

Приложение № 1

УТВЕРЖДЕН
распоряжением Департамента
здравоохранения Томской области
от 10.09.2018 № 817

СТАНДАРТ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ
ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Томск 2018

Содержание

1. Обозначения и сокращения	7
2. Термины и определения.....	8
3. Введение	11
4. Область применения	12
5. Нормативные ссылки	13
6. Приемная зона.....	17
6.1. Колясочная (для детской поликлиники).....	17
6.2. Гардероб.....	18
6.3 Санитарные комнаты и поддержание чистоты	18
6.4. Зоны ожидания и отдыха (в том числе игровая зона)	20
6.5. Зона для кормления грудных детей и детей раннего возраста.....	21
6.6. Контрольный лист оценки обустройства внутреннего пространства поликлиники и оценки организации санитарных комнат и зон в кабинетах.....	23
7. Система навигации и информационные носители (внешний и внутренний контур).....	25
Внешний контур.....	25
7.1. Указатели направления к поликлинике	25
7.2. Наружные вывески (наименование, логотип, график работы).....	26
Внутренний контур	27
7.3. Навигация и таблички.....	27
7.4. Информационные материалы (в том числе информационные стенды и электронное табло).....	29
7.5. Контрольный лист оценки системы навигации и информационных носителей в поликлинике.....	36
8. Организация рабочего места	38
8.1. Требования к организации рабочего места	38
8.1.1. Общие требования к организации рабочего места для всех подразделений поликлиники.....	38
8.1.2. Общие требования к организации рабочего места кабинетов врачей и вспомогательных подразделений.....	38
8.1.3. Общие требования к организации рабочего места: метод 5С.....	38

8.2. Контроль организации рабочего места (проверочный стенд, «цепочка помощи»).....	44
8.3. Контрольный лист оценки организации рабочего места	48
9. Требования к сотрудникам и обучению сотрудников	49
9.1. Общие требования к сотрудникам	49
9.2. Общие требования к организации обучения в поликлинике.....	50
9.3. Организация обучения топ-менеджмента организации основам корпоративной культуры.....	50
9.4. Контрольный лист оценки организации обучения персонала.....	51
10. Управление потоками медицинской документации	51
10.1. Требования к управлению потоками медицинской документации	51
10.2. Контрольный лист оценки управления потоками медицинской документации	57
11. Регистратура.....	58
11.1. Front-office	58
11.1.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны front-office..	58
11.1.2. Дополнительные требования к сотрудникам front-office	58
11.1.3. Требования к организации процессов	59
11.2. Back-office.....	61
11.2.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны back-office..	61
11.2.2. Дополнительные требования к сотрудникам back-office	62
11.2.3. Требования к организации процессов	62
11.2.4. Внутренняя система контроля качества работы сотрудников back-office	64
11.3. Администратор холла	66
11.3.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны	66
11.3.2. Дополнительные требования к сотрудникам.....	66
11.3.3. Требования к организации процессов	66
11.4. Картохранилище	67
11.4.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны	67
11.4.2. Требования к организации процессов	67

11.5. Логистика оказания медицинской помощи	69
11.5.1. Маршрутизация пациента	69
11.5.2. Электронная очередь и инфомат	72
11.5.3. Электронное расписание	72
11.6. Контрольный лист оценки работы регистратуры	74
12. Участковая служба	76
12.1. Требования к организации процессов	76
12.2. Контрольный лист оценки организации работы участковой службы	82
13. Врачи-специалисты	84
13.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны врачей-специалистов	84
13.2. Требования к организации процессов	84
13.3. Контрольный лист оценки организации работы врачей-специалистов	84
14. Процедурный кабинет	85
14.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны процедурного кабинета	86
14.2. Требования к организации процессов	86
14.3. Контрольный лист оценки организации работы процедурного кабинета	87
15. Кабинет организации плановой помощи	88
15.1. Дополнительные требования к сотрудникам	89
15.2. Дополнительные требования к организации рабочей зоны	89
15.3. Требования к организации процессов	89
15.4. Контрольный лист оценки организации работы кабинета организации плановой помощи	90
16. Кабинет неотложной помощи	90
16.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны	92
16.2. Дополнительные требования к организации процессов	92
16.3. Контрольный лист оценки организации работы кабинета неотложной помощи	94
17. Кабинет (отделение) медицинской профилактики	94
17.2. Требования к организации процессов	95

17.2.1. ДОГВН.....	95
17.2.2 Профилактический осмотр детей первого года жизни	101
17.3. Контрольный лист оценки организации работы кабинета (отделения) медицинской профилактики	103
18. Корпоративная культура, общие принципы профессиональной этики и основные правила поведения	104
18.1. Миссия и корпоративный стиль организации, идентификация врачей и медицинских сестер для населения	104
18.2. Профессиональная этика	106
18.3. Правила поведения.....	107
18.4. Коммуникативная модель «руководство-сотрудники».....	109
18.5. Коммуникативная модель «сотрудник-сотрудник»	110
18.6. Коммуникативная модель «сотрудник-пациент»	111
18.7 Внешние каналы коммуникации и имидж медицинской организации	112
18.8. Речевые модули	113
18.9 Кадровая политика.....	118
18.10. Контрольный лист оценки внедрения корпоративной культуры, общих принципов профессиональной этики и основных правил поведения	120
19. Оценка работы поликлиники пациентом	120
19.1. Общие требования к организации проведения оценки	120
19.2. Требования к организации процесса оценки.....	121
19.3. Контрольный лист оценки организации работы по оценке поликлиники пациентом	122
Приложение 1 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Система навигации и информационные носители (внешний и внутренний контур).....	123
Приложение 2 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Варианты идентификации врачей и медицинских сестер	132
Приложение 3 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Функции структурных подразделений	135
Приложение 4 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Рекомендации по подготовке к исследованиям	139

Приложение 5 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Алгоритм реализации цепочки помощи сотрудника регистратуры	144
Приложение 6 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Кодекс врачебной этики Томской области.....	145
Приложение 7 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Кодекс этики медицинской сестры Томской области.....	154
Приложение 8 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Информация для размещения в непосредственной близости от кабинетов, в которых производится внедрение Стандарта.....	160
Приложение 9 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Лист оценки пациентом.....	165

1. Обозначения и сокращения

В настоящем Стандарте использованы следующие обозначения и сокращения:

АД – артериальное давление;

Амбулаторная карта - медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, форма № 025/у;

АРМ – автоматизированное рабочее место;

АТО – Администрация Томской области;

АТС – автоматическая телефонная станция;

АОН – автоматический определитель телефонного номера;

ВГД – внутриглазное давление;

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь;

ДЗТО – Департамент здравоохранения Томской области;

ДОГВН – диспансеризация определенных групп взрослого населения;

ДУ, Д-учет – диспансерный учет;

ЗНО – злокачественное новообразование;

ЗОЖ – здоровый образ жизни;

ЕПГУ – единый портал государственных услуг;

ЕЭРР – единая электронная регистратура региона;

КМП – кабинет медицинской профилактики;

КНП – кабинет неотложной помощи;

КТ – компьютерная томография;

КОПП – кабинет организации плановой помощи;

ЛЛО – льготное лекарственное обеспечение;

МИС ТО – медицинская информационная система Томской области;

МО – медицинская организация;

МРТ – магнитно-резонансная томография;

НП – неотложная медицинская помощь;

ОВП – общая врачебная практика;

ОМП – отделение медицинской профилактики;

ОМС – обязательное медицинское страхование;

СМИ – средства массовой информации;

СМП – скорая медицинская помощь;

Стандарт – Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области;

ТАП (талон амбулаторного пациента) – талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, форма № 025-1/у;

ТПГГ – областная Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Томской области;

УЗ – узкий специалист;

УЗИ – ультразвуковое исследование;

УЧ – участковый терапевт, педиатр или врач общей практики;

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт;

ФИО – фамилия, имя и отчество;

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия;

ЭКГ – электрокардиография;

2. Термины и определения

В настоящем Стандарте используются следующие термины и определения:

Back-office (бэк-офис) – подразделение регистратуры, осуществляющее работу с пациентами, обратившимися в режиме телефонных коммуникаций.

Brand-book (брендбук) – внутрикорпоративный документ МО, содержащий главную информацию о ценностях, миссии и философии МО.

Call-центр (колл-центр) – инструмент для оптимизации процесса обработки телефонных вызовов.

Front-office (фронт-офис) – подразделение регистратуры, осуществляющее работу с пациентами, обратившимися лично в МО.

5С – один из методов бережливого производства, позволяющий эффективно и безопасно организовать рабочее место.

Автоматизированное рабочее место – комплекс средств вычислительной техники и программного обеспечения, располагающийся непосредственно на рабочем месте сотрудника и предназначенный для автоматизации его работы в рамках специальности.

Администратор холла – сотрудник регистратуры (front-office), ответственный за информирование пациента о порядке получения медицинской услуги в МО при личном обращении, рабочее место которого располагается в холле регистратуры. Также администратор оказывает помощь в маршрутизации пациента внутри МО, решает нестандартные задачи и вопросы, возникающие у пациентов и сотрудников МО относительно организации медицинской услуги.

Аудит – процедура независимой оценки деятельности организации, системы, процесса, проекта или продукта.

Внешний контур – зона информирования потенциальных или реальных посетителей о местонахождении и графике работы МО от близлежащих пунктов транспортной доступности (парковки, остановки общественного транспорта) до входа в МО.

Внутренний контур – внутреннее пространство МО от входа до кабинета, оформленное в целях обеспечения максимально комфортного пребывания пациента в МО.

Гардероб – зона общего пользования в МО, предназначенная для размещения верхней одежды посетителей.

Дежурный администратор – должностное лицо (заместитель главного врача, заведующий структурным подразделением), ответственное за оперативное решение вопросов при обращении граждан в МО.

Документооборот – движение документов с момента их создания или получения до завершения исполнения, помещения в дело и (или) отправки.

Зона ожидания (отдыха) – зона общего пользования, предназначенная для обеспечения максимально комфортного пребывания посетителя в МО.

Игровая зона – зона максимально комфортного пребывания детей в МО.

Информационный стенд – плоская конструкция (щит), на котором размещаются информационные листы, документы, предназначенные для целевой аудитории.

Канбан - средство информирования, один из методов бережливого производства, с помощью которого регулируются процессы снабжения материалами в нужном количестве и в нужное время на каждом этапе деятельности.

Картохранилище – специально приспособленное помещение в МО, предназначенное для хранения амбулаторных карт пациентов.

Колясочная – зона общего пользования в детской МО, предназначенная для размещения детских колясок.

Контрольный лист оценки – инструмент проведения аудита (оценки) и самооценки в виде таблицы, содержащей критерии и параметры выполнения требований разделов Стандарта.

Логотип – индивидуальный графический знак (рисунок), эмблема или символ, используемый для повышения узнаваемости и распознаваемости (идентификации) МО среди населения.

Маркировка – условное обозначение (надписи, знаки, буквы, цифры, графические знаки), наносимые на объект с целью его дальнейшей идентификации (узнавания), указания его свойств и характеристик.

Маршрутная карта – документ, содержащий сведения о маршруте пациента и формируемый с использованием МИС ТО.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья. Медицинская помощь оказывается непосредственно медицинским работником МО и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, и является содержанием медицинской услуги.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. Медицинская услуга оказывается непосредственно МО и является комплексом мероприятий, начиная от обращения пациента в регистратуру и до получения результатов. Данный комплекс включает в себя медицинскую помощь, которая оказывается врачами, средним медицинским персоналом и младшим медицинским персоналом.

Навигация – система ориентирования, которая позволяет определить местонахождение и наиболее удобные пути передвижения до определенного места в организации.

Наружная вывеска – конструкция, размещаемая на внешних поверхностях (внешних ограждающих конструкциях, фасадах) зданий, строений, сооружений, на информационном поле которой указываются сведения, позволяющие идентифицировать место фактического нахождения или осуществления деятельности организации.

Профессиональная этика – нравственные нормы, которые регулируют взаимоотношения людей в процессе трудовой деятельности и отношение человека к своим профессиональным обязанностям, долгу.

Рабочее место – часть рабочего пространства, оснащенная необходимыми техническими средствами, в которой совершается трудовая деятельность.

Речевые модули – типовые фразы и предложения, используемые сотрудниками МО в разговоре с пациентами.

Самоорганизация (соблюдение порядка) – размещение нужных предметов на рабочем месте (рабочем пространстве) таким образом, чтобы максимально снизить потери при их использовании и поиске персоналом организации.

Систематическая уборка (содержание в чистоте) – постоянное поддержание рабочих мест, предметов в чистоте и постоянной готовности к использованию.

Совершенствование – процесс непрерывного поддержания и развития достигнутых результатов.

Сортировка – разделение предметов на необходимые (нужные) и ненужные и удаление ненужных предметов.

Стандартизация – деятельность, направленная на достижение оптимальной степени выполнения работы (оказания услуги) путем разработки и установления требований, правил, условий.

Стеллаж-накопитель – стеллаж, имеющий несколько полок, предназначенный для размещения амбулаторных карт.

Цепочка помощи – способ и алгоритм (метод/механизм) получения помощи у коллег и вышестоящего руководства в решении проблем, выявленных в рамках процесса.

Электронное табло – информационный экран для отображения информации.

