № 5, 2015, с.23-25.

293. Полина Н.А. Пути совершенствования управления в учреждении здравоохранения.// Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=19417> (дата обращения: 27.11.2019).

294. Половинчук Д.Ю. Процессный подход к управлению деятельностью предприятия: преимущества и проблемы практического использования //Вестник Белгородского университета кооперации, экономики и права. – 2014. –№ 1. – С. 437–442.

295. Порошина Л.А. Реинжиниринг бизнес-процессов в медицинских организациях. / Порошина Л.А., Каменева-Любавская Е.Н. //Ученые заметки ТОГУ.2016, том 7, №2. С.265-280.

296. Портер, М. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат / М. Портер, Э.О. Тайсберг. — Киев: Изд-во А. Капусты (подразделение агентства «Стандарт»), 2007. — 620 с.

297. Постановление Минтруда России от 24.10.2002 № 73 «Об утверждении форм документов, необходимых для расследования и учета несчастных случаев на производстве, и положения об особенностях расследования несчастных случаев на производстве в отдельных отраслях и организациях», 36 с.

298. Постановление Минтруда РФ и Минобразования РФ от 13 января 2003 г. № 1/29 «Об утверждении Порядка обучения по охране труда и проверки знаний требований охраны труда работников организаций», 11 с.

299. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2011 г. № 1232 г. Москва "О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения" Российская газета - Федеральный выпуск №5681 (8) - 18 января 2012 г.[1].

300. Построение процессных карт: как и почему? [Электронный ресурс]

(URL:http://deming.ru/TeorUpr/Quality_Collection/08_Postroenie_protssesnyh_kart_Print.htm; дата обращения – 04.04.2018).

301. Практика обучения действиям / Под ред. М. Педлера; пер с англ. Под ред. О.С. Виханского. - М.: Гардарики, 2000. - 336 с.

302. Приказ № 101 от 06.03.2017г. Министерства внутренних дел Российской Федерации «О системе организации статистической отчетности в медицинских и аптечных организациях системы Министерства внутренних дел Российской Федерации». 44 с.

303. Приказ МВД России от 16.09.2016 № 537 «О списании федерального движимого имущества в Министерстве внутренних дел Российской Федерации», 11 с.

304. Приказ МВД России от 26.03.2013г. № 161 «Об утверждении порядка проведения служебной проверки в органах, организациях и подразделениях Министерства внутренних дел Российской Федерации», 11 с.

305. Приказ МВД России от 31.12.2013г. № 1045 «Об утверждении Порядка организации транспортной деятельности в органах внутренних дел России», 79 с.

306. Приказ Минздрава России от 13.07.2018г. № 442 «Об организации работы по обеспечению технической возможности выражения мнений пациентами о качестве условий оказания услуг медицинскими организациями на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в сети Интернет», 15 с.

307. Приказ Минздрава России от 14.05.2015 №240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями».

308. Приказ Минздрава России от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях», 3 с.

309. Приказ Минздрава СССР №920 от 30.07.1987 «Об утверждении положения об отделе Автоматизированных систем управления (вычислительном центре) учреждения здравоохранения», 4 с.

310. Приказ Минздрава СССР от 3.10.1994 г. № 394 № «Положение о комплексном техническом обслуживании, ремонте, монтаже и наладке медицинской техники», 15 с.

311. Приказ Минздравмедпрома РФ от 04.10.1995г № 276 «О мерах по укреплению метрологической службы Минздравмедпрома России», 13 с.

312. Приказ Минздравсоцразвития России от 01.06.2009 N 290н «Об утверждении Межотраслевых правил обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты", 8 с.

313. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н (ред. от 06.02.2018) "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры

(обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых...». 163 с.

314. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 апреля 2011 г. № 364 “Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения” (ГАРАНТ.РУ:

<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4092541/#ixzz51o7woWEV>).

315. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 апреля 2014 г. N 183н г. "Об утверждении перечня лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету", 7 с.

316. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 июня 2013г. № 378н "Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения», 11 с.

317. Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области № 1031 от 05.06.2015г. «Об утверждении технологических карт на медицинские услуги» (URL: <http://docs.cntd.ru/document/428620292>; дата обращения – 04.04.2018).

318. Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области № 515 от 05.12.2016г. «Об утверждении технологических карт на медицинские услуги по проведению эндоскопических исследований» (URL: <http://docs.cntd.ru/document/444864013>; дата обращения – 04.04.2018).

319. Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области № 515 от 18.04.2016г. «Об утверждении технологических карт на медицинские услуги по специальности «Хирургия» (URL: <http://docs.cntd.ru/document/439000089>; дата обращения – 04.04.2018).

320. Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области № 515 от 25.03.2015г. «Об утверждении технологических карт на медицинские услуги по лабораторной диагностике» (URL: <http://docs.cntd.ru/document/428509895>; дата обращения – 04.04.2018).

321. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 07.03.2017г. № 345-п «О состоянии производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в учреждениях здравоохранения за 2016 год»(URL: <https://minzdrav.midural.ru/uploads/document/3229/345-p.pdf>; дата обращения – 16.01.2019г.)

322. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 2 июня 1987г. №747 «Об утверждении «Инструкции по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях, состоящих на государственном бюджете СССР», 13 с.

323. Приказ Минтруда России от 24.01.2014 N 33н «Об утверждении Методики проведения специальной оценки условий труда, Классификатора вредных и (или) опасных производственных факторов, формы отчета о проведении специальной оценки условий труда и инструкции по ее заполнению», 98 с.

324. Принципы организации и основные показатели деятельности гастроэнтерологической службы многопрофильного стационара: метод. рекомендации / А.В. Спиридонов, Л.Ф. Сабиров, Э.Б. Фролова, Н.Б. Амиров. — Казань, 2014. — 38 с.

325. Принципы управления качеством медицинской помощи / Н.Ю. Трифонова, Н.Ф. Плавун, Ю.П. Бойко, И.Г. Галь // Здравоохранение Российской Федерации. —2015.—№ 2.—С.4—7.7

326. Пудич В.С. Системология в концепции российского менеджмента // Управление. — 2014. — № 4(6). — С. 5–11.
327. Путькина Л. В. Динамика концепции развития предпринимательских структур//Международный научно-исследовательский журнал. 2015. №2-3 (33). С.79-80.
328. Путькина Л. В. Особенности инновационных предпринимательских структур//Международный научно-исследовательский журнал. 2015. №2-3 (33). С.80-82.
329. Путиянина Т. П. Процессный подход к управлению организацией как актуальная модель современной экономики / Т. П. Путиянина, К. С. Дидык // Стратегия инновационного развития агропромышленного комплекса в условиях глобализации экономики. Материалы международной научно-практической конференции. – 2015. – с. 97-101.
330. Рамперсад Х.К. Универсальная система показателей: Как достигать результатов, сохраняя целостность. Пер. с англ. М. 2004, 351 с.
331. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р, 107 с.
332. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. N 1662-р «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года" (http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/5c2f5b1d790a1f82d0ca1f2fa0d72e968e6349e7/).
333. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий ("дорожной карты") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения" (<http://docs.cntd.ru/document/902392008>).
334. Решение Коллегии Министерства здравоохранения Челябинской области от 23.06.2017г. № 3 «О состоянии охраны труда, производственного травматизма и профессиональной заболеваемости в медицинских

учреждениях Челябинской области» (URL: http://www.zdrav74.ru/files/zdrav74/rieshieniie_kolliieghii__3_ot_23.06.2017.pdf; дата обращения – 16.01.2019 г.)

335. Рогова Е.В. Анализ показателей работы Клинического госпиталя МСЧ ГУВД. /Е.В. Рогова, П.Е. Сурмиевич //Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2007. - № 4(20). - С. 113-116.

336. Ройтберг, Г.Е. Опыт внедрения JCI, ISO, EFQM и др. СМК / Г.Е.Ройтберг // Организация здравоохранения. Системы менеджмента качества в здравоохранении: тез. докл. Междунар. конф. —М., 2015.—С. 117.

337. Романова М.В. Управление проектами: учеб. пособие. – М.: И.Д. «Форум»: ИНФРА – 2014. – 256 с.

338. Рыбаков М. А. Бизнес-процессы: как их описать, отладить и внедрить. – М.: Издательство Михаила Рыбакова, 2016. – 392 с.

339. Саами Г., Кернс К. Аналитическое планирование. Организация систем. -М.: Радио и связь. 1991. - с. 222-224.

340. Сабиров, Л.Ф. Анализ функционирования системы менеджмента качества многопрофильного стационара за пятилетний период / Л.Ф. Сабиров, А.В. Спиридонов // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып.6. — С. 152—156.

341. Сабиров, Л.Ф. Оценка результативности системы менеджмента качества Клинического госпиталя ФКУЗ МСЧ МВД по Республике Татарстан / Л.Ф. Сабиров, А.В. Спиридонов // Общественное здоровье и здравоохранение. —2014.—№ 1.—С. 85—89.

342. Садовой М.А., Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Табакаев Н.А., Тюфилин Д.С., Воробьева О.О. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? // Бюллетень сибирской медицины. 2017; 16 (1): 152–161. (URL: <http://bulletin.tomsk.ru/jour/article/viewFile/786/645>; дата обращения – 11.03.2018).

343. Сазерленд Джефф. «Scrum. Революционный метод управления проектами». – Москва.: Манн, Иванов и Фербер. – 2016.

344. Сайбель Н.Ю., Мезер С.Д. Оптимизация и реинжиниринг: сравнительный анализ // Молодой ученый. 2015. № 13. С. 453-456.

345. Сайбель Я.В., Мезер С.Д. Анализ современных методов оптимизации бизнес-процессов // Актуальные проблемы экономической теории и практики: сборник научных трудов / под ред. В.А. Сидорова. Выпуск 19. Краснодар: Кубанский государственный университет, 2015. С. 149-154.

346. Сафоничева О.Г., Мартынчик С.А. Задачи развития научной платформы медицинской науки «Профилактическая среда»: технологические решения // Успехи современного естествознания. – 2015. - № 3. - С. 102-106.

347. Сафронова, Н.Б. Маркетинговые исследования: Учебное пособие для бакалавров /Н.Б. Сафронова, И.Е. Корнеева. - М.: ИТК Дашков и К, 2015. - 296 с

348. Селиверстов А. С., Постнов В. В., Уткин Д. Ю., Семидотченко А. Р., Николаева К. А. Управление бизнес-процессами внутри предприятия [Текст] // Экономическая наука и практика: материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Чита, апрель 2018 г.). — Чита: Издательство Молодой ученый, 2018. — С. 46-48. — URL <https://moluch.ru/conf/econ/archive/265/14018/> (дата обращения: 27.11.2019).

349. Селиверстов А. С., Постнов В. В., Уткин Д. Ю., Семидотченко А. Р., Николаева К. А. TQM как система для повышения качества процессов [Текст] // Экономическая наука и практика: материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Чита, апрель 2018 г.). — Чита: Издательство Молодой ученый, 2018. — С. 42-44. — URL <https://moluch.ru/conf/econ/archive/265/14016/> (дата обращения: 27.11.2019).

350. Селиверстова П.О., Точилкина Т.Е. Методологии управления бизнес-процессами (BPM) // Экономика и менеджмент инновационных

технологий. 2014. № 12 [Электронный ресурс]. URL: <http://ekonomika.snauka.ru/2014/12/6602> (дата обращения: 07.02.2019).

351. Селиверстова П.О., Точилкина Т.Е.. Система элементов управления бизнес-процессами (BPM). Сборник статей Международной научно-практической конференции «Глобализация науки: проблемы и перспективы». Часть 3. – Уфа, РИЦ БашГУ, 2014 – с. 126-131,

352. Семенов Д.С. Взаимосвязь удовлетворенности трудом и смысложизненных ориентаций у врачей и среднего медицинского персонала / Семенов Д.С. // Педагогическое образование в России. 2014. №9. – С 212-217

353. Семь нот менеджмента / под ред. Бочкарева А., Кондратьева В., Красновой В., Матвеевой А. и др. 6-е издание. - М., 2007, 822 с.

354. Серенков П.С.. Методы менеджмента качества. Процессный подход. / Серенков П.С., Курьян А.Г., Волонтей В.П. – М.: ИНФРА_М, 2014. – 441с.

355. Сибурина Т.А., Барскова Г.Н., Лактионова Л.В. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помощью // Социальные аспекты здоровья населения. №1 (29); 2013; (URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/454/30/lang,ru/>; дата обращения – 28.01.2018).

356. Сидоренко В.А. Ведомственное здравоохранение: истории, состояние, перспективы развития. Медицинский вестник МВД. №6 (85). 2016. С.2-8.

357. Сидоренко В.А. Ведомственному здравоохранению МВД России — 95 лет. // Вестник современной клинической медицины. - Выпуск № 6 / том 9 / 2016, С. 47-51.

358. Сидоренко В.А. Исторический опыт и современные тенденции развития здравоохранения Министерства внутренних дел Российской

Федерации. Вопросы материально-технического обеспечения. № 10 (79).2016. С. 6-9.

359. Сидоренко В.А. Медицинской службе МВД России – 95 лет. Ведомственное здравоохранение: история, состояние и перспективы/Медицинский вестник МВД. 2016, № 6, С. 2-8.

360. Сидоренко В.А. Модернизация здравоохранения МВД. Медицинский вестник МВД. №1 (74). 2015. С. 2-6.

361. Сидоренко В.А. Основные проблемные вопросы деятельности медико-санитарных и санаторно-курортных организаций системы МВД России в 2015 году. // Медицинский вестник МВД. - № 1-2016 (том LXXX), с. 2-5

362. Сидоренко В.А. Основные проблемные вопросы деятельности медико-санитарных и санаторно-курортных организаций системы МВД России в 2015 году. Перспективы развития медицинской службы МВД России в 2016 году. Медицинский вестник МВД. № 1 (80). 2016. С. 2-5.

363. Сидоренко В.А. Перспективы развития медицинской службы МВД России в 2016 году. // Медицинский вестник МВД. - № 1-2016 (том LXXX). С. 7-10

364. Сидоренко В.А., Зубрицкий В.Ф. Развитие ведомственной медицины – основа укрепления здоровья сотрудников органов внутренних дел. Медицинский вестник МВД. №2 (87). 2017. С. 2-4.

365. Сидоренко В.А., Сухоруков А.Л., Костин Н.А. Современное амбулаторно-поликлиническое учреждение МВД России – ведущее звено единой системы оказания первичной медицинской помощи прикрепленному контингенту/ Медицинский вестник МВД, 2016, № 6. Стр. 9-12.

366. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь. ISO 9000:2000. http://www.iso.org/iso/ru/catalogue_detail?csnumber=29280

367. Скляр, Т.М. 46. Организационно-управленческие инновации в медицинских организациях / Т.М. Скляр // Здравоохранение. — 2014.—№ 1.—С. 42—48.

368. Скоромец Н.М., Чернова Т.В., Елфимов П.В. Медико-социальные аспекты организационной модели "Врач общей практики". Екатеринбург, ИПП "Уральский рабочий", 1996. – 88 с.

369. Слободской Г.С., Хаткевич М.И., Шутова С.А. Оптимизация процесса госпитализации в медицинской организации третьего уровня медицинской помощи с использованием процессного подхода. // Врач и информационные технологии, № 4, 2015, С. 43-50.

370. Смольянинов С.В., Писков В.Ю., Складов Р.Н., Дементьева Т.Ф., Мальцев Т.Т. Современный взгляд на условия профессиональной деятельности и состояние здоровья инспекторов ДПС ГИБДД в крупном промышленном городе. // Медицинский вестник МВД. - № 1-2016 (том LXXX). С. 33-37.

371. Собакарева, А.В. Процессный подход и мероприятия по устранению проблем его внедрения на российских предприятиях / А.В. Собакарева // Вестник МГТУ. – 2008. – Т. 11, № 2. – С. 279–283.

372. Солод В.С., Шабалин Г.А., Новиков В.В., Шабалина С.Г., Склеменов Г.Ж. Анализ требований по реализации процессного подхода в системах управления безопасностью труда // Современные наукоемкие технологии. – 2017. – № 6. – С. 88-92.

373. Сооляттэ, А.Ю. Как получить эффект от внедрения процессного подхода в компании? / А.Ю. Сооляттэ // Методы менеджмента качества. – 2009. – № 11. – С. 28–35.

374. Состояние и перспективы подготовки медицинских управленческих кадров в области менеджмента качества в здравоохранении / П.В. Борискин, А.А. Девяткин, М.Ю. Засыпкин [и др.] // Вестник Международного института рынка. —2015.—№ 2.—С. 58—63.

375. Спивак В.А. Системный подход к изменениям в организациях // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. — 2014. — Т. 6. — № 2. — С. 95-115.

376. Спирина, М.А. Роль системы здравоохранения в повышении качества человеческого капитала / М.А. Спирина, Г.В. Талалаева // Региональное развитие: стратегии и человеческий капитал: материалы Междунар. науч.-практ. конф. / науч. ред. А.П. Багирова. — Екатеринбург, 2014. — С.251—257.

377. Стадникова Н.В. Концептуальный подход к процессам изменений: формы и методы // Креативная экономика. – 2018. – Том 12. – № 7. – с. 887-900. – doi: 10.18334/ce.12.7.39231.

378. Стандарты медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации: состояние и перспективы / В.И. Стародубов, Т.А. Ефремова, Н.В. Коробов, Л.А. Лошаков // Здравоохранение Российской Федерации. — 2015.—№ 4.—С.4—9.

379. Старикова Л.Н., Умрилова А.И. Процессный подход в управлении торговым предприятием «Экономика и социум» №7(26) 2016 http://iupr.ru/domains_data/files/zurnal_26/Starikova,%20Umrilova.pdf

380. Стародубов В.И. Тенденции в состоянии здоровья населения и перспективы развития здравоохранения в России // актовая речь в ГБОУ РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздравсоцразвития России / В.И. Стародубов. Москва, 2012, 35 с.

381. Старостина Е.А. Стратегическое управление организациями как актуальное направление практической деятельности менеджмента: направления повышения эффективности стратегического управления организацией // Аллея науки. 2017. Т. 5. № 16. С. 218-225.

382. Старченко, А.А. Стандарт медицинской помощи как основа для достижения надлежащего качества медицинской помощи / А.А. Старченко // Заместитель главного врача. — 2015.—№ 9.—С. 42—49.

383. Степанова, Е.А. 51. Определение приоритетности медицинских проектов / Е.А. Степанова, А.Ю. Михайлов // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. —2015. — № 40 (325).—С. 35—46.

384. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации. Утв. указом Президента РФ от 31.12.2015 № 683 // СПС «КонсультантПлюс», 20 с.

385. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. 25 с.

386. Стрельников, А.В. Процессный подход к организации урологической помощи в многопрофильном стационаре / А.В. Стрельников, А.И. Соляник, Е.М. Карташов // Компетентность. – 2012. – № 1. – С. 44–52.

387. Сулейманова А.К., Омарова О.Ф. ,1ORCID: 0000-0003-4793-7098 магистрант, ЭФ, Дагестанский государственный университет, г. Махачкала, 2ORCID: 0000-0003-1566-6131, Кандидат экономических наук, Профессор кафедры бухучета и аудита ЭФ, Дагестанский государственный университет, г. Махачкала, Влассификация бизнес-процессов в системе управленческого учета, Опубликовано в 2017, Выпуск № 7(61) Июль 2017, “кономические науки

388. Тайц, Б.М. Система управления качеством крупного стационара экстренной помощи как подсистема общегородской системы управления качеством / Б.М. Тайц // Менеджер здравоохранения. — 2008. — № 2. — С.21—31.

389. Тараскина Ю.В. Показатели бизнес-процессов как основа оценки эффективности деятельности организации — Россия, 414056, Астрахань; Астраханский государственный технический университет, канд. экон. наук; старший преподаватель кафедры «Производственный менеджмент и организация предпринимательства»; lanadffff@rambler.ru. Статья поступила в редакцию 05.11.2015, в окончательном варианте - 23.11.2015

390. Тельнов, Ю.Ф. Инжиниринг предприятия и управление бизнес-процессами. Методология и технология: Учебное пособие / Ю.Ф. Тельнов, И.Г. Фёдоров. - М.: ЮНИТИ, 2015. - 176 с.

391. Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: автореф. дис. ...д.м.н. – М., 2008, 48 с.

392. Тихомиров А.В. Медицинское право. Практическое пособие. М.: Изд-во "Статут", 1998. -418с.
393. Тихонова, И.Ю. Методы вовлечения персонала в систему менеджмента качества в учреждении здравоохранения / И.Ю. Тихонова, А.В. Петиченко // Здравоохранение. —2015.—№ 4.—С.94—100.
394. Тоцкая, М.А. Управление инновационной деятельностью в здравоохранении на региональном уровне / Е.Г. Тоцкая, М.А. Садовой // Бюллетень сибирской медицины. —2014.—Т. 13, № 5.—С.184—194.
395. Третьякова О.С. Искусство управления - залог эффективного менеджмента в здравоохранении / О.С. Третьякова, И.А. Сухарева // Эффективное управление медицинской организацией - 2014»: тез. II Междунар. конф. — М., 2014.—С. 118.
396. Трифионов И.В., Авторитетный главный врач: обеспечение качества в медицинской организации [Электронный ресурс] / Трифионов И.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-3695-0 - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436950.html>
397. Трофимова М.С., Трофимов С.М. Электротехника, информационные технологии, системы управления № 14 УДК 621.391 , , Нижегородский государственный технический университет им. Р.Е. Алексеева, Нижний Новгород, Россия , 2015 Обзор методов и методик системного анализа применительно к управлению качеством предприятия
398. Удовлетворенность потребителей качеством медицинских услуг / И.Б. Болтенкова, И.А. Соболева, Т.И. Петренко, Н.Н. Курунова // Туберкулез и болезни легких. —2014.—Т. 91, № 5.—С.60—65.
399. Указ Президента РФ от 05.04.2016 N 156 (ред. от 21.12.2016) "О совершенствовании государственного управления в сфере контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и в сфере миграции" (URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_196285/; дата обращения – 10.04.2018).

400. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», 19 с.

401. Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование "Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года". Краткая версия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 96 с.

402. Улумбекова Г.Э., Мокляченко А.В. Показатели для оценки деятельности медицинских организаций: международный опыт, 10 Октября 2017, Вестник_№3_2017

403. Улумбекова, Г.Э. Управление качеством медицинской помощи в России и в развитых странах / Г.Э. Улумбекова// Организация здравоохранения. Системы менеджмента качества в здравоохранении: тез.докл. Междунар. конф. —М., 2015.—С.119.

404. Управление качеством диспансеризации взрослого населения в амбулаторно-поликлиническом объединении на основе процессного подхода / И.М. Сон, А.А. Тяжельников, А.Ш. Синенко [и др.] // Менеджмент в здравоохранении. — 2015.—№ 8.—С.18—28.

405. Управление организацией: Учебник / Под ред. А.Г. Поргинаева, З.П. Румянцевой, Н.А. Саломатина, - 2-е изд, перераб. и доп. - М.: ИНФРА-М, 1999. – 669 с.

406. Управление- это наука и искусство / А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор, Г. Форд. - М.: Республика. 1992. - 352с.

407. Ухлин Д.А. Формирование механизма реализации инновационной политики в сфере услуг здравоохранения: автореф. дис. ... к. э. н. – СПб, 2009. 18 с.

408. Ушаков, И.В. Опыт применения процессного подхода в управлении медицинской организацией / И.В. Ушаков, И.С. Кицул, Н.Ф. Князюк // Материалы ежегодной конференции ДиаМа. — Тула, 2005. — С.30—34.

409. Фадейкина, Н.В. 58. Особенности менеджмента в сфере здравоохранения / Н.В. Фадейкина // Сибирская финансовая школа. —2014.—№ 5 (106).—С. 22—30.

410. Фалько, С.Г., Трансформация инструментов контроллинга в современных условиях / Фалько С. Г. // Контроллинг: технологии управления. - 2014.

411. Фаттахов Д.Р. Процесс и процессный подход // Студенческий форум: электрон. научн. журн. 2018. № 8(29). URL: <https://nauchforum.ru/journal/stud/29/34726> (дата обращения: 27.11.2019).

412. Федеральный закон от 22.06.1998 N 86-ФЗ (ред. от 18.12.2006) «О лекарственных средствах».

413. Федеральный закон от 28.12.2013№ 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда», 22 с.

414. Федоров И.Г. Комплексная трансформация предприятия при переходе к процессному управлению // Открытое образование. – 2015. – № 6. – С. 52-59.

415. Федоров, А. Аутсорсинг транспортных услуг на станции скорой помощи: успешный опыт / А. Федоров // Здравоохранение. — 2017.—№ 5.— С. 72—76.

416. Федорова Н.В., Амелин А.Ю., Артебякина О.В., Ивасив Г.В. О мерах по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у сотрудников органов внутренних дел. // Медицинский вестник МВД. - № 1-2016 (том LXXX), С. 36-40

417. Филатов В.Н., Кадыров Ф.Н., Югай М.Т., Рыбальченко И.Е. Процессный подход – инновационная технология организации профосмотров в медицинском учреждении - Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова - Том 6, № 3, 2014 г., С. 68-75

418. Философские основы моделирования сложных систем управления / М.Н. Андрющенко, Б.Я. Советов, С. А. Яковлев и др. //

Системный подход в технических науках (методологические основы): Сб. научн. тр. - Л.: ИН. АНССР, 1989. - С. 67-82.

419. Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. ISBN978-5-9704-4292-0 Издательство "ГЭОТАР-Медиа" Год 2017 "Комментарии к нормам труда в здравоохранении"

420. Хабриев Р.У., Ягудина Р.И., Правдюк Н.Г. Оценка технологий здравоохранения. – М.: Медицинское информационное агентство, 2013. – 416 с.

421. Хайруллин И.И. Опыт внедрения системы менеджмента качества в многопрофильном стационаре // Эффективное управление медицинской организацией - 2014»: тез. II Междунар. конф. — М., 2014.—С. 119.

422. Хайруллин, И.И. Процессный подход и формализация процессов деятельности медицинской организации / И.И. Хайруллин // Здравоохранение. — 2015.—№ 1.—С. 3—13.

423. Хакимуллина Я.Ф. Реинжиниринг бизнес-процессов предприятия / Хакимуллина, Ф. Я., А.Г. Файзуллина. // Символ науки. 2016. №1-1. С.214-216.

424. Хальфин Р.А., Ермаков С.П., Грибанова Т.Н., Волков С.Н. Совершенствование системы здравоохранения с использованием мониторинга здоровья населения. Екатеринбург, Изд-во: "Екатеринбург", 1997. - 100с.

425. Хаммер М., Чампи Д. Реинжиниринг корпорации: манифест революции в бизнесе. СПб.: Изд. С.-Петербур. Универс., 1997, 332 с.

426. Хзанян Н.Ш. Локальные правовые акты медицинских учреждений // Журнал российского права. 2014. Т. 2, № 11. С. 41–50.

427. Хьюберт К. Универсальная система показателей: Как достигать результатов, сохраняя целостность / К. Хьюберт; пер. с англ. – М.: Альпина Бизнес Букс. – 2004. – 352 с.

428. Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В. Подходы к изучению факторов, влияющих на удовлетворенность пациента медицинской помощью (по

данным иностранной литературы)//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. - № 4) (URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-izucheniyu-faktorov-vliyayuschih-na-udovletvorennost-patsientov-meditsinskoj-pomoschyu-po-dannym-inostrannoy-literatury>; дата обращения - 23.08.2018).

429. Цыганова О.А., Светличная Т.Г., Кудрявцев А.В. Детерминанты удовлетворенности пациентов качеством амбулаторно-поликлинической помощи // Экология человека. 2011; 02. С.13-15. (URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/determinanty-udovletvorennosti-patsientov-kachestvom-ambulatorno-poliklinicheskoy-pomoschi>; дата обращения – 23.03.2018).

430. Черкасов С. Н. Удовлетворенность врачей государственных медицинских учреждений / С. Н. Черкасов, А. Ю. Костикова // Международный научно-исследовательский журнал. — 2017. — № 04 (58) Часть 3. — С. 198—200. — URL: <https://research-journal.org/medical/udovletvorennost-vrachej-gosudarstvennykh-meditsinskikh-uchrezhdenij/> (дата обращения: 04.12.2019.). doi: 10.23670/IRJ.2017.58.100

431. Чернышев В.М., Степанов В.В., Садовой М.А., Зулин Я.В., Щепина Е.Ю. Делопроизводство в учреждениях здравоохранения. - НГМУ, Новосибирск. - 2009. – 128 с. (URL: <http://www.somc-nsk.ru/Documents/books/10.pdf>; дата обращения – 02.11.2018).

432. Чусовитина Е.В., Брыксина Н.В. Методические подходы к управлению персоналом медицинских учреждений // Студенческий форум: электрон. научн. журн. 2017. № 15(15). URL: <https://nauchforum.ru/journal/stud/15/25849> (дата обращения: 05.12.2019).

433. Шайдуллин Р.Ф. Статьи в журнале «Современные научные исследования и инновации» Основные положения реинжиниринга, Октябрь, 2014

434. Шаповал В.А. Профессиональное здоровье сотрудников органов внутренних дел: новые методологические подходы к диагностике и

прогнозированию//Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. - № 2(30). – 2006. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnoe-zdorovie-sotrudnikov-organov-vnutrennih-del-novye-metodologicheskie-podhody-k-diaagnostike-i-prognozirovaniyu>; дата обращения – 16.06.2018).

435. Шаповаленко Т.В. Мониторинг мнения пациентов о качестве и доступности организации реабилитации в современных условиях. Саратовский научно-медицинский журнал. 2013 4(9). (URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/monitoring-mneniya-patsientov-o-kachestve-i-dostupnosti-organizatsii-reabilitatsii-v-sovremennyh-usloviyah>; дата обращения – 23.03.2018).

436. Шатилов И.Н., Макеева Л.М., Жданова Е.А. Опыт лечения больных метаболическим синдромом в условиях санатория «Приморье» МВД России. // Медицинский вестник МВД. - № 1-2016 (том LXXX), С. 54-59.

437. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: ГУ ВШЭ, 2008. – 320 с.

438. Шепринский, П. Больница перевела лечебное питание на аутсорсинг и за год сэкономила пять миллионов / П. Шепринский, Е. Дубель // Здравоохранение. — 2017.—№ 11.—С.54—59.

439. Шестопалова Т.Н., Гололобова Т.В. Использование стандартных операционных процедур как одно из направлений обеспечения безопасности медицинской деятельности // Анализ риска здоровью. - 2018. -№ 2. - С. 129-137. DOI: 10.21668/health.risk/2018.2.15

440. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. М.: Медицина, 1986. - 208 с.

441. Шиган Е.Н. Системный анализ в здравоохранении: ЦОЛИУВ, 1982. - 71 с.

442. Шиган Е.Н., Остаток С.Ф. Целевые комплексные программы в здравоохранении. М.: Медицина, 1988 - 223 с.

443. Шиган Е.Н., Иванов С.В., Сомин М.П. Идентификация приоритетных проблем здравоохранения на национальном уровне. Учеб. Пособие. М., 1989. - 43 с.

444. Шиков А.С. Использование системного анализа в процессе создания системы бюджетирования // Экономика, предпринимательство и право. – 2015. – Том 5. – № 4. – с. 173-180. – doi: 10.18334/epp.5.4.2219.

445. Шилкина А.Т. Тенденции развития концепции постоянного улучшения бизнес-процессов: теоретические и методические аспекты // Фундаментальные исследования. – 2016. – № 10-2. – С. 447-451; URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=40876> (дата обращения: 03.12.2019).