Электронная очередь – программно-аппаратный комплекс, позволяющий формализовать и оптимизировать управление потоком посетителей.

3. Введение

Приоритетное развитие первичного звена здравоохранения обусловлено тем, что именно эта служба должна обеспечить гарантированный минимум медицинской помощи, ее доступность, комплексность и системность обслуживания граждан, координацию и тесную взаимосвязь с другими службами здравоохранения, информированность пациентов об оказании медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятиях, диагностике, лечении заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, снижение уровня распространенности факторов риска заболеваний, санитарно-гигиеническое просвещение и т.д.

В рамках проведения социологического опроса на территории Томской области (13,9 тысяч респондентов, 2014 год) и аудита коммуникаций, респондентам в анонимной форме предлагалось ответить на ряд вопросов, разделенных на блоки: отношение медицинских работников МО к пациентам; условия пребывания в МО; организация работы МО; доступность медицинской помощи; общее отношение к работе МО. Далее были выявлены основные, по мнению пациентов, негативные аспекты работы поликлиник: барьеры коммуникации (низкая доступность телефонной связи, очереди в регистратуре, отсутствие навигации, физический барьер); недоброжелательность медицинского персонала, невнимательное отношение к пациентам; низкий уровень комфорта при ожидании медицинской услуги, недостаточный уровень организации процесса предоставления медицинской помощи.

Кроме того, в деятельности МО присутствуют факторы, снижающие эффективность работы, потребительские свойства амбулаторно-поликлинической помощи:

- отсутствие единого стандарта в оформлении внешнего и внутреннего контура МО и маршрутизации пациентов;
- дефицит кадров и их недостаточная подготовка;
- несоблюдение времени приема и длительное ожидание приема;
- нерациональное использование площадей;
- неудовлетворительное техническое состояние зданий и сооружений;
- использование примитивных самодельных видов наглядной информации;
- ненадлежащее техническое состояние оборудования, наличие устаревшего оборудования;
- отсутствие доступных и оборудованных туалетов;
- недостаточная (в отдельных местах) освещенность и несоблюдение температурного режима;
- непродуманная логистика и нерациональное размещение кабинетов;
- размещение поликлиник в приспособленных зданиях.

ВАЖНО!

Деятельность руководителей и прочего административного персонала первичного звена здравоохранения должна быть направлена на устранение основных факторов, препятствующих эффективной работе медицинского персонала поликлиники, реализацию мероприятий организационного характера, обеспечивающих соблюдение нормативных сроков ожидания, предусмотренных

действующей ТППГ, создание условий для удовлетворения потребности обратившегося в МО гражданина в оказании медицинской помощи.

4. Область применения

Стандарт регламентирует единые подходы к организации деятельности служб первичного звена здравоохранения.

В основе настоящего Стандарта обобщен опыт МО, ставших пилотными на территории Томской области, по внедрению бережливых технологий в здравоохранении, таких как ОГАУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. Б.И. Альперовича», ОГАУЗ «Детская городская больница № 2», ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России.

Настоящий Стандарт разработан с учетом основных ценностей и принципов бережливого производства, одним из результатов которого является стандартизация работ.

Социальная функция стандартизации предусматривает определение уровня параметров и показателей медицинских услуг, соответствующего требованиям общественного здоровья, санитарии и гигиены, безопасности.

Коммуникативная функция стандартизации предусматривает создание базы для объективизации различных видов человеческого восприятия информации, а также унификацию терминов и определений, классификаторов, методов измерений и испытаний, обеспечивая тем самым необходимое взаимопонимание внутри коллектива МО.

Стандартизация работы служб первичного звена здравоохранения направлена на внедрение единых методов организации ключевых процессов, ориентированных на повышение доступности и качества оказания медицинских услуг, максимально комфортное их получение населением, формирование пациент-ориентированной системы здравоохранения.

Медицинские работники, как правило, обращают больше внимания на профессиональную компетентность, эффективность и безопасность. С их точки зрения, качество медицинской помощи подразумевает наличие у медицинского работника навыков, ресурсов и условий, необходимых для улучшения здоровья пациентов, знаний и умения выполнять профессиональные обязанности.

Для пациентов обеспечение качества оценивается не только с позиции получения ими квалифицированной медицинской помощи, но и с позиции оценки взаимосвязанных процессов обслуживания, что в комплексе и составляет понятие «медицинская услуга». Следовательно, медицинская помощь является частью медицинской услуги.

Таким образом, качество медицинской услуги определяется как совокупность выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, клинических протоколов и настоящего Стандарта.

Приоритетные направления стандартизации: безопасность, информационные технологии, ресурсосбережение, информирование пациентов.

ВАЖНО!

Медицинская помощь оказывается непосредственно медицинским работником МО и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, и является частью медицинской услуги.

Стандарт регламентирует единые подходы к организации деятельности служб первичного звена здравоохранения и предполагает исполнение всех представленных в документе требований в обязательном порядке на территории Томской области. Оценка выполнения требований, представленных в каждом разделе Стандарта, осуществляется на старте внедрения, при этом каждая МО формирует план-график реализации Стандарта, согласно установленным датам внедрения по распоряжению ДЗТО. В *последующем*, согласно плану-графику, производится оценка выполнения Стандарта; если в указанные сроки внедрения не произошло, то план-график сдвигается на срок, установленный МО по согласованию с ДЗТО. После окончательного внедрения Стандарта в МО контроль его исполнения осуществляется ежегодно.

5. Нормативные ссылки

Основные нормативные документы, определяющие деятельность поликлиники МО

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть II) от 26.01.1996 № 14-ФЗ.
2. Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».
3. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ.
4. Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании».
5. Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».
6. Федеральный закон от 26.06.2008 № 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений».
7. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
9. Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».
10. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)».
11. Постановление Правительства РФ от 25.09.2012 № 970 «Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий».
12. Постановление Правительства РФ от 14.02.2013 № 116 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей».

13. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы».
14. Распоряжение Правительства РФ от 23.10.2017 № 2323-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2018 год, перечня лекарственных препаратов для медицинского применения, перечня лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей, а также минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».
15. Приказ Минздрава России от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».
16. Приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».
17. Приказ Минздрава России от 23.09.2003 № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации».
18. Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».
19. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.01.2005 № 84 «О Порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».
20. Приказ Минздравсоцразвития России от 07.12.2005 № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового».
21. Приказ Минздравсоцразвития России от 18.01.2006 № 28 «Об организации деятельности врача-педиатра участкового».
22. Приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
23. Приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2009 № 984н «Об утверждении Порядка прохождения диспансеризации государственными гражданскими служащими Российской Федерации и муниципальными служащими, перечня заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению, а также формы заключения медицинского учреждения».
24. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
25. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств,

- на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».
26. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
 27. Приказ Минздрава России от 15.08.2012 № 89н «Об утверждении Порядка проведения испытаний в целях утверждения типа средств измерений, а также перечня медицинских изделий, относящихся к средствам измерений в сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, в отношении которых проводятся испытания в целях утверждения типа средств измерений».
 28. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия».
 29. Приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра».
 30. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».
 31. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения».
 32. Приказ Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».
 33. Приказ Минздрава России от 05.04.2013 № 196н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по контролю за обращением медицинских изделий».
 34. Приказ Минздрава России от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».
 35. Приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
 36. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
 37. Приказ Минздрава России от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».
 38. Приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания

услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

39. Приказ Минздрава России от 29.06.2016 № 425н «Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».
40. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
41. Приказ Минздрава России от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
42. Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».
43. Свод правил СП 59.13330.2012 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения», утвержденный Приказом Министерства регионального развития Российской Федерации от 14.11.2016 № 798/пр «Об утверждении свода правил «СНиП 35-01-2001 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения».
44. Свод правил 158.13330.2014 «Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования», утвержденный приказом Министерства строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации от 18.02.2014 № 58/пр «Об утверждении свода правил «Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования».
45. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
46. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 (ред. от 10.06.2016) «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
47. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» (с изменениями на 27 августа 2015 года), утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 15.05.2013 № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-

эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций».

48. ГОСТ Р 53079.4-2008 Национальный стандарт Российской Федерации «Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований» Часть 4. Правила ведения преаналитического этапа, утвержденный приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 18.12.2008 № 554-ст.
49. ГОСТ Р 52623.4-2015 Национальный стандарт Российской Федерации «Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств», утвержденный приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31.03.2015 № 200-ст.
50. ГОСТ Р 56832-2015 Национальный стандарт Российской Федерации «Шрифт Брайля. Требования и размеры», утвержденный приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28.10.2015 № 2165-ст.
51. Письмо Минздравсоцразвития Российской Федерации от 04.04.2005 № 734/МЗ-14 «О порядке хранения амбулаторной карты».
52. Приказ Минстроя России от 03.12.2016 N 876/пр «Об утверждении Изменения № 2 СП 118.13330.2012 «СНиП 31-06-2009 Общественные здания и сооружения».

ВАЖНО!

Документы, указанные в пунктах 2, 7-9, 12-14, 17-19, 21, 22, 29-32, 34, 35, 37, 39, 40, 42, 43, 51, 52, обязательны к хранению в регистратуре детской поликлиники.

Документы, указанные в пунктах 2, 7-9, 13, 14, 17-20, 22, 23, 25, 26, 29-31, 35, 37, 39, 41, 43, 46, 51, 52, обязательны к хранению в регистратуре взрослой поликлиники.

Указанные документы должны предоставляться пациентам по требованию.

6. Приемная зона

Приемная зона должна соответствовать Государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» и Своду правил «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения» (раздел «Нормативные ссылки», п. 13 и п. 44), а, значит, быть доступной для инвалидов, маломобильных групп населения и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения.

Каждой МО необходимо утвердить локальный нормативный документ, определяющий ответственное лицо и порядок работы с маломобильными группами населения и другими группами населения с ограниченными возможностями передвижения.

6.1. Колясочная (для детской поликлиники)

Колясочная обустраивается в каждой детской поликлинике и обеспечивает защиту детских колясок от внешних осадков (дождь, снег, град и т.д.).

Требования к колясочной:

- площадь колясочной зависит от плановой мощности поликлиники: 6 кв. метров на 100 посещений в смену, но не менее 6 кв. метров (Свод правил

158.13330.2014 «Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования»);

- наличие поручня на высоте 90-110 см от земли или пола и возможность фиксации коляски к поручню на ключ (ремешок, цепочку или другие приспособления, предусматриваемые родителями);
- обустройство колясочной не должно препятствовать свободному выходу через пути эвакуации.

6.2. Гардероб

Гардероб необходимо располагать в непосредственной близости от входа в здание, либо, при отсутствии такой возможности, разместить указатели для облегчения поиска гардероба пациентом (см. [пункт 7.3](#) «Навигация и таблички»).

Требования к организации гардероба:

- размер пространства перед гардеробом зависит от мощности поликлиники; для врачебных амбулаторий и ФАП мощностью не более 50 посещений в смену допускается использование гардеробных шкафчиков в холлах (коридорах) помещений не менее 3 на каждый кабинет врача (среднего медицинского персонала), в пространстве перед гардеробом должна быть предусмотрена возможность удобно и комфортно снять одежду и подготовиться к приему;
- минимальный комплект мебели в гардеробе:
 - а) не менее 3 посадочных мест;
 - б) зеркало;
 - в) пеленальный столик (для детской поликлиники);
- в гардеробе должны быть предусмотрены плечики для одежды (не менее 15% от номерного фонда), а также полиэтиленовые пакеты для головных уборов, шарфов и перчаток;
- номер места расположения одежды на номерке должен быть выполнен крупным шрифтом;
- в случае если сотрудник гардероба выдает бахилы, они должны подаваться вместе с номерком.

6.3 Санитарные комнаты и поддержание чистоты

Внутренняя отделка и перечень предметов в санитарных комнатах и зонах в кабинетах должны соответствовать санитарным правилам и нормам (Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»).

Требования к санитарным комнатам:

- необходимо оснащение туалетной бумагой, бумажными полотенцами или сушилками для рук, средствами для мытья рук;
- необходимо наличие раковин с горячей и холодной водой;
- не допускается использование помещения санитарных комнат под склады и хранение различного рода материалов;
- в детских поликлиниках в санитарной комнате должен быть оборудован настенный пеленальный столик, позволяющий провести простые манипуляции ухода;

- необходимо осуществлять уборку санитарных комнат не реже 1 раза в 2 часа, с отметкой в графике уборки о времени проведения уборки и наличии в санитарной комнате необходимых принадлежностей (туалетная бумага, бумажные полотенца, средства для мытья рук);
- график уборки должен располагаться в помещении санитарной комнаты;
- график ежедневно до начала работы поликлиники размещается кастеляншей или сестрой-хозяйкой и у нее же хранится в течение 1 месяца;
- график уборки должен иметь стандартную форму (таблица 1):

Таблица 1

График уборки санитарной комнаты

Дата: «__» _____ 20__ года

Время уборки	Наличие необходимых принадлежностей			Подпись сотрудника, ответственного за уборку
	бумажные полотенца	мыло	туалетная бумага	

Подпись ответственного лица _____

- контроль за соблюдением графика уборки и наличием необходимых принадлежностей ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка.