446. Шмелева А.Н. Статьи в журнале «Современные научные исследования и инновации», К вопросу проектирования систем управления организаций, Февраль, 2015

447. Шулаев А.В., Спиридонов А.В., Шулаев А.В. Метод оценки удовлетворенности пациентов качеством стационарных услуг в условиях модернизации здравоохранения // Современные проблемы науки и образования. 2013; (URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=10001>; дата обращения: 23.03.2018).

448. Шустерман И.Л. ИТ в здравоохранении: от первых идей к современному состоянию//PC Week/RE №7 (884) от 21 апреля 2015 (URL: <https://www.itweek.ru/idea/article/detail.php?ID=171454>; дата обращения: 22.12.2018).

449. Щепин В.О. Здравоохранение России: стратегический анализ и перспективные направления развития / В.О. Щепин, В.К. Овчаров // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истор. медицины. - 2005. - № 2. - С. 3-7.

450. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 592 с.

451. Щербакова А.А. Организация сервиса медицинской техники в регионе// Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2011 - № 3(15) – С. 139-145.

452. Экспертные методы в системных исследованиях / отв. ред. акад. Д.М. Гвишиани, ч-к АН СССР С. В. Емельянов: сб. тр. / ВНИИ сист. Исслед.: Вып. 4. - М. 1974. - 120 с.

453. Юрлова А.А. Внедрение процессного подхода в России: проблемы и решения// Российское предпринимательство. – 2014. – № 14 (260). – С. 61-71.

454. Юсупов В.А. Теория административного права. М.: "Юр. лит-ра", 1985. – 160 с.

455. Языкова Л.П., Гончарук И.В., Новосельская Е.А. Управление бизнес-процессами в условиях развития цифровой экономики // Студенческий форум: электрон. научн. журн. 2018. № 22(43). URL: <https://nauchforum.ru/journal/stud/43/41758> (дата обращения: 27.11.2019).

456. Яковлев Е.П., Винокуров Б.Л. Управленческий учет медицинского учреждения (основы организации). – М.: Медицина, 2000. – 144 с.

457. Ямбаева Н. С. Моделирование бизнес-процессов с использованием современных технологий // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 39. – С. 2211–2215. – URL: <http://e-koncept.ru/2017/970769.htm>.

458. Ярославцев В.В. Конституционно-правовое регулирование медицинского обеспечения населения в Российской Федерации М.,1999, 27 с.

459. Ярославцев В.В. Правовое регулирование медицинского страхования в Российской Федерации. М.: 1998. - с.158.

460. Яценко А.В. Процессный подход управления организацией // Научное сообщество студентов XXI столетия. Экономические науки: сб. ст. по мат. LXXVII междунар. студ. науч.-практ. конф. № 5(77). URL: [https://sibac.info/archive/economy/5\(77\).pdf](https://sibac.info/archive/economy/5(77).pdf) (дата обращения: 27.11.2019)

461. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-protsessnogo-podhoda-v-sisteme-upravleniya-kachestvom-meditsinskoy-pomoschi>

462. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vnedrenie-kompleksnoy-avtomatizirovannoy-informatsionnoy-sistemy-realizovannoy-s-ispolzovaniem-tehnologii-workflow-kak-neotemlemyy#ixzz4bAFHGNJP>

На иностранных языках:

463. Bate P, Medel P, Robert G: Organizing for quality: the improvement of leading hospitals in Europe and the United States. 2008, Oxford: RadcliffeGoogle Scholar, 247 S/

464. Ben Tovim DI, Bassham JE, Bennett DM, Dougherty ML, Martin MA, O'Neill SJ, Sincock JL, Szwarcbord MG: Redesigning care at the Flinders Medical Centre: clinical process redesign using 'lean thinking.'. Med J Aust. 2008, 188 (6 Suppl): S27-31.PubMedGoogle Scholar

465. Ben Tovim DI, Bassham JE, Bolch D, Martin MA, Dougherty M, Szwarcbord M: Lean thinking across a hospital: redesigning care at the Flinders Medical Centre. Aust Health Rev. 2007, 31 (1): 10-15. 10.1071/AH070010.View ArticlePubMedGoogle Scholar

466. Ben Tovim DI, Dougherty ML, O'Connell TJ, McGrath KM: Patient journeys: the process of clinical redesign. Med J Aust. 2008, 188 (6 Suppl): S14-17.PubMedGoogle Scholar

467. Benchmarking: An International Journal. – 2014. – Vol. 21. – № 3. – P. 364–385.

468. Bertolini, M. Business process re-engineering in healthcare management: a case study / M. Bertolini [et al.] // Business Process Management Journal. – 2011. – Vol. 17, Iss: 1. –P. 42–66.

469. Berwick DM: The science of improvement. JAMA. 2008, 299 (10): 1182-1184. 10.1001/jama.299.10.1182.View ArticlePubMedGoogle Scholar

470. Braithwaite J: Strategic management and organisational structure: Transformational processes at work in hospitals. Aust Health Rev. 1993, 16: 383-404.PubMedGoogle Scholar

471. Browns IR, McNulty T: Re-engineering Leicester Royal Infirmary: An Independent Evaluation of Implementation and Impact. 1999, Sheffield: School of Health and Related ResearchGoogle Scholar, 73

472. Catananti C, Celani F, Cambieri A, De Angelis C: Phase 1: identifying critical success factors. Rays. 1998, 23 (2): 270-287.PubMedGoogle Scholar

473. Catananti C, Celani F, Marchetti M: Management process reengineering of the 'Policlinico A. Gemelli': outcomes of testing. Rays. 1998, 23 (2): 295-309.PubMedGoogle Scholar

474. Christian M. Stracke (2006) Process-oriented Quality Management//Электронныйресурс: https://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-33373/Process_Oriented_Stracke_Hb_2006.pdf).

475. Davenport TH: Process Innovation: Reengineering Work Through Information Technology. 1993, Boston: Harvard Business School PressGoogle Scholar, 313

476. Davis K: Paying for Care Episodes and Care Coordination. N Engl J Med. 2007, 356 (11): 1166-1168. 10.1056/NEJMe078007.View ArticlePubMedGoogle Scholar

477. Elizabeth Earl. Children's Hospital Los Angeles, Mongolian hospital to expand partnership on telemedicine. April 02, 2015. - URL: <http://www.beckershospitalreview.com/healthcareinformation-technology/children-s-hospital-los-angeles-mongolian-hospital-to-expand-partnershipon-telemedicine.html>. Элизабет Эрл. Детская больница Лос-Анджелеса, монгольская больница расширит партнерство по телемедицине. 02 апреля 2015 года. - URL-адрес: <http://www.beckershospitalreview.com/healthcareinformation->

technology/children-s-hospital-los-angeles-mongolian-hospital-to-expand-partnershipon-telemedicine.html.

478. Feachem RG, Sekhri NK, White KL: Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 2002, 324 (7330): 135-141. 10.1136/bmj.324.7330.135.View ArticlePubMedPubMed CentralGoogle Scholar

479. Gahm C., Tuma A., Kanet J.J. On the flexibility of a decision theory-based heuristic for single machine scheduling.- *Computers and operations research*, 2019.- v.101, p. 103-115

480. Gemmel P, Vandeale D, Tambour W: Hospital Process Orientation (HPO): The development of a measurement tool. *Total Qual Manag Bus*. 2008, 19 (12): 1207-1217. 10.1080/14783360802351488.View ArticleGoogle Scholar

481. Hall P: Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *J Interprof Care*. 2005, 188-196. 10.1080/13561820500081745. Supplement 1Google Scholar

482. Hammer M, Champy J: *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*. 1993, London: Nicholas BrealeyGoogle Scholar, 237

483. Hammer M., Champy J. *Reengineering the corporation: a manifesto for business revolution*. N.Y.: Harper Business. 1993, 480

484. Hammer M., Champy J. *Reengineering the corporation: a manifesto for business revolution* / M. Hammer, J. Champy. – N.Y.: Harper Business, 1993. – 368 p.

485. Harrison MI, Kimani J: Building capacity for a transformation initiative: system redesign at Denver Health. *Health Care Manage Rev*. 2009, 34 (1): 42-53.View ArticlePubMedGoogle Scholar

486. Harvard Press. *Руководствопоулучшениюбизнес-процессов*; Harvard business school press; пер. сангл. – м.: АльпинаПаблицер, 2015. – 132 с.

487. Helfert, M. Challenges of business processes management in healthcare: Experience in the Irish healthcare sector / M. Helfert // *Business Process Management Journal*. – 2009. – Vol. 15, Iss: 6. – P. 937–952.

488. Hopp WJ, Spearman ML: *Factory Physics*. 2001, New York [etc.]: McGraw-Hill, 2Google Scholar

489. Institute of Medicine: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001, Washington, DC: National Academy PressGoogle Scholar

490. Janssen R, Van Merode F: Hospital management by product lines. *Health Serv Manage Res*. 1991, 4 (1): 25-31.PubMedGoogle Scholar

491. Jones T., SchulteW. Roy, Cantara M. Magic Quadrant for Intelligent Business Process Management Suites[Электронныйресурс]. - URL: <http://www.primenumerics.com/White%20Papers/Magic-Quadrant-for-IBPMS-2014.pdf>

492. Kvarnström S: Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *J Interprof Care*. 2008, 22 (2): 191-203.View ArticlePubMedGoogle Scholar

493. Lega F, DePietro C: Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. *Health Policy*. 2005, 74 (3): 261-281. 10.1016/j.healthpol.2005.01.010.View ArticlePubMedGoogle Scholar

494. Liker JK: *The Toyota way: 14 management principles from the world's greatest manufacturer*. 2004, New York [etc.]: McGraw-HillGoogle Scholar, 365

495. Love PED, Gunasekaran A, Li H: Putting an engine into re-engineering: toward a process-oriented organisation. *Int J Oper Prod Man*. 1998, 18 (9/10): 937-949. 10.1108/01443579810225531.View ArticleGoogle Scholar

496. Ludwig M, Van Merode F, Groot W: Principal agent relationships and the efficiency of hospitals. *Eur Journal Health Econ*. 2010, 11 (3): 291-304. 10.1007/s10198-009-0176-z.View ArticleGoogle Scholar

497. Majchrzak A, Wang Q: Breaking the functional mind-set in process organizations. *Harv Bus Rev.* 1996, 74 (5): 93-99. [Google Scholar](#)
498. Marano P, Fioretti P, Bellomo S, Ceruti R, Masera P, Zaccheo L: Hospital Reengineering Project at the 'Policlinico A. Gemelli.'. *Rays.* 1998, 23 (2): 263-269. [PubMed](#) [Google Scholar](#)
499. McCormack KP, Johnson WC: *Business Process Orientation: Gaining the E-Business Competitive Advantage.* 2001, Boca Raton: CRC Press LLC [View Article](#) [Google Scholar](#), 208
500. McGrath KM, Bennett DM, Ben Tovim DI, Boyages SC, Lyons NJ, O'Connell TJ: Implementing and sustaining transformational change in health care: lessons learnt about clinical process redesign. *Med J Aust.* 2008, 188 (6 Suppl): S32-35. [PubMed](#) [Google Scholar](#)
501. McNulty T, Ferlie E: Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations. *Organ Stud.* 2004, 25 (8): 1389-1412. [10.1177/0170840604046349](https://doi.org/10.1177/0170840604046349). [View Article](#) [Google Scholar](#)
502. McNulty T, Ferlie E: *Reengineering health care. The complexities of organizational transformation.* 2004, Oxford: Oxford University Press [View Article](#) [Google Scholar](#), P. 265-300
503. McNulty T: Reengineering as Knowledge Management: A Case of Change in UK Healthcare. *Manage Learn.* 2002, 33 (4): 439-450. [10.1177/1350507602334003](https://doi.org/10.1177/1350507602334003). [View Article](#) [Google Scholar](#)
504. Nuzum R, McCarthy D, Gauthier A, Beck C: *Denver Health: A high-performance public health system.* 2007, New York: The Commonwealth Fund [Google Scholar](#) (URL: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2007/jul/denver-health-high-performance-public-health-care-system>)
505. Ovretveit J, Staines A: Sustained improvement? Findings from an independent case study of the Jonkoping quality program. *Qual Manag Health Care.* 2007, 16 (1): 68-83. [View Article](#) [PubMed](#) [Google Scholar](#)

506. Ovretveit J: A framework for quality improvement translation: understanding the conditionality of interventions. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2004, 15-24. Global SupplementGoogle Scholar

507. Ozcan YA: Quantitative methods in health care management: techniques and applications. 2005, San Francisco: Jossey-BassGoogle Scholar, 345

508. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K: Realist Review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. 2005, 10 (S1): 21-34. 10.1258/1355819054308530.View ArticlePubMedGoogle Scholar

509. Powell A, Rushmer R, Davies H: A systematic narrative review of quality improvement models in health care. 2009, Edinburgh: NHS Quality Improvement ScotlandGoogle Scholar P.165-174

510. Schneller ES, Smeltzer LR: Strategic management of the health care supply chain. 2006, San FranciscoGoogle Scholar

511. Scott WR: Institutions and organizations. 2001, Thousand Oaks: Sage, 2Google Scholar, 265

512. Shortell SM, Kaluzny AD, (Eds): Health Care Management: Organization Design and Behaviour. 2000, Clifton Park: Thomson Delmar, 4Google Scholar

513. Taylor FW: The principles of scientific management. 1911, New York: Harper & RowGoogle Scholar, 90

514. Turnipseed WD, Lund DP, Sollenberger D: Product line development: a strategy for clinical success in academic centers. *Ann Surg*. 2007, 246 (4): 585-590. 10.1097/SLA.0b013e318155a97d. discussion 590-592View ArticlePubMedGoogle Scholar

515. URL: http://wps-feb.ugent.be/Papers/wp_07_480.pdf

516. URL: <https://capiostgoran.se/English/process-orienting/>

517. URL: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-8>

518. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00769-008-0436-0>

519. URL:<http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jha/article/viewFile/7634/5108>
520. URL:<http://www.vinnvard.se/files/9914/4016/1863/00b7d522e15d726103000000.pdf>
521. URL:<https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-6-8>
522. URL:https://www.researchgate.net/publication/228483648_Applying_process_management_in_healthcare-investigating_implementation_difficulties
523. Van den Heuvel J, Does RJ, Bogers AJ, Berg M: Implementing Six Sigma in The Netherlands. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2006, 32 (7): 393-399. [Google Scholar](#)
524. Van Merode F, Molema H, Goldschmidt H: GUM and six sigma approaches positioned as deterministic tools in quality target engineering. *Accredit Qual Assur*. 2004, 10: 32-36. [10.1007/s00769-004-0876-0](https://doi.org/10.1007/s00769-004-0876-0). [View ArticleGoogle Scholar](#)
525. Van Merode GG: A prelude of 2004 Antwerp Quality Conference: Targets and target values - integrating quality management and costing. *Accredit Qual Assur*. 2004, 9: 168-171. [10.1007/s00769-003-0731-8](https://doi.org/10.1007/s00769-003-0731-8). [View ArticleGoogle Scholar](#)
526. Van Merode GG: Planning and reaction in care logistics. Oration (in Dutch). 2002, Universiteit Maastricht [Google Scholar](#)
527. Van Raak A, Groothuis S, Van der Aa R, Limburg M, Vos L: Shifting Stroke care from the hospital to the nursing home: explaining the outcomes of a Dutch case. *J Eval Clin Pract*. 2010, 16 (6): 1203-8. [10.1111/j.1365-2753.2009.01295.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01295.x). [View ArticlePubMedGoogle Scholar](#), 320
528. Van Raak A, Paulus A, Cuijpers R, Velde C: Problems of integrated palliative care: A Dutch case study and cooperation in the region of Arnhem. *Health Place*. 2008, 14 (4): 768-778. [10.1016/j.healthplace.2007.12.005](https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2007.12.005). [View ArticlePubMedGoogle Scholar](#)

529. Vanhaverbeke W, Torremans H: Organizational structure in process-based organizations. *Knowledge and Process Management*. 1999, 6 (1): 41-52. 10.1002/(SICI)1099-1441(199903)6:1<41::AID-KPM47>3.0.CO;2-4.View

ArticleGoogle Scholar

530. Vera A, Kuntz L: Process-based organization design and hospital efficiency. *Health Care Manage Rev*. 2007, 32 (1): 55-65.View

ArticlePubMedGoogle Scholar

531. Villa S, Barbieri M, Lega F: Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases. *Health Care Manag Sci*. 2009, 12 (2): 155-165. 10.1007/s10729-008-9091-6.View

ArticlePubMedGoogle Scholar

532. Vissers JMH, Beech R: Health operations management: patient flow logistics in health care. 2005, London: RoutledgeGoogle Scholar, 305

533. Vissers JMH: The development of operations management in hospitals and the role of middle managers (in Dutch). *Health care under pressure: vital tension in the middle of organisations, a business approach*. Edited by: de Vries G, van Tuijl H. 2006, Houten: Bohn Stafleu van LoghumGoogle Scholar, 4

534. Wil van der Aalst. Using Process Mining to Bridge the Gap between BI and BPM. *IEEE Computer*, December 2011, IEEE Computer Society, 6

535. Womack JP, Jones DT: *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*. 2003, London [etc.]: Simon & SchusterGoogle Scholar, 1

Приложение 1



УТВЕРЖДАЮ

Начальник ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко»

член корреспондент РАН, профессор

Е.В.Крюков

АКТ

о внедрении результатов диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук Менделя Сергея Александровича «Научное обоснование совершенствования управления в медицинских организациях на основе процессного подхода (на примере ведомственной системы здравоохранения МВД России)» по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко» подтверждает факт внедрения в деятельность результатов диссертационного исследования С.А. Менделя в части:

- использования типовых моделей процессов медицинской организации, их состава, документирования и реинжиниринга с учетом особенностей медицинской организации, а также внедрения методологии процессного подхода в деятельность медицинских организаций;
- методических подходов к мониторингу административно-хозяйственных процессов;
- методики анкетирования медицинского персонала при оценке работы организации.