Требования к санитарным зонам в кабинетах:

- необходимо наличие раковин с горячей и холодной водой;
- необходимо оснащение средствами для мытья рук и бумажными полотенцами или сушилками для рук;
- контроль за наличием необходимых принадлежностей ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка (см. [пункт 8.1.3](#) «Общие требования к организации рабочего места: метод 5С»).

Требования к уборке колясочной:

- при размещении колясочной на прилегающей территории МО (за пределами здания поликлиники), уборка территории колясочной обеспечивается средствами поликлиники по мере загрязнения, но не реже 1 раза в неделю;
- контроль за уборкой территории колясочной ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка.

Требования к уборке игровой зоны/комнаты детской поликлиники:

- все оборудование игровой зоны, мебель, игрушки должны подвергаться влажной уборке с использованием моющих и дезинфицирующих средств; данную санитарную обработку производит ответственный за уборку помещений, назначенный приказом главного врача, не реже 2х раз в день (СанПиН 2.4.1.3049-13 "Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций");
- график уборки должен иметь стандартную форму (таблица 2):

Таблица 2

График уборки

Дата	Время	Подпись сотрудника,	Подпись ответственного

уборки	уборки	ответственного за уборку	лица

- не допускается наличие в игровой зоне мягконабивных и пенолатексных ворсованных игрушек;
- контроль за санитарной обработкой игровой зоны, мебели, игрушек ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка.

Требования к уборке зоны для кормления грудных детей и детей раннего возраста в детской поликлинике:

- санитарную обработку в зоне для кормления грудных детей и детей раннего возраста производит ответственный за уборку помещений не реже 2х раз в день;
- график уборки должен иметь стандартную форму (таблица 2);
- контроль за санитарной обработкой в зоне для кормления грудных детей и детей раннего возраста ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка.

6.4. Зоны ожидания и отдыха (в том числе игровая зона)

Основным предназначением зон ожидания и отдыха является обеспечение максимальной комфортности во время ожидания приема врача:

- допускается планирование нескольких зон ожидания на площадях холлов или коридоров на каждом этаже в условиях многоэтажного здания или в каждом крыле в условиях одноэтажного здания;
- в детских поликлиниках предусматривается наличие детской игровой зоны/комнаты.

Зона ожидания у регистратуры должна содержать минимум 6 мест для сидения (и более, в зависимости от мощности поликлиники), с которых осуществляется беспрепятственный обзор как самой регистратуры, так и мониторов, на которых отображаются номера талонов при работе регистратуры:

- в зоне ожидания у регистратуры должен быть размещен источник питьевой воды (кулер с питьевой водой и одноразовыми стаканчиками, вендинговый аппарат или др.); ответственным за исправность источника питьевой воды (в т.ч. наличие одноразовых стаканчиков) лицом является кастелянша или сестра-хозяйка.

Зона ожидания у кабинета врача должна быть представлена минимум 3 местами для сидения, а также предоставлять возможность пациенту ознакомиться с информационными материалами на стендах, в буклетницах, а также на мониторах (при наличии), где необходимо организовать демонстрацию видеороликов по профилактике заболеваний, пропаганде ЗОЖ.

Зона отдыха, которая служит нейтральной зоной ожидания, предназначена для людей, сопровождающих пациентов, либо для пациентов, у которых между несколькими приёмами, согласно записи, большой период ожидания (более 30 минут).

Требования к зоне отдыха:

- в зоне отдыха должно быть размещено не менее 9 мест для сидения и источник питьевой воды (кулер с питьевой водой и одноразовыми

стаканчиками, вендинговый аппарат или др.); ответственным за исправность источника питьевой воды (в т.ч. наличие одноразовых стаканчиков) лицом является кастелянша или сестра-хозяйка;

- в зоне отдыха необходимо установить журнальный столик, буклетницы, монитор (при наличии);
- зона отдыха должна быть снабжена актуальными полезными информационными материалами – информация по профилактике и лечению заболеваний, последние новости сферы здравоохранения. На журнальном столике необходимо размещать прессу (СМИ в области здравоохранения), в буклетнице необходимо расположить раздаточные информационные материалы, на мониторах (при наличии) необходимо организовать демонстрацию видеороликов по профилактике заболеваний, пропаганде ЗОЖ. На стенах необходимо разместить стенды с плакатами, рекомендованными Министерством здравоохранения Российской Федерации и ДЗТО. Ответственным за информационные материалы, размещенные в зоне отдыха, является врач КМП (ОМП).

Отведенное для детской игровой зоны место должно иметь удобное расположение, обладать достаточной площадью и комфортной геометрией пространства. В зависимости от ожидаемого количества посетителей измеряется минимально допустимый размер будущего игрового пространства. Так, 15 м кв. — минимально допустимый размер комнаты, рассчитанной на 8 детей, играющих одновременно. Ответственным за наличие минимального набора оснащения игровой зоны лицом является кастелянша или сестра-хозяйка. Минимальный набор оснащения детской игровой зоны:

- мебель для детей: детский стол, детский стул и др.;
- половое покрытие из гипоаллергенных искусственных материалов;
- игрушки из материалов, располагающих к обработке моющими средствами;
- раскраски;
- бумага;
- цветные карандаши;
- предусматривается наличие телевизора для трансляции видеороликов профилактической направленности, мультфильмов, детских художественных фильмов.

Необходимо предусмотреть обустройство места для ожидания (не менее 6 мест), где взрослые могут расположиться, пока дети играют, таким образом, чтобы они были в зоне видимости родителей.

6.5. Зона для кормления грудных детей и детей раннего возраста

Зона для кормления грудных детей и детей раннего возраста должна быть предусмотрена во всех МО, оказывающих медицинскую помощь детям до 1 года жизни.

Зона для кормления грудных детей и детей раннего возраста должна располагаться в кабинете здорового ребенка. В кабинете здорового ребенка работает фельдшер или медицинская сестра, которые при обращении к ним направляют пациента в место, отведенное для кормления грудных детей. В случае отсутствия сотрудника в кабинете, ключ должен находиться на первом этаже в регистратуре: информация об этом своевременно размещается на двери кабинета в специальном кармане под оперативные объявления.

Требования к оснащению кабинета здорового ребенка:

- раковина с холодной и горячей водой для мытья рук кормящей женщины или влажные салфетки и антисептические средства;
- разовые полотенца или автоматическая сушка для рук;
- педальный контейнер для отходов;
- мягкое кресло или мягкий стул;
- настенная вешалка;
- пеленальный стол;
- информационный настенный стенд с информацией по технике грудного вскармливания.

ВАЖНО!

Соблюдение правил организации пространства приемной зоны является частью предоставления медицинской услуги. Основная задача – обеспечение максимально комфортного пребывания пациента в МО при получении медицинской помощи.

Основным предназначением зоны ожидания и отдыха является обеспечение максимальной комфортности во время ожидания приема врача. Допускается планирование нескольких зон ожидания – на площадях холлов или коридоров на каждом этаже в условиях многоэтажного здания или в каждом крыле в условиях одноэтажного здания. В детских поликлиниках предусматривается наличие детской игровой зоны/комнаты.

6.6. Контрольный лист оценки обустройства внутреннего пространства поликлиники и оценки организации санитарных комнат и зон в кабинетах

Контрольный лист оценки обустройства внутреннего пространства поликлиники и оценки организации санитарных комнат и зон в кабинетах	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Статус		
		Принято	НЕ принято	
Колясочная*				
Колясочная присутствует				
Площадь колясочной не менее 6 кв.метров и соответствует мощности поликлиники (6 кв. метров на 100 посещений в смену)				
Наличие поручня на высоте 90-110 см от земли или пола и возможности фиксации колясок к поручню на ключ				
Колясочная не препятствует прохождению через пути эвакуации				
Гардероб				
В гардеробе присутствуют не менее 3 посадочных мест; зеркало; пеленальный столик*				
Предусмотрены плечики для одежды в количестве не менее 15% от номерного фонда				
Присутствуют полиэтиленовые пакеты для головных уборов, шарфов и перчаток				
Номер на номерке выполнен контрастным крупным шрифтом				
Бахилы в наличии (если правилами предусмотрено предоставление их в гардеробе)				
Поддержание чистоты				
Санитарные комнаты				
Санитарные комнаты оснащены туалетной бумагой, бумажными полотенцами/сушилками для рук, средствами для мытья рук				
Наличие раковин с горячей и холодной водой				
Санитарные комнаты не используются под складирование и хранение различного рода материалов				
В санитарной комнате оборудован настенный пеленальный столик*				
Уборка осуществляется не реже 1 раза в 2 часа, с отметкой в графике уборки о времени проведения уборки и наличии в санитарной комнате необходимых принадлежностей				
График уборки располагается в помещении санитарной комнаты				
График уборки имеет стандартную форму				
Контроль за соблюдением графика уборки и наличием необходимых принадлежностей ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка				
Уборка колясочной*				
Уборка территории колясочной обеспечивается средствами поликлиники по мере загрязнения, но не реже 1 раза в неделю				
Контроль за уборкой территории колясочной ежедневно осуществляет кастелянша или сестра хозяйка				
Игровая зона/комната*				
Присутствует мебель для детей: детский стол, детский стул и др.				
Половое покрытие из гипоаллергенных искусственных материалов				
Игрушки из материалов, располагающих к обработке моющими средствами				
В наличии раскраски, цветные карандаши и бумага				

Наличие телевизора для трансляции видеороликов профилактической направленности, мультфильмов, детских художественных фильмов			
Зона ожидания для родителей имеет не менее 6 посадочных мест			
Все оборудование игровой зоны, подвергается влажной уборке с использованием моющих и дезинфицирующих средств не реже 2х раз в день			
График уборки располагается в помещении игровой зоны			
График уборки имеет стандартную форму			
Контроль за соблюдением графика уборки и наличием необходимых принадлежностей ежедневно осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка			
Зона кормления грудных детей и детей раннего возраста*			
Зона кормления присутствует, доступна для пользования			
Наличие раковины с холодной и горячей водой для мытья рук кормящей женщины или влажных салфеток			
Наличие антисептических средств			
Наличие разовых полотенец или автоматической сушилки для рук			
Педальный контейнер для отходов			
Мягкое кресло или мягкий стул			
Настенная вешалка			
Пеленальный стол			
Информационный настенный стенд с информацией по технике грудного вскармливания.			
В непосредственной близости от нее работает фельдшер или медицинская сестра			
График уборки располагается в помещении зоны кормления грудных детей и детей раннего возраста			
График уборки имеет стандартную форму			
Санитарная обработка в зоне для кормления грудных детей и детей раннего возраста производится, не реже 2х раз в день			
Контроль за санитарной обработкой в зоне для кормления грудных детей и детей раннего возраста ежедневно осуществляет кастелянша или сестра хозяйка			
Зона ожидания, отдыха			
Зона ожидания у регистратуры имеет минимум 6 мест для сидения, с которых осуществляется беспрепятственный обзор как самой регистратуры, так и мониторов, на которых отображаются номера талонов при работе регистратуры			
Зона ожидания у кабинета врача представлена минимум 3 местами для сидения			
Зона отдыха представлена минимум 9 местами для сидения			
Размещены источники питьевой воды			
Есть возможность ознакомиться с полезными информационными материалами на стендах, в буклетницах, на мониторах			
Контроль за санитарным состоянием зон, исправностью источника питьевой воды, наличием расходных материалов (в т.ч. одноразовых стаканов) осуществляет кастелянша или сестра-хозяйка			

* (применимо для детских поликлиник)

7. Система навигации и информационные носители (внешний и внутренний контур)

Требования к организации системы навигации и оформлению информационных носителей внутреннего и внешнего контура, описанные в данном Стандарте, являются руководством к производству вновь изготавливаемых визуальных устройств и носителей информации в МО при их отсутствии или плановой замене. В случае если в МО не планируется изготовление новых визуальных устройств и носителей информации, все имеющиеся бумажные указатели, объявления и прочая информация в виде табличек и вывесок должны быть покрыты пленкой для ламинирования бумаги и быть закреплены на двусторонний скотч. Недопустимо размещение указателей, объявлений и прочей информации в виде табличек и вывесок на незаламинированной бумаге или бумаге, помещенной в пластиковый файл.

Внутренний и внешний контур должны соответствовать Государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» и Своду правил «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения» (раздел «Нормативные ссылки», п. 13 и п. 44), а, значит, быть доступными для инвалидов, маломобильных групп населения и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения.

Каждой МО необходимо утвердить локальный нормативный документ, определяющий ответственное лицо и порядок работы с маломобильными группами населения и другими группами населения с ограниченными возможностями передвижения.

Внешний контур

7.1. Указатели направления к поликлинике

Маршрутизация пациента начинается от близлежащих пунктов транспортной доступности – парковки (при наличии) и/или остановки общественного транспорта. Места для парковки должны быть обозначены соответствующим дорожным знаком.

Путь от остановки общественного транспорта и от парковки до главного входа в поликлинику должен быть очевиден для пациента и не вызывать ситуации поиска входной двери.

Все указатели внешнего контура представляют собой таблички в виде стрелки, выполненные из пластика или металла. На указателях размещается название МО, адрес, телефон администратора холла, QR-код сайта МО.

Все таблички внешнего контура на территории Томской области выполняются в единой цветовой гамме, вне зависимости от корпоративных цветов МО.

Размер указателя должен быть не менее 750x450 мм, информация должна быть нанесена шрифтом крупного размера: самый мелкий шрифт на указателе должен быть не менее 100 мм.

Предлагаемые варианты цветов: темно-зеленый, бордовый, шоколадный, красно-коричневый.

Дизайн, цветовую гамму, а также места расположения указателей направления к МО и глубину вкапывания (если указатель располагается на столбах) необходимо согласовать с муниципальными органами власти на местах: как с подразделениями, отвечающими или выполняющими функции контроля за

дизайном и архитектурой муниципалитета, так и с подразделениями, ответственными за городское хозяйство, в том числе за коммунальную инфраструктуру.

Таблички внешнего контура крепятся на зданиях МО и/или на столбах в местах, отведенных администрацией населенного пункта, в соответствии со следующими требованиями:

- количество указателей и их расположение зависит от удаленности здания от пунктов транспортной доступности, от обозримости здания с позиции остановок общественного транспорта, от наличия нескольких входов в здании (включая входы других организаций);
- первый указатель на месторасположение организации должен находиться в непосредственной близости от остановки/парковки в радиусе 3 метров. В случае если здание МО необозримо со стороны остановки общественного транспорта и/или парковки, необходима установка дополнительных указателей, находящихся в местах развилки пути;
- последний указатель должен находиться на обозримом расстоянии от здания МО и указывать на центральный вход;
- размер каждого указателя должен быть не менее 750x450 мм, информация должна быть нанесена шрифтом крупного размера: самый мелкий шрифт на указателе должен быть не менее 100 мм ([рисунок 1](#), [Приложение 1](#)).

7.2. Наружные вывески (наименование, логотип, график работы)

Основная наружная вывеска ([рисунок 2](#), [Приложение 1](#)) размещается так, чтобы ее было видно на расстоянии более 20 м, обозначая местонахождение поликлиники. Может быть выполнена в виде объемных/псевдообъемных букв либо в виде сплошной вывески. Размеры вывески подбираются исходя из размеров здания, цветовое решение – в соответствии с единым стилем МО. Крепится на здание над центральным входом.

Требования к основной вывеске:

- размер не менее 3000x1000 мм (крупная) и не менее 750x450 мм (средняя);
- на вывеске должно быть размещено:
 - а) полное наименование МО;
 - б) логотип МО.

Консольная вывеска ([рисунок 3](#), [Приложение 1](#)) применяется, если у здания есть проходной угол. Позволяет обозначить местонахождение поликлиники для пешеходов, которые не могут видеть лицевую часть здания, где расположена вывеска. Цветовое решение – исходя из фирменных цветов МО. Данная вывеска крепится на проходной угол здания МО.

Требования к консольной вывеске:

- размер – не менее 660x660 мм;
- на вывеске должно быть размещено:
 - а) полное наименование МО;
 - б) логотип МО.

Вывеска, располагающаяся на дверях поликлиники, ([рисунок 4](#), [Приложение 1](#)) помимо названия МО, должна содержать дополнительный перечень информации, которую пациент должен иметь возможность получить до входа в здание (например, график работы).

Требования к вывеске, располагающейся на дверях МО:

- график работы поликлиники должен иметь размер не менее 750x450 мм. Данная вывеска должна быть продублирована шрифтом Брайля для слабовидящих, в соответствии с действующими нормативными документами;
- на двери должен быть расположен предупредительный знак для слабовидящих людей – желтый круг, который должен быть выполнен в качестве наклейки на стекло. Требования к оформлению предупредительного знака «Осторожно (желтый круг)»:
 - а) наклеивается с двух сторон на стеклянную дверь во избежание столкновения слабовидящего с дверью;
 - б) имеет диаметр не менее 15 см;
 - в) знак не имеет белых полей и обрезан по контуру;
 - г) располагается на уровне глаз пользователя не ниже 1,2 м и не выше 1,6 м от поверхности пола.

Необходимо предусмотреть **кнопку вызова сотрудника** для организации помощи с доступом в здание лицам с ограниченными возможностями здоровья и маломобильных граждан. Она должна располагаться у входа в здание либо перед ступенями, ведущими к входу в здание (в случае наличия ступеней). Кнопка вызова сотрудника должна быть в рабочем состоянии. Необходимо приказом главного врача назначить ответственного за эксплуатацию данной кнопки и ответственного за оказание помощи людям с ограниченными возможностями и маломобильным гражданам.

Внутренний контур

7.3. Навигация и таблички

С того момента, как пациент оказался внутри здания МО, большое значение приобретает удобство навигации внутри здания. Во внутреннем контуре необходимо предусмотреть ряд обязательных табличек, способствующих эффективной ориентации пациентов в поликлинике.

Требования к табличкам внутреннего контура:

- все указатели и таблички внутри МО располагаются на уровне глаз пользователя – не ниже 1,2 м и не выше 1,6 м от поверхности пола, и не должны закрываться дверями, загромождаться предметами мебели или заклеиваться информационными материалами;
- все таблички и указатели должны быть выполнены в едином стиле;
- ко всем внутренним указателям предъявляются следующие требования: читабельность шрифта – минимальная высота букв терминов и обозначений должна составлять не менее 70 мм, выполнение в корпоративных цветах организации, стилистическое единство, расположение в обозримом для пациента месте, логичность следования указателей друг за другом;
- при расположении табличек внутри здания пациенту дается право оценить работу МО в целом с помощью QR-кода;
- таблички с QR-кодом являются частью таблички с названием объекта исследования на уровне глаз пользователя, выполненные из светопоглощающего материала, с отсутствием прозрачности (пластик,

картон, наклейка), к примеру, в виде дизайнерской наклейки из плотного картона с клейкой обратной стороной;

- размер таблички с QR-кодом соответствует табличке структурного подразделения ([рисунок 5](#), [Приложение 1](#)).

На входе должна располагаться информация о правилах в МО, например, в отношении бахил: они предоставляются пациенту в гардеробе, на пункте охраны или в свободном доступе. В случае если бахилы находятся в свободном доступе, необходимо размещение указателя на место, где их можно взять.

Пространство гардероба должно быть обозначено вывеской «Гардероб», минимальная высота букв на вывеске – не менее 70 мм ([рисунок 6](#), [Приложение 1](#)).

Рядом с вывеской на стене должны быть размещены материалы с информацией о графике работы, который должен соответствовать графику работы поликлиники, а также правила пользования гардеробом (не оставлять ценные вещи в карманах одежды, что делать в случае утери номерка и др.) форматом не менее А4.

Гардероб должен быть выделен и учтен в схеме расположения кабинетов поликлиники первого этажа.

В поликлинике должен быть предусмотрен ряд указателей, способствующих эффективной ориентации пациента в пространстве МО, начиная со входа. На указателях должно быть отражено месторасположение регистратуры. В случае если в регистратуре действует порядок электронной очереди, необходимо разместить указатель, направленный на автомат для получения талона ([рисунок 7](#), [Приложение 1](#)).

Возможно оформление помещений мультиуказателями, минимальная высота букв на мультиуказателе не менее 50 мм ([рисунок 8](#), [Приложение 1](#)).

Далее, после обращения в регистратуру, пациент следует к назначенному кабинету, найти который он должен без затруднений. Для этого необходимо предусмотреть:

- план этажа с указанием кабинетов, расположенный на каждом этаже здания вблизи лестницы или лифта, либо рядом с дверью выхода на этаж со стороны лестничного пролёта, а также рядом с гардеробом, размером не менее 330x600 мм, с обозначением места, где сейчас находится пациент, и подписью «Вы здесь», которая отражает топографическое расположение пациента ([рисунок 9](#), [Приложение 1](#));
- указатели на группы кабинетов, расположенные на каждом этаже и в каждом крыле здания ([рисунок 10](#), [Приложение 1](#));
- дополнительным решением в области навигации является цветовая дифференциация зон помещения. В рамках данного инструмента навигация осуществляется за счёт направления цветовыми дорожками пациента к тому или иному отделению, где располагается необходимый ему кабинет. Расшифровка цветов должна располагаться рядом с началом цветowych линий. Набор обязательных структурных подразделений, к которым ведут цветowe дорожки, определяется приказом главного врача. В обязательном порядке в него включаются следующие кабинеты:
 - а) процедурный кабинет;
 - б) флюорография;
 - в) ЭКГ;
 - г) КНП;

- д) кабинет УЗИ;
- е) КОПП;
- ж) рентген-кабинет;
- з) КМП (ОМП);
- помимо указателей на кабинеты, необходимо располагать указатели на туалеты и эвакуационные выходы;
- поэтажные указатели кабинетов с номерами и специальностями врачей ([рисунок 11](#), [Приложение 1](#));
- номера и указатели кабинетов (процедурный кабинет, служебные помещения, туалетные комнаты), размер указателей с QR-кодом 400x100 мм ([рисунок 12](#), [Приложение 1](#));
- таблички с указанием номера кабинета, размер таблички 100x100 мм ([рисунок 13](#), [Приложение 1](#)). Специальность и ФИО врача, который работает в кабинете, могут быть изменены, поэтому они размещаются рядом с табличкой в специально отведенном кармане;
- на двери каждого кабинета специалиста необходимо предусмотреть размещение кармана под объявление (формата А4) с ФИО специалистов, которые работают в данном кабинете, и с информацией о возможности оценки работы МО с помощью QR-кода ([рисунок 14](#), [Приложение 1](#));
- на кабинетах необходимо предусмотреть размещение карманов под оперативные объявления о работе специалистов в данном кабинете (об изменении графика приема, об отмене приема, переадресации пациентов в другие кабинеты и т.д.) формата А4. Данный вид табличек располагается по необходимости с прикреплением на двусторонний скотч;
- таблички с номерами этажей и схемой расположения кабинетов на каждом этаже ([рисунок 15](#), [Приложение 1](#));
- для безопасного пребывания в здании МО на всех этажах здания над выходами должен располагаться план эвакуации, а также световое табло «выход» / «эвакуационный выход» / «запасный выход». Это поможет людям сориентироваться в пространстве. По периметру коридоров здания необходимо разместить наклейки (эвакуационная наклейка безопасности Е01-01), указывающие на направление движения к эвакуационным выходам;
- зона ожидания должна быть снабжена внутренним указателем направления расположения туалета, а также туалета для инвалидов, указателем лифта, лестницы на следующей этаж, эвакуационного выхода (на высоте 1,2-1,6 м от пола);
- в поликлинике должны располагаться указатели направлений к зоне отдыха и детской игровой зоне в виде стрелки. Минимальная высота букв – 70 мм ([рисунок 16](#), [Приложение 1](#)).

7.4. Информационные материалы (в том числе информационные стенды и электронное табло)

На пути следования пациента от входа в МО до необходимого кабинета должно быть организовано информационное сопровождение, включающее в себя ряд информационных носителей. К ним предъявляются следующие требования:

- стенды должны быть выполнены в фирменных цветах организации согласно brand-book, утвержденным руководителем, или иным документом, в котором закрепляется фирменный стиль МО;
- стенды должны быть размещены на стенах на уровне глаз пользователя с высотой расположения от 1,2 м до 1,6 м от пола и не должны закрываться дверями, быть загороженными предметами мебели или заклеенными информационными материалами. Количество карманов для вложения требуемой информации зависит от назначения стенда. Расположение данных карманов подбирается индивидуально администрацией поликлиники в зависимости от размеров помещения. Расположение карманов на стендах зависит от размеров стен и может отличаться от предложенных в макетах. Неизменным остается количество карманов; формат самих карманов должен соответствовать рекомендованному в Стандарте;
- на всех стендах должна быть размещена следующая информация о МО:
 - а) логотип МО;
 - б) полное наименование МО;
 - в) логотип АТО;
 - г) логотип ДЗТО;
 - д) название стенда;
 - е) телефоны регистратуры;
 - ж) адрес сайта МО;
 - з) e-mail для электронных писем;
- носитель 1 – **информационный стенд №1 «Расписание работы врачей»** ([рисунк 17](#), [Приложение 1](#)). Он располагается в холле поликлиники, позволяет посетителю сразу сориентироваться, в каком кабинете (номер) находится нужный специалист, в каком режиме он работает. Преимущественно данный вид информации должен быть представлен в МО в виде электронного табло, которое является самым удобным с точки зрения оперативного внесения изменений. В случае если оно выполняется в виде стенда, для удобства внесения изменений в части времени расписания специалистов необходимо предусмотреть карманы формата А6 для вложений бумажного носителя. Данный стенд может состоять из карманов различного формата, в случае если предполагаются изменения в ФИО врачей. Ответственность за своевременное внесение изменений в расписание должна быть возложена на заместителя главного врача, в обязанности которого входит заведование поликлинической частью. На стенде с расписанием работы врачей должны быть размещены:
 - а) номер кабинета;
 - б) ФИО специалиста;
 - в) специальность;
 - г) часы приёма по дням недели;
- носитель 2 – **информационный стенд №2 с карманами формата А4 для размещения обязательной информации о МО «Информация о медицинской организации»**. Количество карманов – 12 ([рисунк 18](#), [Приложение 1](#)). Он должен располагаться в холле поликлиники и содержать следующую обязательную информацию по карманам:

- а) К.1 (карман №1) – дата государственной регистрации, сведения об учредителе;
 - б) К.2 – структура и органы управления;
 - в) К.3 – правила внутреннего распорядка для потребителей услуг;
 - г) К.4 – режим работы МО, контактные телефоны, номера телефонов справочных служб, адреса электронной почты организации, адреса электронной почты справочных служб;
 - д) К.5 – график приема граждан руководителем МО и иными уполномоченными лицами с указанием телефонов, адреса электронной почты;
 - е) К.6 – наличие лицензии на осуществление всех видов медицинской деятельности (электронный образ документа);
 - ж) К.7 – о медицинских работниках МО, включая филиалы (при их наличии): ФИО, занимаемая должность, сведения об образовании специалистов (уровень образования, организация, выдавшая документ о специальном образовании, год выдачи документа о специальном образовании, специальность, квалификация), сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая должности, срок действия сертификата);
 - з) К.8 – информация о правилах предоставления платных медицинских услуг;
 - и) К.9 – перечень оказываемых платных медицинских услуг, цены на медицинские услуги и копии документов, утверждающих тарифы;
 - к) К.10 – адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
 - л) К.11 – сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
 - м) К.12 – режим работы МО, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.
- носитель 3 – **информационный стенд №3 с карманами формата А4 для размещения обязательной информации «Информация о медицинской деятельности медицинской организации».** Количество карманов – 6 ([рисунок 19](#), [Приложение 1](#)). Он должен располагаться в холле поликлиники (около регистратуры) и содержать следующую обязательную информацию по карманам:
- а) К.1 – информация о видах медицинской помощи;
 - б) К.2 – информация о правилах записи на первичный прием, консультацию;
 - в) К.3 – информация о правилах подготовки к диагностическим исследованиям;
 - г) К.4 – список «горячих линий» ДЗТО;
 - д) К.5 – адреса и контактные телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере

- здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- е) К.6 – информация о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья;
- носитель 4 – **информационный стенд №4 «Информация по предоставлению медицинской помощи в системе ОМС». Количество карманов – 5 (рисунок 20, Приложение 1).** Он должен располагаться в холле поликлиники и содержать следующую обязательную информацию по карманам:
- а) К.1 – информация о страховых организациях, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;
 - б) К.2 – часть действующей федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с пометкой «с полной версией документа вы можете ознакомиться в регистратуре»;
 - в) К.3 – часть действующей ТПГГ с пометкой «с полной версией документа вы можете ознакомиться в регистратуре»;
 - г) К.4 – информация о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных действующей ТПГГ;
 - д) К.5 – информация о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с федеральной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и действующей ТПГГ;
- носитель 5 – **информационный стенд №5 «Перечни лекарственных препаратов для льготных категорий граждан» с перечнем лекарственных препаратов, утвержденным Минздравом Российской Федерации и иными органами исполнительной власти. Количество карманов – 6 (рисунок 21, Приложение 1).** Он должен располагаться на 1 этаже поликлиники и содержать следующую обязательную информацию по карманам:
- а) К.1 – часть перечня лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и тканей с пометкой «с полной версией документа вы можете ознакомиться в регистратуре»;
 - б) К.2 – часть перечня лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий МО с пометкой «с полной версией документа вы можете ознакомиться в регистратуре»;
 - в) К.3 – часть перечня лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения, отпускаются по рецептам врача бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам

врачей с пятидесятипроцентной скидкой с пометкой «с полной версией документа вы можете ознакомиться в регистратуре»;

- г) К.4 – информация по льготному лекарственному обеспечению для населения (категории граждан, имеющих на него право (федеральные, региональные);
- д) К.5 – телефон горячей линии ДЗТО по льготному лекарственного обеспечению;
- е) К.6 – часть перечня жизненно–необходимых и важнейших лекарственных препаратов с пометкой «с полной версией документа вы можете ознакомиться в регистратуре»;
- носитель 6 – **информационный стенд №6 для размещения информации по проведению диспансеризации и профилактике заболеваний «Информация о профилактике заболеваний и ЗОЖ»** ([рисунок 22](#), [Приложение 1](#)). Для удобства необходимо предусмотреть: не менее 6 вертикально расположенных карманов формата А4, не менее 1 горизонтально расположенного кармана формата А4, не менее 2 вертикально расположенных карманов формата А3, не менее 2 вертикально расположенных карманов формата А5 для вложения печатной продукции разных форматов (плакатов, листовок, буклетов). Такие стенды должны быть на каждом этаже, их должно быть несколько в МО. Места расположения зависят от размеров стен в поликлинике: в холле, коридорах, зоне ожидания МО, между кабинетами врачей. Порядок размещения и график обновления материалов на данных стендах определяется КМП (ОМП) МО. Перечень материалов, предлагаемых к размещению, включает:
 - а) основные материалы – информация:
 - о сроках и порядке и результатах проводимой диспансеризации населения в МО;
 - о проведении диспансеризации;
 - о проведении профосмотров;
 - о проведении вакцинации;
 - о вреде алкоголизма и табакокурения;
 - о гипертонии;
 - о признаках инсульта;
 - о признаках инфаркта;
 - о сахарном диабете;
 - о гепатите;
 - о профилактике туберкулеза;
 - о факторах риска хронических неинфекционных заболеваний;
 - о двигательной активности;
 - о правильном питании;
 - об избыточной массе тела и ожирении;
 - о холестерине;
 - о флюорограмме;
 - б) обновляемую сезонную информацию:
 - клещевой энцефалит;
 - вакцинация от гриппа;
 - как защититься от острых респираторных вирусных инфекций;

- летние месяцы – жара;
 - обморожения;
 - энтеровирус;
 - информация согласно датам Всемирной организации здравоохранения (например, Всемирный день без табака, Всемирный день иммунитета);
 - информация по актуальному для региона заболеванию;
- носитель 7 – **буклетница с фризом и карманами** не менее трех форматов А3, А4 и А5. Располагается в холле поликлиники или в зоне ожидания. Размер – не менее 1750 x 450 мм, фриз – не менее 100 x 450 мм. На фризе должны быть размещена следующая информация об МО:
 - а) плакаты формата А4;
 - б) листовки для раздачи пациентам формата А5 или А6;
 - в) газеты с информацией о сфере здравоохранения формата А3;
 - носитель 8 – **монитор**. Размещается в зонах ожидания. Позволяет пациенту во время ожидания просматривать видеоролики или презентации о профилактике различных заболеваний, достижениях региональной медицины и прочее. Размер монитора по диагонали от 810 мм;
 - носитель 9 – в МО должен быть размещен **информационный стенд №9 «Информация», содержащий иную информацию**, не входящую в список обязательной к размещению информации. Количество карманов зависит от числа размещаемой информации. Перечень материалов, предлагаемый к размещению:
 - а) порядок организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи (Приказ Минздрава России от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы»);
 - б) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства (статья 20 федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»);
 - в) выбор врача и МО (статья 21 федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»);
 - г) правила рассмотрения обращений граждан (федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»);
 - д) возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (статья 31 федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»);
 - е) возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина (п. 2 главы 59 «Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина» Гражданского кодекса (часть II) Российской Федерации от 26.01.1996 № 14-ФЗ);
 - ж) правила вызова врача на дом;
 - з) информация о поводах для вызова СМП в экстренной форме;
 - и) иная информация по усмотрению администрации МО;

- также необходимо оборудовать стол для размещения печатной продукции в сфере здравоохранения и сбора информации в форме анкетирования о качестве работы организации. Он должен располагаться в холле поликлиники и в зоне ожидания, необходимо предусмотреть наличие бумаги и ручки.

ВАЖНО!

Система навигации и информационные носители должны быть доступны для всех групп населения, в том числе для инвалидов, маломобильных групп населения и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения.

С того момента, как пациент оказался внутри здания МО, большое значение приобретает удобство навигации внутри здания. Во внутреннем контуре необходимо предусмотреть ряд обязательных табличек, способствующих эффективной ориентации пациентов в поликлинике. Они должны отвечать требованиям Стандарта.

Информация на информационных носителях должна быть понятной, доступной, представлять собой полный перечень нормативной документации и иной информации, необходимой пациенту. Пациенту должно быть предоставлено право оценить работу МО и с помощью сгенерированного QR-кода принять участие в мониторинге качества предоставления медицинских услуг.

7.5. Контрольный лист оценки системы навигации и информационных носителей в поликлинике

<i>Контрольный лист оценки системы навигации и информационных носителей в поликлинике</i>	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Статус		
		Принято	НЕ принято	
Внутренний и внешний контур соответствуют Государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» и Своду правил «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения» (раздел «Нормативные ссылки», п. 13 и п. 44), доступны для инвалидов, маломобильных групп населения и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения				
Утвержден локальный нормативный документ, определяющий ответственное лицо и порядок работы с маломобильными группами населения и другими группами населения с ограниченными возможностями передвижения				
В МО разработан brand-book или иной документ, в котором закреплён фирменный стиль МО				
Маршрутизация пациента начинается от близлежащих пунктов транспортной доступности – парковки (при наличии) и/или остановки общественного транспорта				
Места для парковки обозначены соответствующим дорожным знаком				
Путь от остановки общественного транспорта и от парковки до главного входа в поликлинику очевиден для пациента и не вызывает ситуации поиска входной двери				
Все указатели внешнего контура представляют собой таблички в виде стрелки, выполненные из пластика или металла. На указателях размещено название МО, адрес, логотип, телефон регистратуры, QR-код сайта МО. Формат таблички и генерация QR-кода соответствуют требованиям				
Таблички выполняются в едином стиле МО, в соответствии с brand-book, или иным документом, в котором закреплён фирменный стиль МО. Таблички внешнего контура соответствуют требованиям оформления и располагаются в соответствии с разрешением администрации населенного пункта				
На входе расположена информация о правилах в МО				
Пространство гардероба обозначено вывеской «Гардероб», рядом с вывеской на стене должны размещены материалы с информацией о графике работы (который соответствует графику работы поликлиники), правила пользования гардеробом форматом не менее А4				
Гардероб выделен и учтен в схеме расположения кабинетов поликлиники первого этажа				
В поликлинике предусмотрен ряд указателей, способствующих эффективной ориентации пациента в пространстве МО. На указателях отражено месторасположение регистратуры. В случае, если в регистратуре действует порядок электронной очереди, размещен указатель, направленный на автомат для получения талона				
На пути следования пациента от входа в МО до необходимого кабинета организовано информационное сопровождение, включающее в себя ряд информационных носителей. Информационное сопровождение соответствует требованиям				
В МО есть информационный стенд №1 «Расписание работы врачей», он соответствует требованиям				
В МО есть информационный стенд №2 «Информация о медицинской организации», он соответствует требованиям				
В МО есть информационный стенд №3 «Информация о медицинской деятельности медицинской организации», он соответствует требованиям				
В МО есть информационный стенд №4 «Информация по предоставлению медицинской помощи в системе ОМС», он соответствует требованиям				
В МО есть информационный стенд №5 «Перечни лекарственных препаратов для льготных категорий граждан», он				

соответствует требованиям			
В МО есть информационный стенд №6 «Информация о профилактике заболеваний и ЗОЖ», он соответствует требованиям			
В МО есть буклетница с фризом и карманами, она соответствует требованиям, в ней постоянно обновляется информация.			
В зонах ожидания размещен монитор, соответствующий требованиям. Он позволяет пациенту во время ожидания просматривать видеоролики или презентации о профилактике различных заболеваний, достижениях региональной медицины и прочее			
В МО есть оборудован стол для размещения печатной продукции в сфере здравоохранения, а также сбора информации в форме анкетирования о качестве работы организации в зоне ожидания. Стол соответствует требованиям			
В МО есть информационный стенд №9, содержащий иную информацию «Информация», он соответствует требованиям			

8. Организация рабочего места

8.1. Требования к организации рабочего места

8.1.1. Общие требования к организации рабочего места для всех подразделений поликлиники

Требования к организации рабочего места для всех подразделений поликлиники:

- рабочее место каждого работника поликлиники должно быть оснащено компьютерной и организационной техникой (АРМ), необходимой для выполнения производственных функций;
- мебель на рабочем месте должна располагаться с учётом принципов эргономики и последовательности проведения работ (процедур);
- мебель на рабочем месте должна быть пригодна для санитарной обработки и выполнена в едином стиле;
- на рабочем месте не должно быть посторонних предметов, не относящихся к выполнению производственных функций;
- рабочее место каждого работника поликлиники должно соответствовать системе 5С (см. [пункт 8.1.3](#) «Общие требования к организации рабочего места: метод 5С»).

8.1.2. Общие требования к организации рабочего места кабинетов врачей и вспомогательных подразделений

Требования к организации рабочего места кабинетов врачей и вспомогательных подразделений:

- в кабинете, где происходит оказание медицинских услуг пациентам, должны использоваться предметы мебели, поверхности которых выдерживают обработку дезинфекционными средствами;
- рабочие места врача и медицинской сестры должны быть отделены друг от друга (у каждого сотрудника должен быть свой рабочий стол и рабочая зона для осуществления рабочих обязанностей);
- мебель и медицинское оборудование, необходимые для работы медицинской сестры (ростомер, весы), должна располагаться с её стороны кабинета;
- мебель и медицинское оборудование, необходимые для работы врача (кушетка/пеленальный стол), должна располагаться с его стороны кабинета;
- рабочее место врача должно быть укомплектовано медицинским оборудованием в соответствии с выполняемыми обязанностями специалиста;
- в кабинете должно быть выделено место для пребывания пациента;
- в кабинете должны быть размещены материалы «цепочки помощи» и проверочные карты;
- рядом с кабинетами вспомогательных подразделений должен располагаться график их работы.