Результаты исследования позволили обеспечить выполнение работ по внедрению процессного подхода в ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н.Бурденко», рассматривать административно-хозяйственные процессы в медицинской организации как процессы, существенно влияющие на эффективность и результативность деятельности организации, а также осуществлять мониторинг оптимальности административно-хозяйственных процессов путем анкетирования медицинского персонала.

Заместитель начальника госпиталя
по медицинской части, д.м.н.

«4» мая 2019г.

В.А. Чернецов



УТВЕРЖДАЮ

И.о. заместителя директора по науке и
международным связям ГБУЗ МО
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
К.М.н., Куликов Д.А.

Д.А. Куликов 2020 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

**результатов диссертационного исследования на соискание
ученой степени доктора медицинских наук
Менделя Сергея Александровича
«Научное обоснование совершенствования управления в медицинских
организациях на основе процессного подхода»**

Исследование проведено с целью научного обоснования целесообразности и формирования научно-методического обеспечения внедрения процессного подхода в части процессов внутреннего контроля качества и вспомогательных процессов в медицинской организации.

Настоящий акт составлен в том, что в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского результаты научного исследования внедрены в части:

- методологии и методики внедрения процессного подхода в деятельность медицинских организаций; документирования и составления технологических карт вспомогательных и управленческих процессов;
- методологических подходов к реинжинирингу процессов (изменения типовых моделей) с учетом особенностей конкретной медицинской организации;
- методологических подходов к мониторингу процессов в виде анкетирования пациентов и медицинского персонала и анализа его результатов;
- результатов, полученных при проведении диссертационного исследования на базе Клинического госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»:

типовых моделей и технологических карт вспомогательных процессов медицинской организации;

комплексной модели процессов медицинской организации;

финансово-стоимостного анализа вспомогательных и управленческих процессов;

результатов анкетирования пациентов и медицинского персонала;

состава вспомогательных и управленческих процессов в медицинских организациях.

Результаты проведенного исследования позволяют:

- сформировать научно-методический инструментарий внедрения процессного подхода в медицинских организациях;
- провести унификацию состава типовых процессов в медицинских организациях, что обеспечивает внедрение процессного подхода в медицинских организациях на основе единых стандартов;
- повысить прозрачность процессов в организации на основе применения разработанных моделей бизнес-процессов; это снижает зависимость результатов работы от человеческого фактора, упрощает включение в работу новых сотрудников;
- существенно упростить и сократить время и расходы на проведение оценки деятельности медицинской организации путем анкетирования медицинского персонала без проведения анкетирования (опроса) пациентов.

Главный врач
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
доктор медицинских наук

К.М. Гринев

«27» января 2020г.



Подпись
ЗАВЕЯЮ
ый секретарь института
Куликов Д.А.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ИМЕНИ Н.Н. ПРИОРОВА»

127299, Москва, ул. Приорова, 10

тел. (499) 940-97-47, (495) 450-09-45 E-mail: cito@cito-priorov.ru

«06» 03 20 19 г.

№ 628/24

АКТ

внедрения результатов научного исследования

Настоящим актом подтверждаем, что результаты диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук Менделя Сергей Александровича внедрены в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» в части:

методологии и методики:

внедрения процессного подхода в деятельность медицинских учреждений;

документирования и составления технологических карт административно-хозяйственных и управленческих процессов;

реинжиниринга процессов (изменения типовых моделей) с учетом особенностей конкретного медицинского учреждения;

анкетирования пациентов и медицинского персонала и анализа его результатов;

результатов, полученных при проведении диссертационного исследования на базе КГ ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»:

типовых моделей и технологических карт процессов медицинского учреждения;

комплексной модели процессов медицинского учреждения;

финансово-стоимостного анализа административно-хозяйственных и управленческих процессов;

результатов анкетирования пациентов и медицинского персонала;

состава административно-хозяйственных и управленческих процессов в медицинских учреждениях.

Исполняющий обязанности директора,
Член-корреспондент РАН, профессор

Н.В. Загородний

«06» 03 20 19 г.

АКТ
внедрения результатов научного исследования

Настоящим актом подтверждаем, что результаты диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук Менделя Сергей Александровича внедрены в ФКУЗ «Центральная Клиническая Больница МВД РФ» в части:

методологии и методики:

внедрения процессного подхода в деятельность медицинских учреждений;
документирования и составления технологических карт административно-хозяйственных и управленческих процессов;
реинжиниринга процессов (изменения типовых моделей) с учетом особенностей конкретного медицинского учреждения;
анкетирования пациентов и медицинского персонала и анализа его результатов.

результатов, полученных при проведении диссертационного исследования на базе КГ ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»:

типовых моделей и технологических карт процессов медицинского учреждения;
комплексной модели процессов медицинского учреждения;
финансово-стоимостного анализа административно-хозяйственных и управленческих процессов;
результатов анкетирования пациентов и медицинского персонала;
состава административно-хозяйственных и управленческих процессов в медицинских учреждениях

Начальник больницы

« 19 » декабря 2018 г.



В.Я. Клыга

ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России»

«20» сентября 2020 г.

АКТ

**внедрения результатов диссертационного исследования на соискание
ученой степени доктора медицинских наук
МЕНДЕЛЬ СЕРГЕЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА**

Настоящим подтверждением, что результаты диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук С.А. Мендель «Научное обоснование совершенствования управления в медицинских организациях на основе процессного подхода» внедрены ФКУЗ «ГКГ МВД России» в части:

- типовых и комплексной моделей процессов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- типовых и комплексной модели вспомогательных процессов медицинской организации;
- методических подходов к мониторингу процессов внутреннего контроля качества и вспомогательных процессов в медицинской организации;
- методике анкетирования медицинского персонала при оценке работы организации;
- методических подходов к внедрению процессного управления в деятельности медицинских организаций.

Начальник ФКУЗ «ГКГ МВД России»,
доктор медицинских наук



К.И. Лысенко

АКТ ВНЕДРЕНИЯ № 524/62

результатов диссертационного исследования
на соискание ученой степени доктора медицинских наук
Менделя Сергея Александровича

**«НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
УПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ НА ОСНОВЕ
ПРОЦЕССНОГО ПОДХОДА»**

**по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и
здравоохранение**

ФКУЗ «ГВКГ войск национальной гвардии Российской Федерации», настоящим актом подтверждает, что результаты диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук Менделя Сергей Александровича используются в деятельности ФКУЗ «ГВКГ войск национальной гвардии Российской Федерации» при внедрении методологии процессного подхода в управление организацией в части вспомогательных процессов и процессов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Начальник ФКУЗ «ГВКГ войск
национальной гвардии Российской Федерации»



В.И. Губань

«10» 02 2020 г.

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЛЮБЕРЕЦКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА №2»**

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

результатов диссертационного исследования на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Мендель Сергея Александровича

«Научное обоснование совершенствования управления в медицинских
организациях на основе процессного подхода»
по специальности 14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

Настоящим актом подтверждается, что результаты диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук Менделя Сергей Александровича внедрены в ГБУЗ МО «Люберецкая районная больница №2» в части методологических подходов к внедрению процессного подхода в управление вспомогательными процессами, а также методических подходов к их мониторингу.

Главный врач

29.07.2019 г.



Д.А. Старцев

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Балашихинская областная больница

Московская область, г.Балашиха, ш.Энтузиастов д.41, индекс: 143900

14/05/2017

**АКТ
о внедрении результатов диссертационного исследования
Мендель Сергея Александровича**

Настоящим Актом удостоверяется, что результаты диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук С.А. Мендель «Научное обоснование совершенствования управления в медицинских организациях на основе процессного подхода», проведенное с целью обоснования внедрения процессного подхода в деятельность медицинских организаций и системы здравоохранения, обладают актуальностью, представляют практический интерес и внедрены в ГБУЗ МО «Балашихинская областная больница» в части:

- внедрения методологии процессного подхода в деятельность медицинских организаций;
- типовых моделей процессов медицинской организации, их состава, документирования и реинжиниринга с учетом особенностей медицинской организации;
- результатов проведенного финансово-стоимостного анализа;
- методических подходов к проведению и анализу результатов анкетирования пациентов и медицинского персонала в целях оценки и оптимизации деятельности медицинской организации.

Главный врач



М.С. Антипов

УТВЕРЖДАЮ
Начальник ФКУЗ
«МСЧ МВД России по г. Москве»
С.Х. Хазиев
«25» февраля 2020 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

**результатов диссертационного исследования на соискание ученой степени
доктора медицинских наук Менделя Сергея Александровича «Научное
обоснование совершенствования управления в медицинских организациях
на основе процессного подхода»**

ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» настоящим актом подтверждает, что результаты диссертационного исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук Менделя Сергея Александровича внедрены в ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве» в части использования исследовательского прототипа автоматизированной информационной системы мониторинга процессов развития в части внутреннего контроля качества и вспомогательных процессов медицинской организации.

Заместитель начальника
ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»



А.Н. Кузьмин

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО»
(ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»)



ул. Воронцово Поле, д.12, строение 1, Москва, 105064
ОГРН 1027739151549; ИНН 7709004079; КПП 770901001

Телефон: +7 495 917 48 86, факс: +7 495 916 03 98
e-mail: institute@nrph.ru

« 15 » октября 2018г. № 409/03-366

на вх.№ _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Акт внедрения

Настоящим подтверждаю, что результаты диссертационного исследования «Научное обоснование совершенствования управления в медицинских организациях на основе процессного подхода», выполненного Мендель Сергеем Александровичем, используются в учебном процессе в Центре высшего и ДПО ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко».

Научный руководитель ФГБНУ
«Национальный научно-
исследовательский институт
общественного здоровья им.
Н.А. Семашко», академик РАН,
доктор медицинских наук,
доктор фармацевтических наук,
профессор




Хабриев Р.У.

Приложение 2

Результаты экспертной оценки трудоемкости вспомогательных бизнес-процессов в разрезе подразделений и должностей

Таблица 79. Результаты экспертной оценки трудоемкости процесса «Разработка СОП» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Подбор нормативно-правовой базы, регламентирующей процесс	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	0:30
Наблюдение и запись всех стадий процесса на практике	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	4:00
Выявление зон риска и несоответствий, причины которых лежат в недостаточной стандартизации процесса	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	2:00
Определение участников процесса	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	1:00
Распределение ответственности между участниками на каждой стадии развития процесса	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	0:40
Оценка временных затрат участников процесса на каждой стадии	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	2:00
Анализ основных и вспомогательных действий процесса	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	1:00
Подробное описание порядка действий для каждой стадии процесса	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	3:00
Подробное описание действий участников для всех возможных вариантов развития процесса	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	1:00
Определение порядка действий, когда выполнение СОП невозможно	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	0:40
Проверка СОП	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	0:30
Внесение изменений в СОП	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	0:50
Согласование СОП	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: лицо, ответственное за разработку СОП	2:00
Утверждение СОП	1 раз в квартал	Администрация: начальник КГ	0:30
Обучение участников процесса работе по СОП	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: руководитель структурного подразделения	3:00

Таблица 80. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса обработки входящего документа в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Предварительное рассмотрение документа	15 раз в день	Делопроизводство: документовед	0:45
Регистрация документа	15 раз в день	Делопроизводство: документовед	1:15
Присвоение номера входящего	15 раз в день	Делопроизводство: документовед	0:15
Передача документа на рассмотрение руководителю	15 раз в день	Делопроизводство: документовед	0:15
Рассмотрение документа руководителем	15 раз в день	Администрация: начальник КГ	0:30
Вынесение резолюции по документу	15 раз в день	Администрация: начальник КГ	0:15
Ознакомление с документом заинтересованных лиц, в части касающейся	15 раз в день	Делопроизводство: документовед	0:45
Передача документа исполнителю	15 раз в день	Обеспечивающий персонал: секретарь	1:15
Отметка о сроках исполнения документа	15 раз в день	Делопроизводство: документовед	0:30
Контроль исполнительской дисциплины	1 раз в день	Делопроизводство: документовед	0:15
Обработка исходящего документа «разложен»	20 раз в день	Делопроизводство: документовед	1:00
Перемещение и архивирование документа	1 раз в день	Делопроизводство: документовед	0:20

Таблица 81. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса обработки входящего документа в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Составление проекта исходящего документа	3 раза в день	Обеспечивающий персонал; секретарь	0:45
	14 раза в день	Структурные подразделения КГ; Исполнители	4:40
Проверка правильности оформления документа	17 раз в день	Делопроизводство; документовед	0:34
Согласование документа	17 раз в день	Администрация; начальник КГ	1:25
	17 раз в день	Обеспечивающий персонал; секретарь	0:17
Внесение изменений	5 раз в день	Структурные подразделения КГ; Исполнители	0:35
Подписание документа руководителем	17 раз в день	Администрация; начальник КГ	0:17
Регистрация документа	17 раз в день	Делопроизводство; документовед	0:17
Присвоение исходящего номера	17 раз в день	Делопроизводство; документовед	0:17
Направление документа в адрес	17 раз в день	Делопроизводство; документовед	0:34
Перемещение и архивирование документа	17 раз в день	Делопроизводство; документовед	0:17

Таблица 82. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Выполнение работ силами сторонних организаций» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Изучение условий договора	3 раза в месяц	Администрация; заместитель начальника КГ по тылу	1:30
Назначение лиц, ответственных за контроль исполнения обязательств по договору	3 раза в месяц	Администрация; заместитель начальника КГ по тылу	0:45
	3 раза в месяц	Администрация; начальник ОМТиХО	0:45
Согласование сроков поставки товара/оказания услуг	3 раза в месяц	Администрация; начальник ОМТиХО	1:00
	3 раза в месяц	Структурные подразделения КГ; заведующий отделением	0:30
Поставка товара/оказание услуг	3 раза в месяц	Исполнитель: руководитель организации	6:00
Оформление требования об уплате неустойки	по мере необходимости	ОМТиХО ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; начальник отдела	2:00
Оформление Претензии в адрес Исполнителя	по мере необходимости	ОМТиХО ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; начальник отдела	1:00
Расторжение договора	по мере необходимости	ОМТиХО ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; начальник отдела	3:00
Прием товара/услуг	3 раза в месяц	ОМТиХО; начальник отдела; товаровед	6:00
Получение счета от Исполнителя	3 раза в месяц	ОМТиХО; начальник отдела; товаровед	3:00
Подписание товарной накладной/актов выполненных работ	3 раза в месяц	Структурные подразделения КГ; заведующий отделением	0:45
Оплата полученного товара/услуги	3 раза в месяц	Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; бухгалтер	1:30
Оплата неустойки за каждый день просрочки	по мере необходимости	Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; бухгалтер	1:00
Получение счет-фактуры	3 раза в месяц	ОМТиХО; начальник отдела	0:45