8.1.3. Общие требования к организации рабочего места: метод 5С

Суть системы 5С – это пять простых принципов рациональной организации рабочего пространства, соблюдая которые можно извлечь максимальную выгоду из имеющихся ресурсов. В основе системы лежит идея: все, что поддается оптимизации, должно быть оптимизировано, то есть организация рабочего пространства рассматривается именно как система. Основной фактор – это желание

работников на всех производственных этапах изменить свою работу к лучшему, сократить количество брака и потерь времени, то есть действовать в интересах МО.

5С – это система наведения порядка, чистоты и укрепления дисциплины, которая позволяет практически без капитальных затрат повышать производительность работы, снижать уровень брака и травматизма, сокращать потери в процессе оказания медицинской услуги, такие как простои, нерациональные перемещения, излишние запасы, брак в работе. Также применение системы 5С позволяет создавать необходимые стартовые условия для внедрения в подразделении сложных и дорогостоящих производственных и организационных инноваций (например, внедрение новой медицинской технологии или новой системы мотивации работников) и обеспечивать их высокую эффективность – в первую очередь, за счет радикального изменения отношения сотрудников к рабочему процессу. Система предусматривает вовлечение всего коллектива в регулярную деятельность по наведению порядка, чистоты и укреплению дисциплины на рабочем месте.

Таблица 3

Пути достижения высоких показателей качества, безопасности и производительности

Показатель	Пути достижения
Качество	<ul style="list-style-type: none"> ▪ сокращение потерь от брака, обусловленного: <ul style="list-style-type: none"> а) загрязнением производственной среды; б) невниманием персонала; в) неисправностью оборудования и измерительных приборов; ▪ организация производственного процесса, обеспечивающего требуемый уровень качества.
Безопасность	<ul style="list-style-type: none"> ▪ предотвращение заражения посредством контакта с биологическим материалом; ▪ сокращение случаев неисправной работы оборудования; ▪ улучшение санитарно-гигиенических условий; ▪ устранение причин аварий, пожаров, несчастных случаев; ▪ повышение дисциплинированности персонала в соблюдении правил и инструкций по охране труда.
Производительность	<ul style="list-style-type: none"> ▪ сокращение ненужных запасов; ▪ эффективное использование рабочих мест; ▪ предотвращение потерь и поисков нужных предметов; ▪ сокращение простоев из-за неисправности оборудования; ▪ улучшение организации труда; ▪ повышение ответственности персонала; ▪ мотивирование коллектива на производительный труд.

Метод 5С состоит из пяти шагов по организации и поддержанию порядка на рабочих местах, описание которых приведено в таблице 4.

Пять шагов организации и поддержания порядка на рабочих местах

Шаг	Описание
Шаг 1. Сортировка	Осуществляется разделение предметов на необходимые (нужные) и ненужные и удаление ненужных предметов.
Шаг 2. Самоорганизация (соблюдение порядка).	Осуществляется размещение нужных предметов на рабочем месте (рабочем пространстве) таким образом, чтобы максимально снизить потери при их использовании и поиске персоналом организации. При хранении предметов на рабочем месте в обязательном порядке используются различные инструменты метода визуализации (оконтуривание, маркировка, разметка, цветовое кодирование и другие).
Шаг 3. Систематическая уборка (содержание в чистоте)	Осуществляется постоянное поддержание рабочих мест, предметов в чистоте и постоянной готовности к использованию.
Шаг 4. Стандартизация	Устанавливаются стандарты по выполнению первых трех шагов (стандарты рабочего места, содержания рабочих мест и иные регламентирующие документы).
Шаг 5. Совершенствование	Осуществляется процесс непрерывного поддержания и развития результатов, достигнутых с помощью первых четырех шагов.

Требования к организации рабочего места по системе 5С включают:**Шаг 1 – сортировка и удаление ненужного**

В ходе реализации данного шага на первом этапе все предметы в рамках рабочего места (кабинета) разделяются на три категории:

- «ненужные» (не используемые в рутинном рабочем процессе);
- «не нужные срочно» (используемые в рутинном рабочем процессе реже, чем один раз в смену);
- «нужные» (используемые в рутинном рабочем процессе не реже одного раза в смену).

На втором этапе реализации данного шага предметы, распределенные как «ненужные» удаляются с рабочего места; «не нужные срочно» располагаются на определенном удалении от рабочего места (шкафы, полки, ящики стола) или хранятся централизованно; «нужные» сохраняются на рабочем месте.

Перед удалением ненужного за каждым работником закрепляются сферы его ответственности по осуществлению данного шага.

Также необходимо определение и разъяснение сотрудникам, наводящим порядок, понятий «нужное», «ненужное срочно», «ненужное». Пример распределения предметов по степени необходимости представлен в таблице 5.

Таблица 5

Определение степени необходимости предметов (пример)

Степень необходимости	Частота использования	Решение о хранении
Низкая	Явно ненужные в рабочем процессе вещи, личные вещи.	Удалить с рабочего места. Хранение на отдаленном расстоянии.
	Предметы, цели использования которых в ближайшее время неизвестны.	
	Неиспользуемое оборудование, материалы, документация.	
	Избыточное количество нужных предметов.	
	Предметы, которые вы не использовали в течение последнего года.	
	Предметы, которые вы использовали только один раз в течение последних 6-12 недель.	
	Предметы других процессов.	
Средняя	Предметы, которые вы использовали только один раз в течение последних 2-3 недель.	Удаление с рабочего места. Хранение в пределах рабочего участка.
	Предметы, которые вы используете более одного раза в месяц.	
Высокая	Предметы, используемые ежедневно.	Хранение на рабочем месте.

При удалении ненужного при оценке результатов необходимо уделять особое внимание следующим местам и объектам:

- полки, шкафы, тумбочки, ящики столов;
- коридоры, проезды, проходы, углы;
- плохо освещенные места, пространства под лестницами, за колоннами;
- складские помещения и места централизованного хранения инструмента, инвентаря, архивов документации и т.п.;
- инструмент, инвентарь на рабочих местах;
- оборудование, подставки, стеллажи, стенды, тележки;
- труднодоступные места – углубления, места за и под оборудованием, за перегородками, элементы коммуникаций;
- стены, доски объявлений, стенды;
- мусор вдоль стен – внутри и снаружи зданий, заборов, на прилегающей территории.

При удалении ненужных предметов производится их регистрация (составляются перечни, делается фото- и видеосъемка).

После удаления производится оценка и демонстрация сделанного:

- сравнение фотографий до и после (рекомендуется вывесить на самом видном месте);

- денежная оценка (в случаях, когда удаление ненужного принесло прямую экономическую выгоду, например, сдан металлолом, макулатура);
- высвобожденная площадь;
- другие виды оценки.

Этап по удалению ненужного, в случае если он проводится одновременно на нескольких рабочих местах, рекомендуется сделать в виде соревнования с награждением победившей команды.

Шаг 2 – соблюдение порядка (рациональное расположение предметов)

По отношению к «нужным» и «не нужным срочно» предметам вырабатываются и реализуются решения (оборудование стеллажами, полками, шкафами и т.д.), которые обеспечивают:

- быстроту, легкость и безопасность доступа к ним;
- визуализацию способа хранения, контроля наличия, отсутствия или местонахождения нужного предмета;
- свободу перемещения предметов и эстетичность рабочего пространства.

Необходимо разложить и хранить все необходимые предметы в четко определенных местах для обеспечения легкого и удобного к ним доступа. Рациональное расположение означает расстановку предметов таким образом, чтобы их было легко использовать, легко находить и возвращать на место.

Необходимо использовать систему обозначений (маркировку), которая облегчит поиск предметов и обеспечит постоянство расположения предметов с точки зрения рациональности. Цветовая маркировка используется для того, чтобы разделить рабочую зону на несколько частей в зависимости от их функционального назначения. Отдельные зоны размечаются цветными линиями или метками для того, чтобы можно было понять, что где находится.

Цветовая маркировка применяется в следующих случаях:

- когда рабочая зона имеет функциональное деление;
- когда необходимо выделить проходы между оборудованием, для того чтобы в них ничего не размещалось и персонал имел свободу перемещения;
- когда необходимо визуально разделить места хранения оборудования и инструментов;
- силуэты или контуры инструментов/оборудования используются для разметки мест хранения в следующих случаях:
 - а) когда оборудование/инструмент хранится на одном и том же месте (например, компьютер, оргтехника) и не нужно устанавливать правило возвращать инструмент на свое место после использования в работе;
 - б) когда необходимо выделить место, куда необходимо вернуть инструмент после работы с ним;
 - в) когда необходимо сократить время поиска инструмента, а также время, которое необходимо потратить, чтобы выяснить, что инструмент отсутствует.

Не следует маркировать места хранения инструмента в следующих случаях:

- когда не завершены работы по удалению ненужного (см. шаг 1);
- когда нет всего необходимого инструмента;
- когда не установлены правила хранения инструмента — нет «постоянных мест», где должен находиться каждый рабочий инструмент.

При цветовой маркировке может использоваться как краска одного цвета, так и краска нескольких цветов. Цветовую маркировку не следует применять в следующих случаях:

- когда нет условий, в которых она необходима (перечислены выше);
- когда состояние пола и поверхностей в рабочей зоне не позволяет нанести маркировку либо потребует регулярного ее обновления;
- когда используемые технологии не позволяют сохраняться такой маркировке (например, если на поверхность с нанесенной маркировкой попадают жидкости, которые растворяют или обесцвечивают краску).

При цветовой маркировке необходимо учесть, что красный цвет следует использовать для обозначения опасных зон и зон хранения биологического материала. Если схема размещения объектов в рабочей зоне может подвергаться изменениям, то маркировку лучше делать не краской, а с помощью цветного скотча.

Шаг 3 – Содержание в чистоте (уборка, проверка, устранение неисправностей)

В ходе реализации данного шага производится генеральная уборка помещения, тщательная уборка рабочего места, чистка оборудования, проверка инструментария и фиксация неисправностей.

Наряду с этим проводится выявление источников загрязнений, уборка труднодоступных и удаленных мест.

Следующим этапом в реализации данного шага выполняется устранение выявленных неисправностей инструментов, оборудования и материалов, используемых в рабочем процессе, выработка мер по предотвращению неисправностей и порчи оборудования, ликвидация источников проблем и загрязнений.

Последним этапом данного шага является составление правил проведения уборки и чистки и обработки оборудования и инструментария, графиков проверки технического состояния оборудования.

В графиках уборки необходимо определить вид и периодичность уборки, например, ежесменная при приеме дежурства с 8.15 до 8.45, с 14.15 до 14.45 часов и сдаче дежурства с 7.30 до 8.00, с 19.30 до 20.00 часов.

Шаг 4 – стандартизация

Стандартизация осуществляется путем фиксации в письменном виде правил удаления ненужного, рационального размещения предметов, уборки, обработки, проверки оборудования и инструментов.

Производится максимальная визуализация указанных правил в виде рисунков, схем, пиктограмм, указателей и цветового кодирования, правил и результатов контроля нормального состояния и отклонений (в работе оборудования, уровне запасов и т.п.) с учетом рационального выбора используемых материалов, согласно современным санитарным требованиям.

На втором этапе реализации данного шага закрепляется оптимальное место размещения системы визуализации.

Шаг 5 – совершенствование

Совершенствование достигается путем закрепления сфер ответственности каждого работника с распределением объектов внимания и обязанностей по поддержанию объектов в стандартном состоянии.

У персонала формируется набор правильных привычек, закрепляются навыки соблюдения установленных правил.

Завершающим этапом является применение эффективных методов контроля. Результаты контроля рабочих мест могут быть использованы при премировании работников за активное участие в улучшении своих рабочих мест.

Для более детальной оценки соблюдения Стандарта на рабочих местах в ходе проведения контроля в структурном подразделении должны располагаться соответствующие проверочные листы самооценки стандарта рабочего места. Применение проверочных листов позволяет:

- стандартизировать и упростить систему проверок;
- составлять рейтинги рабочих мест по условиям труда, тем самым отслеживая динамику ситуации;
- организовать мотивацию работников в форме производственного соревнования между различными рабочими местами на основе составленных рейтингов, вовлечь работников в улучшение рабочего места;
- на основе выявленных недостатков производить доработку требований по организации рабочих мест, требований к работникам, разрабатывать мероприятия по дооснащению недостающим инвентарем, принадлежностями, расходными материалами, по размещению на рабочих местах стенов, указателей, разметки и др.

Оценка с использованием проверочных листов (таблица 8) является обязанностью руководителя подразделения (непосредственного руководителя данного рабочего места в соответствии со штатным расписанием).

Проверка рабочих мест руководителем подразделения проводится не реже 1 раза в неделю.

При проведении проверки нужно заполнить чек-лист и подсчитать сумму баллов. По результатам еженедельных проверок выводится среднеарифметическая оценка за месяц, которая заносится в график. График проверок оформляется в произвольном виде и размещается на проверочном стенде рабочего места.

Одним из методов стимулирования сотрудников в МО является ежеквартальный конкурс на лучшее рабочее место, результаты которого влияют на премирование работника. Информацию о лучших сотрудниках необходимо опубликовывать в СМИ в области здравоохранения.

8.2. Контроль организации рабочего места (проверочный стенд, «цепочка помощи»)

На каждом рабочем месте должна располагаться цепочка помощи (таблица 6).

Контроль организации рабочего места осуществляется на основании проверочной карты, которая располагается непосредственно на рабочем месте, где выполняется работа. Проверочную карту заполняет непосредственный исполнитель, чья работа отражена на карте.

Назначение проверочной карты – визуализация плана и факта работ, проблем и мероприятий по решению проблем для оперативного понимания состояния дел непосредственно на рабочем месте исполнителя.

Проверочная карта представляет собой проверочный стенд, в режимных кабинетах – пластиковые папки. Формат проверочной карты приведен в таблице 7.

Цепочка помощи (образец)

ЦЕПОЧКА ПОМОЩИ

Проблема	Выход из строя ИТ оборудования	Канцелярия	Медицинские расходные материалы	Проблема АХЧ	Проблема с выявленным состоянием пациента	Конфликты
Уровень 1 10 минут	Фамилия И.О. программист отдела информационных технологий, Тел.	Фамилия И.О. Сестра- хозяйка, Тел.	Фамилия И.О. Сестра- хозяйка, Тел.	Фамилия И.О. зав.хоз., Тел.	Фамилия И.О. Зав. отделением Тел.	Фамилия И.О. Зав.поликлиникой Тел.
Уровень 2 15 минут	Фамилия И.О. начальник отдела инф.технологий Тел.	Фамилия И.О. Тел.	Фамилия И.О. гл.мед.сестра, Тел.	Фамилия И.О. Зам.главного врача по АХЧ Тел.	Старший дежурный СМП т. 03;103	Фамилия И.О. зам.глав. врача по амбулаторно поликлиническому разделу работы Тел.
Уровень 3	Фамилия И.О. главный врач, Тел.					

При возникновении чрезвычайной ситуации (ЧС) обращаться к дежурному по тел.

Проверочная карта организации рабочего места

Порядок на рабочем месте		Подготовка документов		Чистота в кабинете		Проблемы и предложения	
	😊		😊		😊		😊
	😞		😞		😞		😞

--	--	--	--

Проверочный лист оценки соответствия рабочего места системе 5С для медицинской организации

Баллы: 0 – не соответствует; 1 – отчасти соответствует; 2 – полное соответствие.	Учреждение:	Баллы:			Дата начала:
	Заполнил:	Прошлый результат:			Дата завершения:
		0	1	2	
Сортировка	Все ненужные предметы удалены из рабочей зоны				
	Наличие инвентарной ведомости				
	Инструменты и оборудование расположены в наиболее удобных местах				
	Шкафы и полки содержат только нужный инвентарь				
	Зона карантина содержится в порядке				
Промежуточный итог					
		0	1	2	
Соблюдение порядка	Шкафы и стеллажи содержат указания нужного расположения вещей				
	По возможности используются органайзеры и системы хранения инструментов				
	Рабочие места и проходы четко обозначены и незагромождены				
	Личные вещи не присутствуют на рабочем месте				
	Расходные материалы находятся в достаточном количестве				
Промежуточный итог					
		0	1	2	
Содержание в чистоте	Полы: в хорошем состоянии и содержатся в чистоте				
	Инструменты: свободны от пыли и подтеков				
	Мусорные корзины опустошаются регулярно				
	Назначен ответственный за повседневные проверки и текущий ремонт				
	Сотрудники регулярно проводят уборку без предварительного напоминания				
Промежуточный итог					
		0	1	2	
Стандартизация	Состояние инструментов и материалов контролируется				
	Все сотрудники знают свои обязанности в организации рабочего места				
	Инструкции по работе общедоступны и применяются повсеместно				
	Предложения по улучшению вносятся и реализуются				
	Стандарты разработаны, понятны и исполняются				
Промежуточный итог					
		0	1	2	
Совершенствование	Листы предложений по улучшению доступны и используются				
	Информационная доска по 5С присутствует и постоянно обновляется				
	За последний месяц реализовано предложение по улучшению				
	Все сотрудники обучены и имеют достаточную квалификацию				
	Все сотрудники понимают и могут объяснить цель системы 5С				
Промежуточный итог					

8.3. Контрольный лист оценки организации рабочего места

<i>Контрольный лист оценки организации рабочего места</i>	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Принято	НЕ принято	
Система 5С				
Сортировка проводится и оценивается регулярно				
Порядок соблюдается и контролируется				
Рабочее место содержится в чистоте				
Рабочее место стандартизовано				
Контроль организации рабочего места				
Проверочные листы доступны и используются				
Информационный стенд (папка) по контролю рабочего места присутствует и постоянно обновляется				
На стенде присутствует цветовая карта оценки рабочего места				
На стенде присутствует цепочка помощи				
На стенде присутствует информация о системе 5С				
Листы проблем и предложений по улучшению доступны и используются				
Персонал				
Все сотрудники вовлечены в процесс стандартизации рабочего места				
Все сотрудники обучены и имеют достаточную квалификацию				
Все сотрудники понимают и могут объяснить цель системы 5С				

9. Требования к сотрудникам и обучению сотрудников

9.1. Общие требования к сотрудникам

Требования к сотрудникам поликлиники (врачи, средний медицинский персонал, сотрудники регистратуры, руководство МО и структурных подразделений):

- в части квалификации:
 - а) наличие документа о прохождении обучения по программе управления конфликтами (обучение 1 раз в 3 года);
 - б) наличие документа о прохождении обучения по программе профессиональной этики и деонтологии (обучение 1 раз в 3 года);
 - в) наличие документа о прохождении обучения по управлению проектами (разовое обучение только для руководства МО и структурных подразделений);
 - г) наличие документа о прохождении обучения по программе владения методиками бережливого производства (разовое обучение);
 - д) прохождение аттестации по владению речевыми модулями, разработанными в МО (обучение 1 раз в год);
 - е) прохождение аттестации по владению навыками работы в МИС ТО (обучение 2 раза в год);
 - ж) прохождение аттестации на соответствие Декларации о пациент-ориентированном здравоохранении Томской области, базовым ценностям, кодексу профессиональной этики врача/медицинской сестры (обучение 1 раз в 3 года);
- в части внешнего вида и процесса коммуникации на рабочем месте:
 - а) должны быть вежливым в обращении с пациентами; улыбаться в разговоре с пациентом; речь должна быть профессиональной; общения и выражения вроде «моя дорогая», «ага», «о`кей», «ты» и т.п. в разговорах неуместны; говорить «да», «конечно», обращение к посетителю только на «вы»;
 - б) должны говорить внятно, четко и энергично; внимательно слушать собеседника; отвечать так быстро, как только возможно; если собеседником допущена грубость, сдерживаться и быть корректным; не обсуждать проблему с эмоционально расстроенным человеком, давать ему успокоиться;
 - в) должны излагать информацию посетителям чётко и доступно;
 - г) не должны во время приема посетителя отвлекаться на посторонние разговоры с персоналом и разговоры по мобильным телефонам/смартфонам;
 - д) должны иметь опрятный внешний вид с целью поддержания корпоративного стиля (длинные волосы сотрудника должны быть аккуратно собраны; отсутствие яркого макияжа, парфюмерии с резким запахом, маникюра с использованием яркого лака; отсутствие ювелирных украшений и бижутерии в больших количествах; отсутствие обуви с высоким каблуком с целью профилактики травматизма на рабочем месте и т.д.; соблюдение дресс-кода, выбранного МО (медицинская одежда определённого корпоративного цвета и фасона); иметь бейдж с указанием наименования организации, должностью и ФИО сотрудника.

9.2. Общие требования к организации обучения в поликлинике

Требования к организации обучения в поликлинике:

- все сотрудники МО, которые обязаны проходить обучение/аттестацию в соответствии со Стандартом, должны быть ознакомлены с графиком и порядком их прохождения в течение 1 месяца с момента внедрения Стандарта или приема на работу;
- план-график обучения сотрудников МО составляется начальником отдела кадров и утверждается руководителем МО. Помимо них, в организации обучения участвуют руководители структурных подразделений, сотрудники финансового отдела;
- прохождение обучения/аттестации должно учитываться при общей оценке деятельности персонала;
- обучение и аттестация проводятся на базе образовательных организаций, сторонней МО или собственными силами МО;
- сотрудники вправе вносить предложения по выбору интересующих их тем;
- за каждым вновь принятым сотрудником без опыта работы необходимо закреплять наставника из числа наиболее опытных работников на один месяц с целью оказания помощи и оценки его знаний.

9.3. Организация обучения топ-менеджмента организации основам корпоративной культуры

В целях эффективной реализации формирования корпоративной культуры в МО Томской области, отвечающей современным требованиям, рекомендуется проведение обучения топ-менеджмента МО принципам соблюдения корпоративной культуры (см. [раздел 18](#) «Корпоративная культура, общие принципы профессиональной этики и основные правила поведения»). В рамках образовательного процесса должны быть достигнуты следующие цели:

- осознание руководством необходимости формирования корпоративной культуры, понимание целей и задач этого процесса;
- составление индивидуального плана работ для каждой МО.

Минимальный перечень тем, рекомендуемый к включению в образовательную программу:

- основы корпоративной культуры: философия, принципы, основные составляющие;
- кадровая политика и взаимоотношения в коллективе;
- корпоративный стиль: предназначение, применение и управление;
- внутренние и внешние коммуникации: принципы организации и управление.

Перечень сотрудников, рекомендованных для прохождения данного обучения:

- руководитель МО и заместители руководителя;
- начальник кадровой службы и/или специалист по работе с персоналом;
- начальник пресс-службы и/или специалист по связям общественностью.

Длительность обучения – не менее 36 академических часов. Форма обучения – очная либо дистанционная (онлайн-формат). По результатам прохождения участниками образовательной программы очно защищается итоговая работа, представляющая собой план по развитию корпоративной культуры или

конкретного проекта в данном направлении для своей МО в перспективе на 1 календарный год.

ВАЖНО!

В МО должна быть сформирована система обучения и повышения квалификации, соответствующая требованиям действующего законодательства и настоящего Стандарта.

9.4. Контрольный лист оценки организации обучения персонала

<i>Контрольный лист оценки организации обучения персонала</i>	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Принято	НЕ принято	
В организации присутствует утвержденный план обучения сотрудников				
Специалисты проходят обучение по соответствующим программам (конфликтология, профессиональная этика и деонтология, применение речевых модулей, базовые ценности, кодекс профессиональной этики врача (медицинской сестры)) согласно утвержденному плану				
Обученные по плану сотрудники имеют соответствующие документальные подтверждения				
За вновь принятыми сотрудниками закреплены наставники				
Сотрудниками соблюдаются правила корректной коммуникации с пациентами				
Сотрудники имеют соответствующий внешний вид, одежда соответствует корпоративному стилю; все сотрудники имеют бейдж				

10. Управление потоками медицинской документации

10.1. Требования к управлению потоками медицинской документации

Общие требования:

- документооборот МО должен быть построен с минимальным участием пациента;
- первичная учетная документация, используемая в МО, должна соответствовать нормативным документам, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации. При наличии потребности МО могут создавать дополнительные учетные документы, в которые вносятся необходимые изменения, но запрещается замена и исправление существующих учетных документов;
- первичная учетная документация оформляется при оказании пациенту медицинской помощи, формируется и распечатывается посредством МИС ТО;
- выдача амбулаторных карт/копий медицинских документов возможна после письменного заявления гражданина (законного представителя). Факт выдачи амбулаторной карты/ копий медицинских документов пациенту регистрируется front-office в специальном журнале по форме, установленной МО, на основании личного заявления пациента (законного представителя). Форма журнала «Приема заявлений и выдачи медицинской документации» представлена в таблице 9 и содержит следующие сведения

в виде граф (в форму могут вноситься изменения по добавлению пунктов, но запрещается удаление существующих):

Таблица 9

Форма журнала «Приема заявлений и выдачи медицинской документации»

№	Дата приема заявления о выдаче медицинского документа	ФИО пациента (законного представителя)	Дата выдачи медицинского документа	Подпись лица, получившего документ	Контактный телефон лица, получившего документ	ФИО ответственного лица, выдавшего документ, и его подпись
1						

Требования к ТАП:

- ТАП формируется и заполняется в МИС ТО во время приема пациента, в конце рабочего дня лечащий врач распечатывает все ТАП и подписывает;
- в конце рабочей смены ТАП передаётся в статистический или организационно-методический отдел МО:
 - а) сотрудники статистического или организационно-методического отдела проверяют правильность заполнения ТАП. В случае некорректного заполнения ТАП его возвращают врачу для устранения несоответствий. После внесения изменений ТАП возвращают в статистический или организационно-методический отдел;
 - б) ТАП хранится в статистическом или организационно-методическом отделе в течение 1 года.

Требования к амбулаторным картам:

- подбор амбулаторных карт осуществляется ежедневно сотрудниками front-office на основании списка пациентов, предварительно записавшихся на прием к врачу, сформированного с использованием МИС ТО;
- транспортировка амбулаторных карт осуществляется сотрудниками front-office или медицинскими сестрами накануне вечером перед приемом врача в соответствующие кабинеты;
- данные в амбулаторную карту по результатам приема вносит врач посредством МИС ТО;
- запись в амбулаторную карту распечатывается из МИС ТО, подписывается врачом и вклеивается в амбулаторную карту;
- в конце рабочей смены медицинская сестра передает карту в регистратуру.