Таблица 83. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Выполнение работ по заявкам структурных подразделений» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Расчет общего объема необходимых материальных ценностей/оказываемых услуг	2 раза в месяц	ОМТиХО: начальник отдела	3:00
Поиск поставщиков/исполнителей	2 раза в месяц	ОМТиХО: начальник отдела	2:00
Заключение договора	2 раза в месяц	ОМТиХО: начальник отдела	4:00
Контроль исполнения договорных обязательств «разложен»	2 раза в месяц	ОМТиХО: начальник отдела	8:00
Получение материальных ценностей со склада	по мере необходимости	Структурное подразделение КГ: материально-ответственное лицо	0:40
Передача заявки исполнителю	ежедневно	ОМТиХО: начальник отдела	0:15
Выполнение работ	ежедневно	Обеспечивающий персонал и персонал по обслуживанию зданий: исполнитель работ	4:00

Таблица 84. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса проведения плановой инвентаризации материальных ценностей в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Издание приказа начальника Клинического госпиталя о проведении инвентаризации	1 раз в год	ОМТиХО: товаровед	5:00
Издание приказа начальника Клинического госпиталя о создании постояннодействующей инвентаризационной комиссии	1 раз в год	ОМТиХО: товаровед	5:00
Проведение работы с материально-ответственными лицами	1 раз в год	ОМТиХО: товаровед	16:00
	1 раз в год	Структурные подразделения КГ: материально-ответственные лица	3:00
Подготовка инвентаризационных описей и актов инвентаризации	1 раз в год	Инвентаризационная комиссия: члены инвентаризационной комиссии	6:00
	1 раз в год	Структурные подразделения КГ: материально-ответственные лица	4:00
	1 раз в год	Бухгалтерия: бухгалтер	4:00
Проверка и сопоставление данных инвентаризационных описей и данных бухгалтерского учета	1 раз в год	Инвентаризационная комиссия: члены инвентаризационной комиссии	120:00
	1 раз в год	Структурные подразделения Клинического госпиталя: материально-ответственные лица	8:00
Заполнение инвентаризационных описей	1 раз в год	Инвентаризационная комиссия: члены инвентаризационной комиссии	4:00
	1 раз в год	Структурные подразделения Клинического госпиталя: материально-ответственные лица	2:00
Составление сличительной ведомости	1 раз в год	Инвентаризационная комиссия: члены инвентаризационной комиссии	2:00
	1 раз в год	Бухгалтерия: бухгалтер	2:00
Проведение служебной проверки "разложено"	1 раз в год	Инвентаризационная комиссия: члены инвентаризационной комиссии	10:00
	1 раз в год	Бухгалтерия: бухгалтер	2:00

Таблица 85. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса метрологического контроля средств измерений в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Заключение договора на проведение метрологического контроля	1 раз в год	ОМТиХО ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; начальник ОМТиХО	6:00
Сбор комплекта документов, необходимого для проведения поверки	1 раз в год	Метрологическая служба; инженер-метролог	4:00
Передача средств измерений аккредитованной организации для проведения поверки	1 раз в год	Метрологическая служба; инженер-метролог	2:00
Проведение поверки	1 раз в год	Аккредитованная организация; эксперт	40:00
Аннулирование свидетельства о поверке	по мере необходимости	Аккредитованная организация; эксперт	1:00

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Получение извещения о непригодности к эксплуатации	по мере необходимости	Метрологическая служба; инженер-метролог	2:00
Списание «разложен»	по мере необходимости	ОМТиХО, товаровед	4:00

Таблица 86. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса разработки внутренних локальных нормативно-правовых актов в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Разработка проекта нормативно-правового акта	3 раза в месяц	Делопроизводство: документовед	3:00
	2 раза в месяц	Структурные подразделения КГ: специалист, ответственный за разработку данного НПА	6:00
Проверка правильности оформления документа	3 раза в месяц	Делопроизводство: документовед	0:45
	2 раза в месяц	Структурные подразделения КГ: специалист, ответственный за разработку данного НПА	1:00
Согласование проекта	15 раз в месяц	Администрация: начальник КГ	7:30
Направление проекта на правовую экспертизу «разложен»	15 раз в месяц	Делопроизводство: документовед	1:15
Внесение изменений в проект	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ: специалист, ответственный за разработку данного НПА	1:00
Подписание документа руководителем	15 раз в месяц	Администрация: начальник КГ	0:30
Регистрация документа	15 раз в месяц	Делопроизводство: документовед	0:45
Ознакомление с документом заинтересованных лиц, в части касающейся	15 раз в месяц	Делопроизводство: документовед	30:00
Перемещение и архивирование документа	15 раз в месяц	Делопроизводство: документовед	1:00

Таблица 87. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Планирование» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Постановка целей и задач	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: руководители структурных подразделений	1:00
Определение необходимых мероприятий	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: руководители структурных подразделений	0:30
Планирование ресурсов	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: руководители структурных подразделений	3:00
Определение последовательности мероприятий	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: руководители структурных подразделений	0:20
Оценка длительности мероприятий	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: руководители структурных подразделений	0:20
Назначение исполнителей	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: руководители структурных	0:20

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
		подразделений	
Выполнение мероприятий	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: работники структурных подразделений	460:00
Анализ выполненных мероприятий	1 раз в квартал	Структурные подразделения КГ: руководители структурных подразделений	2:00
Корректирующие действия	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ: руководители структурных подразделений	24:00
		Структурные подразделения КГ: работники структурных подразделений	24:00

Таблица 88. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса обучения в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Формирование общей потребности Клинического госпиталя в обучении	1 раз в месяц	Кадровая служба: специалист по кадрам	1:00
Направление запросов о стоимости обучения в аккредитованные организации	3 раза в месяц	Кадровая служба: специалист по кадрам	3:00
Получение коммерческих предложений от аккредитованных организаций	3 раза в месяц	Кадровая служба: специалист по кадрам	1:00
Направление заявки на обучение в ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	3 раза в месяц	Кадровая служба: специалист по кадрам	1:30
Заключение договора на проведение обучения	3 раза в месяц	Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»: бухгалтер	9:00
Проведение обучения	по мере необходимости	Аккредитованная организация: члены комиссии по проверке знаний	70:00
		Структурные подразделения клинического госпиталя: работники структурных подразделений	70:00
Проведение итоговой аттестации	3 раза в месяц	Аккредитованная организация: члены комиссии по проверке знаний	6:00
		Структурные подразделения клинического госпиталя: работники структурных подразделений	6:00
Направление на повторное обучение	по мере необходимости	Кадровая служба: специалист по кадрам	2:00
Проведение повторной аттестации	по мере необходимости	Аккредитованная организация: члены комиссии по проверке знаний	2:00
		Структурные подразделения клинического госпиталя: работники структурных подразделений	2:00
Получение документа, подтверждающего прохождение обучения	3 раза в месяц	Структурные подразделения клинического госпиталя: работники структурных подразделений	0:45
Отстранение от работы	по мере необходимости	Кадровая служба: специалист по кадрам	2:00

Таблица 89. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса проведения служебной проверки в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Назначение лица, ответственного за проведение служебной проверки	по мере необходимости	Администрация: начальник Клинического госпиталя	0:20
Изучение нормативно-правовой базы в части касающейся процесса	по мере необходимости	Структурное подразделение Клинического госпиталя: работник, ответственный за проведение служебной проверки	2:00
Выявление лиц, участвующих в процессе	по мере необходимости	Структурное подразделение Клинического госпиталя: работник, ответственный за проведение служебной проверки	1:00
Проведение опроса лиц, участвующих в процесса	по мере необходимости	Структурное подразделение Клинического госпиталя: работник, ответственный за проведение служебной проверки	4:00
Выявление причины произошедшего	по мере необходимости	Структурное подразделение Клинического госпиталя: работник, ответственный за проведение служебной проверки	1:00
Подготовка заключения по итогам проведения служебной проверки	по мере необходимости	Структурное подразделение Клинического госпиталя: работник, ответственный за проведение служебной проверки	2:00
Рассмотрение заключения начальником Клинического госпиталя	по мере необходимости	Администрация: начальник Клинического госпиталя	0:45
Определение вида ответственности	по мере необходимости	Структурное подразделение Клинического госпиталя: работник, ответственный за проведение служебной проверки	0:15
Списание материалов проверки «в дело»	по мере необходимости	Структурное подразделение Клинического госпиталя: работник, ответственный за проведение служебной проверки	0:10
Издание приказа и наложении дисциплинарного взыскания	по мере необходимости	Структурное подразделение Клинического госпиталя: работник, ответственный за проведение служебной проверки	3:00
Подготовка рапорта Начальнику ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	по мере необходимости	Администрация: начальник Клинического госпиталя	1:00

Таблица 90. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса организации совещаний

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Проведение анализа работы отделения	1 раз в месяц	Структурные подразделения Клинического госпиталя; заведующий отделением	1:00
Определение перечня вопросов, требующих рассмотрения на совещании	2 раза в месяц	Структурные подразделения Клинического госпиталя; заведующий отделением	1:00
	по мере необходимости	Структурные подразделения Клинического госпиталя; работники	0:20

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Составления графика проведения совещания	2 раза в месяц	Структурные подразделения Клинического госпиталя; заведующий отделением	0:30
Определение формата совещания	2 раза в месяц	Структурные подразделения Клинического госпиталя; заведующий отделением	0:30
Оповещение администрации	по мере необходимости	Структурные подразделения Клинического госпиталя; заведующий отделением	0:15
Оповещение всех участников совещания о его месте и времени проведения	2 раза в месяц	Структурные подразделения Клинического госпиталя; заведующий отделением	1:00
Проведение совещания	2 раза в месяц	Структурные подразделения Клинического госпиталя; заведующий отделением	3:00
	2 раза в месяц	Структурные подразделения Клинического госпиталя; работники	3:00
	по мере необходимости	Администрация: начальник клинического госпиталя	1:30
Принятие решения	2 раза в месяц	Структурные подразделения Клинического госпиталя; заведующий отделением	1:00
	по мере необходимости	Администрация: начальник клинического госпиталя	0:15

Таблица 91. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса отбора кандидатов на вакантные должности в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Отбор кандидатов по резюме	1 раз в неделю	Отдел кадров: специалист отдела кадров	1:00
Проведение собеседования с отобранными кандидатами по телефону	1 раз в неделю	Отдел кадров: специалист отдела кадров	2:00
Приглашение кандидатов на собеседование	1 раз в неделю	Отдел кадров: специалист отдела кадров	0:30
Проведение собеседования руководителями структурных подразделений	1 раз в неделю	Структурные подразделения КГ: руководитель структурного подразделения	1:00
Анализ полученных результатов	1 раз в неделю	Структурные подразделения КГ: руководитель структурного подразделения	0:15
Проведение собеседования с Заместителем начальника КГ по тылу	1 раз в квартал	Администрация: заместитель начальника КГ по тылу	0:30
Проведение собеседования с главной медицинской сестрой	2 раза в месяц	Администрация: главная медицинская сестра	1:00
Проведение собеседования с заместителем начальника КГ по медицинской части	2 раза в месяц	Администрация: заместитель начальника КГ по медицинской части	1:00
Анализ полученных результатов	1 раз в квартал	Администрация: заместитель начальника КГ по тылу	0:15
	2 раза в месяц	Администрация: заместитель начальника КГ по медицинской части	0:30
	2 раза в месяц	Администрация: главная медицинская сестра	0:30

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Проведение собеседования с начальником КГ	2 раза в месяц	Администрация: начальник КГ	2:00
Анализ полученных результатов	2 раза в месяц	Администрация: начальник КГ	0:40
Отклонение кандидатуры	по мере необходимости	Отдел кадров: специалист отдела кадров	0:20
Предложение о трудоустройстве	3 раза в месяц	Отдел кадров: специалист отдела кадров	0:30
Подготовка комплекта документов	3 раза в месяц	Отдел кадров: специалист отдела кадров	2:15
Подготовка приказа о трудоустройстве	3 раза в месяц	Отдел кадров: специалист отдела кадров	1:30

Таблица 92. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Учет товарно-материальных ценностей» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Получение материальных ценностей	4 раза в год	ОМТиХО: заведующий складом, товаровед	8:00
Проверка соответствия фактически полученных материальных ценностей, указанному в накладных	4 раза в год	ОМТиХО: заведующий складом, товаровед	4:00
Составление Претензии поставщику	по мере необходимости	ОМТиХО: начальник отдела	2:00
Расторжение договора	по мере необходимости	ОМТиХО: начальник отдела	16:00
Постановка поступивших материальных ценностей на предметно-количественный учет	4 раза в год	Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»: бухгалтер	8:00
	4 раза в год	Заведующий складом: товаровед	16:00
Распределение поступивших материальных ценностей по местам хранения	4 раза в год	ОМТиХО: заведующий складом	12:00
Обеспечение правильных условий хранения	ежесменно	ОМТиХО: заведующий складом	0:20
Проведение отпуска материальных ценностей по требованиям отделений КГ	по мере необходимости	Структурные подразделения Клинического госпиталя: материально-ответственные лица:	1:00
	ежесменно	ОМТиХО: заведующий складом: товаровед	2:00
Списание	12 раз в год	ОМТиХО: заведующий складом, товаровед	24:00
Осуществление учета материальных ценностей	12 раз в год	ОМТиХО: начальник отдела	3:00
	по мере необходимости	Структурные подразделения Клинического госпиталя: материально-ответственные лица	4:00
Проведение плановой инвентаризации и внезапных проверок материальных ценностей	1 раз в год	Инвентаризационная комиссия: члены инвентаризационной комиссии	32:00

Таблица 93. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Контроль за правильностью хранения, использования, учета расходов перевязочного материала и медикаментов» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Получение медикаментов, расходного и перевязочного материала по накладным	4 раза в год	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	8:00
Проверка соответствия фактически полученных медикаментов и расходного материала указанному в накладных	4 раза в год	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	8:00
Составление Претензии поставщику	по мере необходимости	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	2:00
Расторжение договора	по мере необходимости	ОМТиХО: начальник отдела	16:00
Постановка поступивших медикаментов и расходных материалов на предметно-количественный учет	4 раза в год	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	16:00
Распределение поступивших медикаментов и расходных материалов по местам хранения	4 раза в год	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	12:00
Обеспечение правильных условий хранения	ежесменно	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	15:00
Проведение отпуска медикаментов и расходных материалов по требованиям отделений	ежесменно	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	2:00
	1 раз в неделю	Структурные подразделения Клинического госпиталя; материально-ответственные лица	0:30
Ежемесячная сверка кол-ва медикаментов и расходных материалов в отделениях КГ с аптекой	1 раз в месяц	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	16:00
	1 раз в месяц	Структурные подразделения Клинического госпиталя: материально-ответственные лица	0:30
Проведение плановой инвентаризации «разложен»	1 раз в год	Инвентаризационная комиссия; члены инвентаризационной комиссии	32:00

Таблица 94. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Направление заявки на склад	4 раза в год	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	1:00
Обработка заявки работниками склада	4 раза в год	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	8:00
Подписание договора	4 раза в год	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	8:00
Получение наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов	4 раза в год	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	8:00
Проверка соответствия фактически полученных наркотических, сильнодействующих и психотропных	4 раза в год	Аптека: заведующий аптекой; работники аптеки	8:00

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
лекарственных препаратов, указанному в накладных			
Составление Претензии поставщику	по мере необходимости	Аптека: заведующий аптекой: работники аптеки	2:00
Расторжение договора	по мере необходимости	ОМТиХО: начальник отдела	3:00
Постановка поступивших наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов на предметно-количественный учет	4 раза в год	Аптека: заведующий аптекой: работники аптеки	4:00
Распределение поступивших наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов по местам хранения	4 раза в год	Аптека: заведующий аптекой: работники аптеки	2:00
Обеспечение правильных условий хранения	ежесменно	Аптека: заведующий аптекой: работники аптеки	0:30
Проведение отпуска медикаментов	ежесменно	Аптека: заведующий аптекой: работники аптеки	0:20

Таблица 95. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Планирование, организация и контроль соблюдения требований охраны труда» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Проведение инструктажей по охране труда	1 раз в год	Администрация: руководитель МУ	4 часа
	90 раз в год	Администрация: специалист по охране труда	1 час 30 мин. на каждого всего в год 135 часов
	Периодический: 2 раза в год для всего персонала Первичный: для всех вновь принимаемых работников, ориентировочно 2-3 раза в месяц Целевой: ориентировочно 1 раз в год Внеплановый: ориентировочно 1 раз в год	Структурное подразделение – руководитель	9 часов 1 час 30 мин (на каждую специальность), 3-4,5 час всего 2 часа 1 час
проведение обучения работников безопасным методам и приемам выполнения работ и оказанию первой медицинской помощи пострадавшим на производстве			
	1 раз в год	Администрация: руководитель МУ	3 часа
	1 раз в год + организация обучения для всех принимаемых на работу	Администрация: специалист по охране труда	20 часов + 2 часа, итого 44 часа

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
	(ориентировочно 1 раз в месяц)		
	1 раз в год + организация обучения для всех принимаемых на работу (ориентировочно 1 раз в месяц)	Структурное подразделение – руководитель	2 часа + 1 час, итого 14 часов
	1 раз в год + организация обучения для всех принимаемых на работу (ориентировочно 1 раз в месяц)	Аккредитованная организация - эксперт	30 часов + 24 часа, итого 318 часов
Проведение специального обучения по охране труда	1 раз в 3 года	Администрация: руководитель МУ	72 часа
	1 раз в год		2 часа
	1 раз в 3 года	Администрация: специалист по охране труда	72 часа
	1 раз в год		10 часов
	1 раз в 3 года	Структурное подразделение – руководитель	72 часа
	1 раз в год		3 часа
СОУТ	1 раз в 5 лет	Участник Комиссии по проведению СОУТ	280 часов
Назначение льгот и компенсаций работникам	1 раз в 5 лет	Участник Комиссии по проведению СОУТ	3 часа
Информирование работников об условиях и охране труда на рабочих местах, ...	1 раз в 5 лет	Администрация: руководитель МУ	1 час
	1 раз в 5 лет + информирование всех принимаемых на работу вновь	Администрация: специалист по охране труда	100 часов+ 15 мин. на каждого вновь принимаемого (итого 35 - 40 часов в год на информирование)
Обеспечение работников средствами индивидуальной защиты	1 раз в год	Отдела материально-технического и хозяйственного обеспечения: сотрудник	16 часов
Предварительные и периодические медицинские осмотры (организация)	1 раз в год	Администрация: руководитель МУ	1 час
	1 раз в год	Администрация: специалист по охране труда	80 часов
Учет и расследование и несчастных случаев	Легкий	Участник комиссии по расследованию несчастного случая на производстве	24 часа
	Тяжелый		120 часов
Обязательное социальное страхование работников от несчастных случаев	1 раз в год	Бухгалтер	6 часов
Контроль за состоянием условий труда	2 раза в год	Администрация: руководитель МУ	16 часов
	1 раз в квартал 2 раза в год	Администрация: специалист по охране труда	32 часа 16 часов
	Ежемесячно (247 раз в году)	Руководитель структурного подразделения	20 минут, итого 82 часа
	2 раза в год	Специалист других служб	16 часов
Пересмотр, изменение и	1 раз в год	Администрация:	2 часа

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
дополнение локальных нормативных актов по охране труда	По мере необходимости	руководитель МУ	1 час
	1 раз в год По мере необходимости	Администрация: специалист по охране труда	8 часов 2 часа
Планирование работ по охране труда	1 раз в год	Администрация: руководитель МУ	1 час
	1 раз в год	Администрация: специалист по охране труда	4 часа

Таблица 96. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Проведение специальной оценки условий труда» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Создание комиссии по проведению специальной оценки условий труда	1 раз в год	Администрация: начальник КГ	1:00
Утверждение Перечня рабочих мест, подлежащих специальной оценке условий труда	1 раз в год	Комиссия по проведению СОУТ: члены комиссии	2:00
Выявление и описание имеющихся на рабочем месте факторов производственной среды и трудового процесса, источников вредных и (или) опасных факторов (ВОПФ)	1 раз в год	Организация, проводящая СОУТ: эксперт	16:00
Сопоставление и установление совпадения имеющихся на рабочем месте факторов производственной среды и трудового процесса с факторами производственной среды и трудового процесса, предусмотренными классификатором	1 раз в год	Организация, проводящая СОУТ: эксперт	3:00
Принятие решения о проведении исследований (испытаний) и измерений ВОПФ	1 раз в год	Организация, проводящая СОУТ: эксперт	1:00
Оформление результатов идентификации	1 раз в год	Организация, проводящая СОУТ: эксперт	2:00
Решение о невозможности проведения исследований (испытаний) и измерений по основанию	по мере необходимости	Комиссия по проведению СОУТ: члены комиссии	1:00
Направление протокола, содержащего обоснование принятия решения о невозможности проведения измерений в Государственную инспекцию труда	по мере необходимости	Комиссия по проведению СОУТ: члены комиссии	0:40
Исследования (испытания) и измерениям ВОПФ	1 раз в год	Организация, проводящая СОУТ: эксперт	80:00
Отнесение условий труда к оптимальным или допустимым	1 раз в год	Организация, проводящая СОУТ: эксперт	0:30
Отнесение условий труда к вредным или опасным	1 раз в год	Организация, проводящая СОУТ: эксперт	2:00
Формирование декларации соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда	1 раз в год	Организация, проводящая СОУТ: эксперт	3:00
Формирование отчета о проведении специальной оценки условий труда	1 раз в год	Организация, проводящая СОУТ: эксперт	24:00
Утверждение отчета	1 раз в год	Комиссия по проведению СОУТ: члены комиссии	24:00
Направление копии утвержденного отчета организации, проводившей специальную оценку условий труда	1 раз в год	Комиссия по проведению СОУТ: члены комиссии	0:20

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Направление декларации соответствия условий труда государственным нормативным требованиям охраны труда в Государственную инспекцию труда	1 раз в год	Комиссия по проведению СОУТ: члены комиссии	4:00
Ознакомление работников с результатами специальной оценки условий труда	1 раз в год	Комиссия по проведению СОУТ: члены комиссии	160:00
Назначение льгот и компенсаций за работу во вредных и (или) опасных условиях труда	1 раз в год	Комиссия по проведению СОУТ: члены комиссии	3:00

Таблица 97. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Проведение инструктажей по охране труда» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Проведение вводного инструктажа по охране труда	2 раза в неделю	Обеспечивающий персонал; специалист по охране труда	3:00
Регистрация проведения инструктажа	2 раза в неделю	Обеспечивающий персонал; специалист по охране труда	0:10
Проведение первичного инструктажа на рабочем месте	1 раз в месяц	Обеспечивающий персонал; специалист по охране труда	2:00
Устная проверка знаний	1 раз в месяц	Структурные подразделения КГ; заведующий отделением	0:30
Регистрация проведения инструктажа	1 раз в месяц	Структурные подразделения КГ; заведующий отделением	0:10
Проведение внепланового инструктажа	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ; заведующий отделением	1:30
Устная проверка знаний	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ; заведующий отделением	1:00
Регистрация проведения инструктажа	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ; заведующий отделением	0:30
Проведение целевого инструктажа	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ; руководитель работ	2:00
Устная проверка знаний	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ; руководитель работ	1:00
Регистрация проведения инструктажа	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ; руководитель работ	0:30

Таблица 98. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Проведение предварительных медицинских осмотров» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Оформление трудового договора	2 раза в неделю	Отдел кадров: специалист по кадрам	6:00
Выдача направлений на медицинский осмотр работникам	2 раза в неделю	Служба охраны труда: специалист по охране труда	0:30
Определение объема осмотра работника врачами-специалистами, а также видов и объемов необходимых лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных приложениями №1 и №2 Приказа №302н	2 раза в неделю	Врачебная комиссия: врач-профпатолог: члены врачебной комиссии	0:30
Оформление документов, необходимых для проведения медицинского осмотра	2 раза в неделю	Врачебная комиссия: врач-профпатолог: члены врачебной комиссии	1:00

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Проведение обследования работников врачами-специалистами, а также проведение полного объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных приложениями №1 и №2 Приказа №302н	2 раза в неделю	Врачебная комиссия: врач-профпатолог: члены врачебной комиссии	48:00
Оформление заключения по результатам периодического медицинского осмотра	2 раза в неделю	Комиссия по проведению СОУТ: члены комиссии	1:00
Отказ в заключении трудового договора	по мере необходимости	Отдел кадров: специалист по кадрам	0:20
Заключение трудового договора	2 раза в неделю	Отдел кадров: специалист по кадрам	6:00

Таблица 99. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Проведение периодических медицинских осмотров» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Разработка списка контингента работников, подлежащих периодическим и(или) предварительным осмотрам с указанием вредных (опасных) производственных факторов, а также вида работы	1 раз в год	Служба охраны труда; специалист по охране труда	8:00
Согласование Списка контингента работников с Профсоюзом ФКУЗ "МСЧ МВД России по г. Москве"	1 раз в год	Профсоюзный комитет; председатель профсоюзного комитета	1:00
Утверждение Списка контингента работников начальником ФКУЗ "МСЧ МВД России по г. Москве"	1 раз в год	ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; начальник ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	0:30
Направление Списка контингента в ЦГСЭН ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	1 раз в год	ЦГСЭН ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; начальник ЦГСЭН ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	0:25
Составление поименного списка работников, подлежащих проведению периодических медицинских осмотров	1 раз в год	Служба охраны труда; специалист по охране труда	16:00
Утверждение календарного плана проведения медицинских осмотров	1 раз в год	Администрация; заместитель начальника Клинического госпиталя по медицинской части; врачебная комиссия; врач-профпатолог	2:00
Выдача направлений на медицинский осмотр работникам	1 раз в год	Служба охраны труда; специалист по охране труда	3:00
Ознакомление работников, подлежащих проведению периодических медицинских осмотров с календарным планом проведения медицинских осмотров	1 раз в год	Структурные подразделения Клинического госпиталя; руководители структурных подразделений	20:00
Оформление документов, необходимых для проведения медицинского осмотра	по мере необходимости	Врачебная комиссия; врач-профпатолог	0:30
Определение объема осмотра работника врачами-специалистами, а также видов и объемов необходимых лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных приложениями №1 и №2 Приказа №302н	1 раз в год	Врачебная комиссия; врач-профпатолог	0:20

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Проведение обследования работников врачами-специалистами, а также проведение полного объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных приложениями №1 и №2 Приказа №302н	1 раз в год	Врачебная комиссия; врач-профпатолог	500:00
Направление работника на освидетельствование во врачебной комиссии, уполномоченной на то органом здравоохранения	по мере необходимости	Врачебная комиссия; врач-профпатолог	0:45
Оформление заключения по результатам периодического медицинского осмотра	1 раз в год	Врачебная комиссия; врач-профпатолог	0:30
Направление работника на экспертизу профессиональной пригодности в центр профпатологии или специализированную медицинскую организацию, имеющую право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией и профессиональной пригодности	по мере необходимости	Врачебная комиссия; врач-профпатолог	0:45
Направление извещения об установлении предварительного диагноза профессионального заболевания в ЦГСЭН ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	по мере необходимости	Врачебная комиссия; врач-профпатолог	0:20
Обобщение результатов проведения предварительных медицинских осмотров	1 раз в год	Врачебная комиссия; врач-профпатолог	4:00
Составление Заключительного акта	1 раз в год	Врачебная комиссия; врач-профпатолог	2:00
Отстранение от работы	по мере необходимости	Служба охраны труда; специалист по охране труда	0:40
Допуск к работе	1 раз в год	Служба охраны труда; специалист по охране труда	0:15

Таблица 100. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Проведение расследования и учета несчастных случаев» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Оказание первой помощи пострадавшему, при необходимости доставка пострадавшего в больницу	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ; очевидцы; руководитель структурного подразделения	0:30
Предотвращение развития чрезвычайной ситуации	по мере необходимости	Структурные подразделения КГ; руководитель структурного подразделения	0:20
Получение заключения о тяжести травмы	по мере необходимости	Служба ОТ; специалист по охране труда	3:00
Направление извещения о несчастном случае в ФСС и ГИТ	по мере необходимости	Служба ОТ; специалист по охране труда	0:45
Издание приказа о расследовании несчастного случая «разложен»	по мере необходимости	Служба охраны труда; специалист по охране труда	2:00
Проведение расследования обстоятельств несчастного случая	по мере необходимости	Комиссия по расследованию несчастного случая; члены комиссии	при легком НС 24:00 при тяжелом НС 120:00
Оформление материалов расследования	по мере необходимости	Комиссия по расследованию несчастного случая; члены комиссии	6:00
Оформление акта по форме	по мере необходимости	Комиссия по расследованию	0:30

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
4		несчастного случая; члены комиссии	
Рассылка материалов дела	по мере необходимости	Служба ОТ; специалист по охране труда	8:00
Оформление акта по форме Н-1	по мере необходимости	Комиссия по расследованию несчастного случая; члены комиссии	0:40
Регистрация несчастного случая	по мере необходимости	Служба ОТ; специалист по охране труда	0:10
Рассылка материалов дела	по мере необходимости	Служба ОТ; специалист по охране труда	8:00
Сообщение о последствиях несчастного случая и принятых мерах после выхода работника с больничного	по мере необходимости	Служба ОТ; специалист по охране труда	1:00
Хранение материалов расследования	по мере необходимости	Служба ОТ; специалист по охране труда	0:20

Таблица 101. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Контроль технического состояния оборудования перед использованием» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Внешний осмотр изделий, включающий, главным образом, визуальный и органолептический контроль технического состояния	Ежедневно	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:05
Проверка комплектности основных составных частей	Ежедневно	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:05
Проверка заправки изделия эксплуатационными расходными материалами (смазочными, регистрационными материалами, жидкостями, газами и т.п.) и отсутствия их утечки, просачивания и т.д.	Ежедневно	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:07
Проверка исходных положений органов управления, устройств контроля и сигнализации	Ежедневно	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:03
Проверка подключения и исправности средств заземления	Ежедневно	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:02
Контрольные операции, специфические для данного вида изделия, позволяющие определить допустимость применения изделия по назначению	Ежедневно	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:07
Вывод из эксплуатации	По мере необходимости	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:10
Подача заявки на ремонт/техническое обслуживание	По мере необходимости	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:20
Эксплуатация	ежедневно	Структурные	6:00

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
		подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	

Таблица 102. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Плановый контроль технического состояния оборудования» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Проведение операций текущего контроля	1 раз в год	Обслуживающая организация: инженер	2:00
Тщательный контроль состояния всех узлов, деталей, механизмов, подверженных износу и старению, при необходимости, сопровождающийся частичной разборкой	1 раз в год	Обслуживающая организация: инженер	0:30
Выявление наличия видимых повреждений покрытий, следов коррозии, нарушения герметизации, уплотнений, течей магистралей и трубопроводов и т.п.	1 раз в год	Обслуживающая организация: инженер	0:10
Осмотр и проверка действия всех защитных устройств, блокировок, экранов, ограждений, защитных стекол и т.п.	1 раз в год	Обслуживающая организация: инженер	0:45
Осмотр и проверка комплектности оборудования, съемных приспособлений и комплекта ЗИП	1 раз в год	Обслуживающая организация: инженер	0:30
Проверка наличия, состояния и ведения эксплуатационной документации	1 раз в год	Обслуживающая организация: инженер	0:10
Метрологический контроль	1 раз в год	Обслуживающая организация: инженер	2:00
Другие контрольные операции, обусловленные спецификой изделия, указанные в эксплуатационной документации	1 раз в год	Обслуживающая организация: инженер	0:10
Вывод из эксплуатации	По мере необходимости	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:10
Подача заявки на ремонт/техническое обслуживание	По мере необходимости	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:20
Эксплуатация	Ежедневно	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	6:00

Таблица 103. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Текущий контроль технического состояния оборудования» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Проведение операции контроля технического состояния перед использованием	Ежемесячно	Обслуживающая организация: инженер	0:30

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Наружный и внутренний осмотр основных составных частей оборудования (без разборки)	Ежемесячно	Обслуживающая организация: инженер	0:15
Проверка действия основных механизмов, приводов и т.п.	Ежемесячно	Обслуживающая организация: инженер	0:10
Контроль функционирования изделия в целом при выполнении им основной части или всех функций, обусловленных назначением изделия	Ежемесячно	Обслуживающая организация: инженер	0:10
Другие контрольные операции, специфические для данного оборудования	Ежемесячно	Обслуживающая организация: инженер	0:20
Измерительный контроль основных технических характеристик оборудования	Ежемесячно	Обслуживающая организация: инженер	0:25
Контрольные операции, специфические для оборудования, позволяющие определить допустимость применения изделия по назначению	Ежемесячно	Обслуживающая организация: инженер	0:10
Вывод из эксплуатации	По мере необходимости	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:10
Подача заявки на ремонт/техническое обслуживание	По мере необходимости	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:20
Эксплуатация	Ежедневно	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	6:00

Таблица 104. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Плановое техническое обслуживание» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Работы текущего технического обслуживания «разложен»	1 раз в 6 месяцев	Обслуживающая организация; инженер	6:00
Удаление пыли, грязи, следов коррозии и окисления на внутренних поверхностях корпуса изделия и его составных частей (с частичной блочно-узловой разборкой)	1 раз в 6 месяцев	Обслуживающая организация; инженер	1:00
Замена смазки и рабочих жидкостей (в соответствии с плановыми сроками)	1 раз в 6 месяцев	Обслуживающая организация; инженер	0:40
Подкраска очищенных от коррозии оголенных мест на наружных и внутренних поверхностях корпусов, кожухов, панелей и т.п.	1 раз в 6 месяцев	Обслуживающая организация; инженер	0:30
Полная комплексная настройка и регулировка изделий	1 раз в 6 месяцев	Обслуживающая организация; инженер	2:00
Планово-предупредительные работы, специфические для данного оборудования, необходимость, состав и содержание которых установлено в эксплуатационной документации	1 раз в 6 месяцев	Обслуживающая организация; инженер	2:00
Вывод из эксплуатации	По мере необходимости	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:10
Подача заявки на ремонт	По мере необходимости	Структурные подразделения КГ:	0:20

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
		эксплуатирующий персонал	
Эксплуатация	Ежедневно	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	6:00

Таблица 105. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Текущее техническое обслуживание» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Общая протирка и очистка изделия от пыли, грязи, экссудатов и т.п. в целом и его составных частей (без разборки)	По мере необходимости	Обслуживающая организация: инженер	0:20
Удаление следов коррозии и окисления с наружных поверхностей изделия	По мере необходимости	Обслуживающая организация: инженер	1:00
Смазка основных механизмов и узлов (в соответствии с таблицей смазки)	По мере необходимости	Обслуживающая организация: инженер	0:40
Затяжка всех ослабленных крепежных элементов, уплотнений, сальников и т.п.	По мере необходимости	Обслуживающая организация: инженер	0:15
Дозаправка изделия расходными материалами, жидкостями, газами и т.п.	По мере необходимости	Обслуживающая организация: инженер	0:25
Замена отказавших предохранителей, индикаторных лампочек и т.п.	По мере необходимости	Обслуживающая организация: инженер	0:40
Текущие планово-предупредительные работы, специфические для данного оборудования, необходимость, состав и содержание которых установлено в эксплуатационной документации	По мере необходимости	Обслуживающая организация: инженер	2:00
Вывод из эксплуатации	По мере необходимости	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:10
Подача заявки на ремонт	По мере необходимости	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	0:20
Эксплуатация	Ежедневно	Структурные подразделения КГ: эксплуатирующий персонал	6:00

Таблица 106. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Ремонт оборудования» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Выбор исполнителей для проведения	по мере необходимости	Администрация; заместитель начальника КГ по тылу	1:00
Заключение договора на проведение ремонтных работ	по мере необходимости	Администрация; заместитель начальника КГ по тылу	2:00
Диагностика, приемка оборудования в ремонт	по мере необходимости	Обслуживающая организация; инженер	0:20
Разборка на узлы и очистка деталей оборудования	по мере необходимости	Обслуживающая организация; инженер	1:00
Контроль и сортировка деталей	по мере необходимости	Обслуживающая организация; инженер	0:40

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Списание негодной детали «разложен»	по мере необходимости	Администрация; заместитель начальника КГ по тылу	2:00
Ремонт детали	по мере необходимости	Обслуживающая организация; инженер	1:30
Замена на новую деталь	по мере необходимости	Обслуживающая организация; инженер	0:30
Контроль качества ремонта	по мере необходимости	Обслуживающая организация; инженер	0:20
Сборка узлов оборудования	по мере необходимости	Обслуживающая организация; инженер	2:00
Испытание узлов оборудования	по мере необходимости	Обслуживающая организация; инженер	0:35
Общая сборка и тестирование оборудования	по мере необходимости	Обслуживающая организация; инженер	0:25
Списание «разложен»	по мере необходимости	Администрация; заместитель начальника КГ по тылу	2:00
Приемка оборудования и передача в эксплуатацию	по мере необходимости	Администрация; заместитель начальника КГ по тылу	0:30

Таблица 107. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса использования автотранспорта в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Сбор заявок на выделение транспортных средств	ежедневно	Оперативный отдел; медицинская сестра	0:40
Подбор транспортных средств	ежедневно	Обеспечивающий персонал; старший водитель	0:15
Проведение осмотров транспортных средств	ежедневно	Обеспечивающий персонал; водитель	0:10
Устранение неисправности	по мере необходимости	Обеспечивающий персонал; водитель	0:30
Назначение водителя	ежедневно	Обеспечивающий персонал; старший водитель	0:07
Проведение предрейсового осмотра водителей	ежедневно	Приемное отделение; врач- терапевт	0:25
Отстранение от управления транспортным средством	по мере необходимости	Приемное отделение; врач- терапевт	0:15
Формирование маршрута движения транспортных средств	ежедневно	Обеспечивающий персонал; старший водитель	1:00
Оформление путевой документации	ежедневно	Обеспечивающий персонал; старший водитель	1:00
Контроль исполнения рейсов	ежедневно	Обеспечивающий персонал; старший водитель	0:45
Осмотр автомобиля	ежедневно	Обеспечивающий персонал; водитель	0:15
Устранение неисправности	по мере необходимости	Обеспечивающий персонал; водитель	0:30
Передача автомобиля следующей смене	ежедневно	Обеспечивающий персонал; водитель	0:10
Направление на ремонт в автохозяйство	по мере необходимости	Обеспечивающий персонал; старший водитель	0:40

Таблица 108. Результаты функционально-стоимостного анализа процесса «Списание основных средств» в разрезе подразделений и должностей

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
Формирование комиссии по списанию	1 раза в год	Администрация; начальник КГ	0:30
Осмотр имущества	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	4:00
Оценка целесообразности (пригодности) дальнейшего использования имущества, о возможности и эффективности его восстановления, возможности использования отдельных узлов, деталей, конструкций, материалов	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	1:40
Определение причин списания	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	1:00
Формирование комплекта документов для списания	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	12:00
Направление комплекта документов для согласования	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	1:00
Направление комплекта документов в ГУ МВД России по г. Москве	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	2:00
Направление комплекта документов в ДТ МВД России	1 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	1:30
Согласование решения о списании	2 раза в год	Комиссия ГУ МВД России по г. Москве; члены комиссии	4:00
	1 раза в год	Комиссия ДТ МВД России по г. Москве; члены комиссии	1:00
Возврат документов, необходимых для списания, с обоснованием причин отказа	по мере необходимости	Комиссия ГУ МВД России по г. Москве; члены комиссии	0:15
	по мере необходимости	Комиссия ДТ МВД России по г. Москве; члены комиссии	0:15
Устранение недостатков	по мере необходимости	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	2:00
Возврат документов, необходимых для списания с письмом-согласованием	2 раза в год	Комиссия ГУ МВД России по г. Москве; члены комиссии	0:30
	1 раза в год	Комиссия ДТ МВД России по г. Москве; члены комиссии	0:15
Демонтаж (разборка) оборудования	2 раза в год	Обеспечивающий персонал; рабочий по комплексному обслуживанию и ремонту зданий	8:00
Учет пригодного для дальнейшего использования имущества	по мере необходимости	Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; бухгалтер	1:00
Учет драгоценных, черных и цветных металлов	по мере необходимости	Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; бухгалтер	1:00
Сдача драгоценных, черных и цветных металлов	по мере необходимости	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	6:00
Списание с баланса ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	2 раза в год	Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; бухгалтер	1:30
Формирование комиссии по списанию	1 раза в год	Администрация; начальник КГ	0:30
Осмотр имущества	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	4:00
Оценка целесообразности (пригодности) дальнейшего использования имущества, о возможности и эффективности его восстановления,	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	1:40

Этап	Периодичность	Подразделение, должность	Число часов/минут (для указанной периодичности)
возможности использования отдельных узлов, деталей, конструкций, материалов			
Определение причин списания	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	1:00
Формирование комплекта документов для списания	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	12:00
Направление комплекта документов для согласования	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	1:00
Направление комплекта документов в ГУ МВД России по г. Москве	2 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	2:00
Направление комплекта документов в ДТ МВД России	1 раза в год	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	1:30
Согласование решения о списании	2 раза в год	Комиссия ГУ МВД России по г. Москве; члены комиссии	4:00
	1 раза в год	Комиссия ДТ МВД России по г. Москве; члены комиссии	1:00
Возврат документов, необходимых для списания, с обоснованием причин отказа	по мере необходимости	Комиссия ГУ МВД России по г. Москве; члены комиссии	0:15
	по мере необходимости	Комиссия ДТ МВД России по г. Москве; члены комиссии	0:15
Устранение недостатков	по мере необходимости	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	2:00
Возврат документов, необходимых для списания с письмом-согласованием	2 раза в год	Комиссия ГУ МВД России по г. Москве; члены комиссии	0:30
	1 раза в год	Комиссия ДТ МВД России по г. Москве; члены комиссии	0:15
Демонтаж (разборка) оборудования	2 раза в год	Обеспечивающий персонал; рабочий по комплексному обслуживанию и ремонту зданий	8:00
Учет пригодного для дальнейшего использования имущества	по мере необходимости	Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; бухгалтер	1:00
Учет драгоценных, черных и цветных металлов	по мере необходимости	Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; бухгалтер	1:00
Сдача драгоценных, черных и цветных металлов	по мере необходимости	Комиссия по списанию КГ; члены комиссии	6:00
Списание с баланса ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»	2 раза в год	Бухгалтерия ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве»; бухгалтер	1:30

Приложение 3

Анкета оценки удовлетворенности медицинского работника

Данные медицинского работника:

пол: м(1) ж(2); возрастная группа: 0-19 (1), 20-29 (2), 30-39 (3), 40-49 (4), 50-59 (5), 60 и старше (6); категория медицинского персонала: врач (1); средний медицинский работник (2); длительность работы в МО: менее 1 года (1), 1-5 лет (2); более 5-ти лет (3).

1. Удовлетворены ли Вы своей работой в целом?

Да (4)	Скорее нет (2)
Скорее да (3)	Нет (1)

2. Считаете ли Вы свою зарплату соответствующей объему работы, которую Вы выполняете?

Да (4)	Скорее нет (2)
Скорее да (3)	Нет (1)

Если Вы не считаете свою зарплату соответствующей объему работы, то на сколько % по Вашему мнению она должна быть увеличена _____ %

3. Являются ли условия (бытовые, материально-технические) работы комфортными для работы?

Да (4)	Скорее нет (2)
Скорее да (3)	Нет (1)

4. Является ли организация Вашей работы удовлетворительной?

Да (4)	Скорее нет (2)
Скорее да (3)	Нет (1)

5. Есть ли у Вас возможность для карьерного роста?

Да (4)	Скорее нет (2)
Скорее да (3)	Нет (1)

6. Помогают ли задачи, которые Вы решаете, Вашему профессиональному развитию?

Да, всегда (5)	Да, но редко (2)
Да, часто (4)	Нет (1)
Да, иногда (3)	

7. Как часто Вы думаете о смене места работы?

Никогда (5)	Часто (2)
Очень редко (4)	Постоянно (1)
Иногда (3)	

8. Насколько реалистичны ожидания/требования Вашего руководителя?

Занижены (5)	Несколько завышены (2)
Несколько занижены (4)	Очень завышены (1)
Реалистичны (3)	

9. Как часто в течение типичной недели Вы чувствуете перегрузки и стресс?

Никогда (5)	Часто (2)
Очень редко (4)	Постоянно (1)
Иногда (3)	

10. Довольны ли Вы тем, как Ваши коллеги относятся друг к другу?

Да (4)	Скорее нет (2)
Скорее да (3)	Нет (1)

11. Ценят ли коллег Ваше мнение? (не путать с «руководствуются»)

Да (4)	Скорее нет (2)
Скорее да (3)	Нет (1)

12. Пользуется ли Ваш непосредственный руководитель Вашим личным авторитетом?

Да (4)	Скорее нет (2)
Скорее да (3)	Нет (1)

13. Удовлетворены ли Вы компетентностью решений Вашего непосредственного руководителя?

Да (4)	Скорее нет (2)
Скорее да (3)	Нет (1)

Анкета персонала по оценке организации вспомогательных процессов

Категория персонала: медицинский (1), немедицинский (2), руководящий (3)

Данные медицинского персонала:

пол: м(1) ж(2); **возрастная группа:** 0-19 (1), 20-29 (2), 30-39 (3), 40-49 (4), 50-59 (5), 60 и старше (6); **категория медицинского персонала:** врач (1); средний медицинский работник (2); **длительность работы в МО:** менее 1 года (1), 1-5 лет (2); более 5-ти лет (3).

Считаете ли Вы, что указанные ниже процессы в нашей медицинской организации организованы оптимально (поставьте отметку)?

Вспомогательные процессы	Ответы:		
	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
31. Проведение плановой инвентаризации материальных ценностей			
32. Контроль за правильностью хранения, использования, учета расходов перевязочного материала и медикаментов			
33. Постановка на учет наркотических, сильнодействующих и психотропных лекарственных препаратов			
34. Осуществление учета материальных ценностей			
35. Проведение служебной проверки			
36. Проведение совещаний, на которых рассматриваются вопросы, связанные с работой подразделения			
37. Выполнение работ силами сторонних организаций			
38. Планирование, организация и контроль соблюдения требований охраны труда			
39. Проведение инструктажей по охране труда			
40. Проведение специальной оценки условий труда			
41. Проведение предварительных медицинских осмотров			
42. Проведение периодических медицинских осмотров			
43. Расследование и учет несчастных			

Вспомогательные процессы	Ответы:		
	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
случаев			
44. Процесс использования автотранспорта			
45. Списание основных средств			
46. Метрологический контроль средств измерений			
47. Обработка входящего документа			
48. Обработка исходящего документа			
49. Контроль технического состояния оборудования перед использованием			
50. Текущий контроль технического состояния			
51. Плановый контроль технического состояния			
52. Текущее техническое обслуживание			
53. Плановое техническое обслуживание			
54. Ремонт оборудования			
55. Выполнение работ по заявкам структурных подразделений			
56. Проведение обучения персонала			
57. Отбор кандидатов на вакантные должности			
58. Разработка внутренних локальных нормативно-правовых актов			
59. Планирование			
60. Разработка СОП			
Есть ли у Вас предложения по оптимизации процессов?			xxxxxxxx
Ваши предложения:			
Номер процесса	Предложения		

Анкета пациента

Данные пациента:

пол: м(1) ж(2); возрастная группа: 0-19 (1), 20-29 (2), 30-39 (3), 40-49 (4), 50-59 (5), 60 и старше (6); контингент: сотрудник (1), пенсионер – ранее сотрудник (2); родственник (3).

Укажите: дату поступления в стационар _____; дату выписки _____.

Если не можете указать даты, укажите длительность лечения в стационаре: 1-3 дня (1); 4-7 дней (2); 8 дней и более (3).

В следующих вопросах, пожалуйста, выберите и подчеркните один ответ:

1. В случае возможности лечения в другом стационаре, обратились бы Вы снова в госпиталь?

да (3); нет (1); не знаю (2).

2. Удовлетворены ли Вы отношением врачей во время пребывания в отделении? Как оцениваете вежливость и внимательность врача?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

3. Удовлетворены ли Вы объяснением врачом назначенных исследований и назначенного лечения?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

4. Удовлетворены ли Вы отношением медицинских сестер во время пребывания в отделении? Как оцениваете их вежливость и внимательность?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

5. Если во время пребывания в медицинской организации Вам требовалась помощь медицинского персонала, то оцените их действия?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

6. Как Вы оцениваете условия оказания медицинской помощи в стационаре?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

7. Как Вы оцениваете бытовые и санитарные условия пребывания в стационаре?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

8. Как Вы оцениваете питание в стационаре?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

9. Рекомендовали бы Вы данную медицинскую организацию Вашим друзьям и родственникам?

да (3); нет (1); не знаю (2).

Анкета медицинского персонала

Данные медицинского персонала:

пол: м(1) ж(2); возрастная группа: 0-19 (1), 20-29 (2), 30-39 (3), 40-49 (4), 50-59 (5), 60 и старше (6); категория медицинского персонала: врач (1); средний медицинский работник (2); длительность работы в МО: менее 1 года (1), 1-5 лет (2); более 5-ти лет (3).

1. Как Вы считаете:

какая часть пациентов в случае возможности лечения в другом стационаре обратилась бы снова?

_____ %

какая часть пациентов рекомендовала бы госпиталь друзьям и родственникам?

_____ %

В следующих вопросах, пожалуйста, выберите и подчеркните один ответ:

2. Как вы считаете, как оценивает большинство пациентов отношение врачей во время пребывания?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

3. Как вы считаете, как оценивает большинство пациентов объяснения врачами назначенных исследований и назначенного лечения?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

4. Как вы считаете, как оценивает большинство пациентов отношение медицинских сестер во время пребывания в отделении?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

5. Как вы считаете, как оценивает большинство пациентов действия медицинского персонала, если во время пребывания в медицинской организации потребовалась помощь медицинского персонала?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

6. Как вы считаете, как оценивает большинство пациентов условия оказания медицинской помощи?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

7. Как вы считаете, как оценивает большинство пациентов бытовые и санитарные условия пребывания?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

8. Как вы считаете, как оценивает большинство пациентов питание?

крайне плохо (0); плохо (1); удовлетворительно (2); хорошо (3); отлично (4).

9. Как Вы считаете:

зависят ли оценки пациентов от длительности лечения:

да (3); нет (1); не знаю (2);

если Вы считаете, что зависят, то пациенты с какой длительностью лечения оценивают лечение и пребывание наиболее положительно:

1-3 дня (1); 4-7 дней (2); 8 дней и более (3); затрудняюсь ответить (4).

10. Как Вы считаете должны ли результаты анкетирования пациентов учитываться при принятии управленческих решений руководством:

да (3); нет (1).

11. Рекомендовали бы Вы лечение в нашем МО (при необходимости лечения/диагностики) Вашим друзьям и родственникам?

да (4); скорее да, чем нет (3); скорее нет, чем да (2); нет (1).

Приложение 4

Оценка значимости разности удовлетворенности условиями оказания медицинской помощи между группами пациентов по результатам исследования с применением методов математической статистики

Оценка значимости разности в удовлетворенности различными условиями оказания медицинской помощи между группами пациентов в зависимости от длительности

Дисперсионный анализ

Вопрос 2					
	SS	Degr. of	MS	F	p
Intercept	8352,612	1	8352,612	25681,56	0,000000
Группа 500	19,195	2	9,597	29,51	0,000000
Error	161,643	497	0,325		
Принимаемая гипотеза H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости $\alpha=0,01$ ($p<0,01$) Таким образом, наблюдаются высокосignимые достоверные различия между группами разной длительности пребывания по 2 вопросу анкеты.					
Вопрос 3					
	SS	Degr. of	MS	F	p
Intercept	8083,507	1	8083,507	21934,15	0,000000
Группа 500	1,526	2	0,763	2,07	0,012722
Error	183,162	497	0,369		
Принимаемая гипотеза H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости $\alpha=0,05$ ($p<0,05$) Таким образом, наблюдаются высокосignимые достоверные различия между группами разной длительности пребывания по 3 вопросу анкеты.					
Вопрос 4					
	SS	Degr. of	MS	F	p
Intercept	8057,723	1	8057,723	21668,35	0,000000
Группа 500	12,655	2	6,327	17,02	0,000000
Error	184,817	497	0,372		
Принимаемая гипотеза H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости $\alpha=0,01$ ($p<0,01$) Таким образом, наблюдаются высокосignимые достоверные различия между группами разной длительности пребывания по 4 вопросу анкеты.					
Вопрос 5					
	SS	Degr. of	MS	F	p

Intercept	1333,573	1	1333,573	2446,387	0,00
Группа 500	46,276	2	23,138	42,445	0,00
Error	270,924	497	0,545		
Принимаемая гипотеза H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости $\alpha=0,01$ ($p<0,01$) Таким образом, наблюдаются высокосignificantные достоверные различия между группами разной длительности пребывания по 5 вопросу анкеты.					
Вопрос 6					
	SS	Degr. of	MS	F	p
Intercept	1039,012	1	1039,012	1833,677	0,000000
Группа 500	0,024	2	0,012	0,021	0,047905
Error	281,614	497	0,567		
Принимаемая гипотеза H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости $\alpha=0,05$ ($p<0,05$) Таким образом, наблюдаются высокосignificantные достоверные различия между группами разной длительности пребывания по 6 вопросу анкеты.					
Вопрос 7					
	SS	Degr. of	MS	F	p
Intercept	964,9989	1	964,9989	2616,406	0,000000
Группа 500	1,1814	2	0,5907	1,602	0,020262
Error	183,3066	497	0,3688		
Принимаемая гипотеза H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости $\alpha=0,05$ ($p<0,05$) Таким образом, наблюдаются высокосignificantные достоверные различия между группами разной длительности пребывания по 7 вопросу анкеты.					
Вопрос 8					
	SS	Degr. of	MS	F	p
Intercept	4410,737	1	4410,737	13117,83	0,000000
Группа 500	0,639	2	0,319	0,95	0,038750
Error	167,111	497	0,336		
Принимаемая гипотеза H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости $\alpha=0,05$ ($p<0,05$) Таким образом, наблюдаются высокосignificantные достоверные различия между группами разной длительности пребывания по 8 вопросу анкеты.					
Вопрос 9					
	SS	Degr. of	MS	F	p
Intercept	1625,085	1	1625,085	75429,32	0,000000
Группа 500	0,050	2	0,025	1,17	0,031135
Error	10,708	497	0,022		
Таким образом, наблюдаются высокосignificantные достоверные различия между группами разной длительности пребывания по 9 вопросу анкеты.					
Вопрос 10					

	SS	Degr. of	MS	F	p
Intercept	955,4140	1	955,4140	2501,448	0,000000
Группа 500	16,5256	2	8,2628	21,634	0,000000
Error	189,8264	497	0,3819		
Принимаемая гипотеза H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01) Таким образом, наблюдаются высокосignificantные достоверные различия между группами разной длительности пребывания по 10 вопросу анкеты.					
Вопрос 11					
	SS	Degr. of	MS	F	p
Intercept	1002,512	1	1002,512	1364,984	0,000000
Группа 500	24,297	2	12,148	16,541	0,000000
Error	365,021	497	0,734		
Принимаемая гипотеза H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01) Таким образом, наблюдаются высокосignificantные достоверные различия между группами разной длительности пребывания по 11 вопросу анкеты.					

Оценка взаимосвязи между удовлетворенностью пациента и оценкой различных характеристик пребывания в медицинской организации и оказанной медицинской помощью

Определение коэффициента ранговой корреляции Спирмена

	Вопрос 2	Вопрос 3	Вопрос 4	Вопрос 5
Вопрос 11	0,664708	0,140814	0,587566	0,047004

	Вопрос 6	Вопрос 7	Вопрос 8	Вопрос 9	Вопрос 10
Вопрос 11	0,327177	0,422966	0,055026	0,003999	0,695194

Сравнение методом Вилкоксона-Манна-Уитни
Сравнение ответов в группах 1-3 дня и 4-7 дней

	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N	Принимаемая гипотеза
Вопрос 2	10669,00	31236,00	7266,000	-1,90641	0,056599	-2,39913	0,016435	82	207	H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,05 (p<0,05)
Вопрос 3	10921,50	30983,50	7518,500	-1,51216	0,130493	-1,71845	0,085716	82	207	H0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 4	10429,00	31476,00	7026,000	-2,28113	0,022541	-2,66146	0,007781	82	207	H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)
Вопрос 5	11229,00	30676,00	7826,000	-1,03205	0,302049	-1,16688	0,243258	82	207	H0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 6	12349,00	29556,00	8028,000	0,71666	0,473585	0,80802	0,419077	82	207	H0 - отсутствуют достоверные различия

Вопрос 7	12323,50	29581,50	8053,500	0,67684	0,498505	0,77357	0,439186	82	207	Н0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 8	12357,50	29547,50	8019,500	0,72993	0,465434	0,86525	0,386904	82	207	Н0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 9	12136,00	29769,00	8241,000	0,38409	0,700911	1,55525	0,119887	82	207	Н0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 10	13282,00	28623,00	7095,000	2,17340	0,029751	2,70653	0,006799	82	207	Н1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)
Вопрос 11	12946,00	28959,00	7431,000	1,64878	0,099193	2,33886	0,019343	82	207	Н1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,05 (p<0,05)

Сравнение ответов в группах 1-3 дня и 8 и более

	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N	Принимаемая гипотеза
Вопрос 2	14380,50	28690,50	6324,500	3,57332	0,000353	4,09704	0,000042	82	211	Н1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)
Вопрос 3	11746,00	31325,00	8343,000	-0,47306	0,636168	-0,52974	0,596296	82	211	Н0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 4	13338,00	29733,00	7367,000	1,97212	0,048597	2,23942	0,025129	82	211	Н1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,05 (p<0,05)
Вопрос 5	16095,00	26976,00	4610,000	6,20666	0,000000	7,06691	0,000000	82	211	Н1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)
Вопрос 6	12233,00	30838,00	8472,000	0,27493	0,783370	0,30837	0,757804	82	211	Н0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 7	11697,50	31373,50	8294,500	-0,54756	0,583997	-0,61557	0,538180	82	211	Н0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 8	12717,00	30354,00	7988,000	1,01832	0,308529	1,25296	0,210221	82	211	Н0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 9	12259,00	30812,00	8446,000	0,31486	0,752865	1,40361	0,160437	82	211	Н0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 10	9809,00	33262,00	6406,000	-3,44814	0,000565	-3,99555	0,000065	82	211	Н1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)
Вопрос 11	11022,00	32049,00	7619,000	-1,58507	0,112951	-1,87896	0,060250	82	211	Н0 - отсутствуют достоверные различия

Сравнение ответов в группах 4-7 дня и 8 и более

	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N	Принимаемая гипотеза
Вопрос 2	52401,00	35170,00	12804,00	7,31579	0,000000	8,27999	0,000000	207	211	H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)
Вопрос 3	44964,50	42606,50	20240,50	1,29400	0,195667	1,45834	0,144749	207	211	H0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 4	50454,50	37116,50	14750,50	5,73959	0,000000	6,42223	0,000000	207	211	H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)
Вопрос 5	54220,50	33350,50	10984,50	8,78915	0,000000	9,58125	0,000000	207	211	H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)
Вопрос 6	42633,00	44938,00	21105,00	-0,59396	0,552539	-0,66933	0,503287	207	211	H0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 7	41470,00	46101,00	19942,00	-1,53571	0,124610	-1,73309	0,083081	207	211	H0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 8	43801,00	43770,00	21404,00	0,35184	0,724957	0,42858	0,668226	207	211	H0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 9	43251,00	44320,00	21723,00	-0,09353	0,925485	-0,33733	0,735865	207	211	H0 - отсутствуют достоверные различия
Вопрос 10	34498,00	53073,00	12970,00	-7,18137	0,000000	-8,11451	0,000000	207	211	H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)
Вопрос 11	38034,50	49536,50	16506,50	-4,31765	0,000016	-5,45637	0,000000	207	211	H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)

**Сравнительный анализ результатов анкетирования пациентов и медперсонала
Сравнение методом Вилкоксона-Манна-Уитни**

	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N
Пац_в2	165598,5	144479,5	34733,50	12,74730	0,000000	14,02365	0,000000	319	468
H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01) Оценка медперсоналом достоверно ниже									
Пац_в3	168523,5	142342,5	32596,50	13,47489	0,000000	14,42301	0,000000	320	468
H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01) Оценка медперсоналом достоверно ниже									
Пац_в4	150238,5	160627,5	50881,50	7,64783	0,000000	8,60013	0,000000	320	468
H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01) Оценка медперсоналом достоверно ниже									
Пац_в5	150800,0	158491,0	48745,00	8,21565	0,000000	9,10141	0,000000	318	468
H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01) Оценка медперсоналом достоверно ниже									
Пац_в6	163621,5	146456,5	36710,50	12,11588	0,000000	13,47657	0,000000	319	468

H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)									
Оценка медперсоналом достоверно ниже									
Пац_в7	153996,5	156869,5	47123,50	8,84543	0,000000	9,36142	0,000000	320	468
H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)									
Оценка медперсоналом достоверно ниже									
Пац_в8	151477,0	159389,0	49643,00	8,04252	0,000000	8,67429	0,000000	320	468
H1 - имеются достоверные различия с уровнем значимости альфа=0,01 (p<0,01)									
Оценка медперсоналом достоверно ниже									

Описательная статистика_анкета пациентов (по сравниваемым вопросам)							
	Valid N	Mean	Confidence	Confidence	Minimum	Maximum	Std.Dev.
Пац_в2	319	4,655172	4,595900	4,714445	2,000000	5,000000	0,538075
Пац_в3	320	4,584375	4,517563	4,651187	2,000000	5,000000	0,607482
Пац_в4	320	4,693750	4,635336	4,752164	3,000000	5,000000	0,531124
Пац_в5	318	4,641509	4,583006	4,700013	3,000000	5,000000	0,530258
Пац_в6	319	4,598746	4,534956	4,662536	3,000000	5,000000	0,579089
Пац_в7	320	4,253125	4,171782	4,334468	2,000000	5,000000	0,739603
Пац_в8	320	4,175000	4,091881	4,258119	1,000000	5,000000	0,755751

Описательная статистика анкета медперсонала (по сравниваемым вопросам)							
	Valid N	Mean	Confidence	Confidence	Minimum	Maximum	Std.Dev.
Медперсонал_в2	468	3,987179	3,929252	4,045107	2,000000	5,000000	0,637721
Медперсонал_в3	468	3,771368	3,702744	3,839991	2,000000	5,000000	0,755474
Медперсонал_в4	468	4,271368	4,205369	4,337366	2,000000	5,000000	0,726578
Медперсонал_в5	468	4,202991	4,140686	4,265297	3,000000	5,000000	0,685918
Медперсонал_в6	468	3,967949	3,910852	4,025046	2,000000	5,000000	0,628583
Медперсонал_в7	468	3,677350	3,598907	3,755794	1,000000	5,000000	0,863586
Медперсонал_в8	468	3,632479	3,555570	3,709388	2,000000	5,000000	0,846692