Исключения:

- а) врачи-педиатры оставляют у себя амбулаторную карту до выздоровления ребенка;
- б) врачи-педиатры хранят у себя карты детей первого года жизни;
- в) если врач заболел, взял отпуск или уехал на учёбу, медицинская сестра, в конце последней рабочей смены передает все карты пациентов, которые были в кабинете, в регистратуру;

- сотрудник регистратуры при приеме карт в картохранилище проводит сверку согласно списку пациентов, записанных на прием к врачу;
- после возврата карты специалист регистратуры раскладывает (сортирует) амбулаторные карты на стеллажи согласно принятой системе хранения и маркировки амбулаторных карт;
- при сортировке амбулаторных карт специалист регистратуры обращает внимание на их внешний вид и при необходимости обновляет маркировку, корректирует записи на титульном листе.

Требования к направлению на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию, форма № 057/у-04 (далее – направление):

- направление на консультации и обследование внутри МО заполняет медицинская сестра по назначению лечащего врача в МИС ТО, в случае отсутствия медицинской сестры его заполняет врач;
- направление на консультацию и обследование во внешней МО:
 - а) если не требуется подпись заведующего поликлиникой заполняет медицинская сестра по назначению лечащего врача в МИС ТО, в случае отсутствия медицинской сестры его заполняет врач;
 - б) если требуется подпись заведующего поликлиникой заполняет направление и подписывает у заведующего отделением сотрудник КОПП. По желанию пациента, направление может быть заполнено медицинской сестрой или врачом в МИС ТО на приеме, при этом подпись заведующего отделением пациент получает самостоятельно, а так же самостоятельно записывается на обследование или консультацию во внешнюю МО;
- направление распечатывается, подписывается лечащим врачом (при направлении внутри МО), сотрудник КОПП подписывает у заведующего поликлиникой (при направлении во внешнюю МО) и ставится печать;
- все результаты обследований по мере готовности передаются в регистратуру, где они распределяются по специалистам, назначившим обследование, а затем – в кабинет соответствующего врача. Во время повторного приема пациента врач или медицинская сестра вклеивает результаты обследований в амбулаторную карту пациента и заносит их в МИС ТО;
- в случае если пациенту назначаются обследования во внешних МО, при возможности организуется документооборот между МО, и результаты обследований передаются в регистратуру поликлиники прикрепления пациента с определенной периодичностью. В случае если повторный прием пациенту назначен ранее времени, предусмотренного для передачи результатов обследований регламентом документооборота между МО, результаты могут выдаваться пациенту на руки, о чем пациенту должен сообщить сотрудник КОПП. Тогда при повторном посещении результаты исследований передаются пациентом врачу, и медицинская сестра вклеивает их в амбулаторную карту.

Требования к оформлению листков временной нетрудоспособности:

- листок нетрудоспособности выдается пациенту МО в день открытия листка нетрудоспособности, при этом врач обязан проинформировать пациента о возможности выдачи листка нетрудоспособности в день его закрытия. Пациенту нужно будет дважды посещать КОПП: для открытия и для

закрытия листка нетрудоспособности. Листок нетрудоспособности может быть в 2х вариантах: бумажный и электронный, последний оформляется только при наличии информированного согласия пациента;

- врач выдаёт пациенту талон на оформление листка нетрудоспособности, и пациент направляется в КОПП для оформления листа нетрудоспособности посредством МИС ТО;
- специалист КОПП заполняет и выдает на руки пациенту оформленный листок временной нетрудоспособности;
- все данные по листкам нетрудоспособности переносятся сотрудником КОПП в книгу регистрации листков нетрудоспособности (форма № 036/у).

Требования к оформлению контрольной карты диспансерного наблюдения, форма № 030/у:

- карта заполняется в МИС ТО врачом;
- карта заполняется на каждое заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение;
- карта распечатывается и подписывается лечащим врачом;
- карты хранятся в кабинете у каждого врача, по формам заболеваний либо датам явки на осмотр пациентов.

Требования к оформлению паспорта врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, форма № 030-13/у:

- заполняется УЧ в МИС ТО;
- распечатывается на бумажном носителе, по завершению отчетного периода подписывается врачом.

Требования к оформлению паспорта врачебного участка (терапевтического, ВОП), форма № 030/у:

- паспорт заполняется врачом в МИС ТО за 2 года (предыдущий и текущий) по состоянию на 1 января следующего года;
- паспорт распечатывается в 2х экземплярах на бумажном носителе и подписывается врачом общей (семейной) практики, один экземпляр передается в организационно-методический отдел (кабинет статистики) МО, а второй экземпляр хранится в кабинете в кабинете врача.

Требования к оформлению паспорта врачебного участка (педиатрического), форма № 030/у:

- паспорт составляется и ведется ежемесячно, с учетом примечаний к разделам, в течение отчетного периода (календарного года) врачом-педиатром участковым на основании истории развития ребенка и других утвержденных форм медицинской документации;
- по завершению отчетного периода (календарного года) паспорт подписывается врачом-педиатром участковым и сдается в отдел статистики МО, где хранится в течение 3х лет. К началу нового отчетного периода паспорт заполняется с учетом данных на конец предыдущего отчетного периода.

Требования к оформлению справок о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение, форма № 095/у:

- заполняется врачом в МИС ТО, распечатывается, подписывается врачом, заверяется печатью;

- врач может оформить справку вручную с внесением отметки о выдаче документа в МИС ТО. В этом случае все данные по выданным справкам переносятся медицинской сестрой (при отсутствии медицинской сестры – врачом) в журнал регистрации выданных справок.

Требования к оформлению карт профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, форма № 30-ПО/у-12:

- врач-педиатр участковый на приеме выдает пациенту (законному представителю) карту профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, в которой указан перечень специалистов, прохождение которых осуществляется согласно возрасту пациента;
- врач-специалист, участвующий в профилактическом осмотре, заполняет отведенное поле в карте профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, заверяет заключение своей подписью и печатью и заносит данные о прохождении пациентом профилактического осмотра в МИС ТО;
- врач-педиатр участковый распечатывает заключение о прохождении профилактического осмотра, подписывает его и вклеивает в карту пациента;
- если есть необходимость предъявления карты профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего в детские дошкольные учреждения, она выдается пациенту (законному представителю) на руки.

Требования к оформлению карт учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров), форма № 131/у:

- карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) заводится фельдшером в КМП (ОМП), в случае отсутствия фельдшера – врачом;
- пациенту для заполнения выдается анкета на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- после заполнения анкеты сотрудники КМП (ОМП) записывают пациента на все необходимые услуги внутри МО: исследования, консультации врачей и т.д. Если необходимые обследования проводятся во внешних МО, то информация о них направляется в КОПП;
- пациенту на руки выдают маршрутную карту диспансеризации (форма № 131/у-МК);
- врач-специалист из списка в маршрутной карте принимает пациента, оказывают услугу, ставят отметку о состоянии здоровья в карте, заверяет подписью и печатью;
- все результаты исследований по мере готовности передаются в КМП (ОМП);
- по завершению прохождения диспансеризации пациент возвращается в КМП (ОМП), где врач-терапевт делает заключение;
- карта учета диспансеризации закрывается терапевтом и передается в статистику, которая формирует реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках системы ОМС;
- если в процессе диспансеризации у пациента выявлено хроническое заболевание, то пациента информируют об этом, записывают на прием к врачу-терапевту участковому и ставят на Д-учет.

ВАЖНО!

В каждой МО должен быть внутренний локальный акт, в котором прописан порядок взаимодействия медицинской сестры и врача и другие правила документооборота, основанные на принципе минимизации участия в документообороте как врача, так и пациента.

10.2. Контрольный лист оценки управления потоками медицинской документации

<i>Контрольный лист оценки управления потоками медицинской документации</i>	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Статус		
		Принято	НЕ принято	
Первичная учетная документация, соответствует нормативным документам утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации				
Первичная учетная документация оформляется при оказании пациенту медицинской помощи, формируется и распечатывается посредством МИС ТО				
Выдача амбулаторных карт/копий медицинских документов осуществляется после письменного заявления гражданина (законного представителя). Факт выдачи амбулаторной карты/ копий медицинских документов пациенту регистрируется front-office в специальном журнале согласно форме, установленной МО на основании личного заявления пациента (законного представителя)				
Журнала «Приема заявлений и выдачи медицинской документации» присутствует в front-office и соответствует образцу, предусмотренному настоящим стандартом				
Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях форма № 025-1/у соответствует требованиям				
Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, форма № 025/у соответствует требованиям				
Подбор, транспортировка, возврат и хранение медицинских карт соответствует требованиям настоящего стандарта				
Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию, форма № 057/у-04 соответствует требованиям				
Оформление листков временной нетрудоспособности соответствует требованиям				
Оформление контрольной карты диспансерного наблюдения, форма № 030/у соответствует требованиям				
Оформление паспорта врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг (форма № 030-13/у) соответствует требованиям				
Оформление паспорта врачебного участка (терапевтического, ВОП) (форма № 030/у) соответствует требованиям				
Оформление паспорта врачебного участка (педиатрического)* (форма № 030/у) соответствует требованиям				
Оформление справок о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение (форма № 095/у) соответствует требованиям				
Оформление карт профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (форма № 30-ПО/у-12) соответствует требованиям				
Оформление карт учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров), форма № 131/у соответствует требованиям				

* (применимо для детских поликлиник)

11. Регистратура

Регистратура является подразделением поликлиники, которое обеспечивает формирование и распределение потоков пациентов, их своевременную запись и регистрацию пациентов на прием, в том числе с применением информационных технологий.

Основными задачами регистратуры являются обеспечение регулирования интенсивности потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки по подразделениям и распределение его по видам оказываемой помощи, систематизированное хранение медицинской документации пациентов, обеспечение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей.

Время работы регистратуры соответствует времени работы поликлиники.

В структуре регистратуры выделяется четыре рабочие зоны: front-office, back-office, картохранилище, рабочее место администратора холла.

11.1. Front-office

Front-office осуществляет взаимодействие с пациентами, обратившимися лично. В функционал сотрудников front-office также входит ведение картотеки и подбор амбулаторных карт.

11.1.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны front-office

Требования к организации рабочей зоны front-office:

- рабочее место сотрудника регистратуры должно быть отделено от зоны ожидания около регистратуры красной линией для предотвращения скопления очереди. Только 1 человек может находиться у окна сотрудника регистратуры;
- рабочее место сотрудника front-office должно обеспечивать отсутствие физического барьера, который препятствует непосредственному контакту сотрудника регистратуры с пациентами;
- рабочее место front-office должно соответствовать одному из следующих параметров: открытая зона (отсутствие перегородок и окон) с местом для сидения, открытая зона – стойка, окна с местом для сидения;
- требования к оснащению рабочего места сотрудника front-office:
 - а) рабочий стол;
 - б) стул;
 - в) АРМ с подключением к МИС ТО;
 - г) телефон для внутренней связи в МО;
- в регистратуре, в отдельной папке, в иерархической последовательности (начиная с федеральных законов и заканчивая ведомственными приказами) должны размещаться копии нормативных документов, представленных в [пункте 5](#) Стандарта.

11.1.2. Дополнительные требования к сотрудникам front-office

Требования к сотрудникам front-office:

- количество сотрудников front-office определяется с учетом численности прикрепленного населения и его потребности в медицинской помощи,

минимальное количество сотрудников в поликлинике – не менее 2 человек, а во врачебной амбулатории – не менее 1 человека;

- для выполнения своих функциональных обязанностей сотрудник должен:
 - а) следить за состоянием внешнего вида амбулаторных карт, правильностью заполнения лицевой стороны амбулаторной карты в соответствии с данными документа, удостоверяющего личность пациента;
 - б) обеспечивать сохранность амбулаторных карт в картотеке и осуществлять контроль расстановки амбулаторных карт в картотеке в соответствии с принятой маркировкой.

11.1.3. Требования к организации процессов

Запись на прием к врачу

Предоставление услуги «Запись на прием к врачу» во front-office регистратуры осуществляется при личном обращении пациента к сотруднику регистратуры. Предоставление услуги «Запись на прием к врачу» определяется целью визита пациента в поликлинику, в зависимости от которой сотрудник регистратуры выстраивает его маршрут в соответствии с логистикой. Основные требования к организации процесса записи на прием к врачу:

- запись на прием к врачу производится с использованием функционала МИС ТО в соответствии с руководством пользователя системы;
- для записи пациента на прием к врачу сотрудник регистратуры должен:
 - а) идентифицировать пациента в МИС ТО – сверить ФИО, данные полиса, паспорта и контактную информацию пациента с данными в МИС ТО;
 - б) определить речевой модуль в соответствии с причиной обращения ([пункт 18.3](#)) и направить пациента в необходимый кабинет согласно маршрутизации ([пункт 11.5.1](#)) и функциям структурных подразделений ([Приложение 3](#));
 - в) подобрать удобное для пациента время в графике приема врача (на повторный приём – преимущественно запись на вторую половину дня). В случае отсутствия такого времени и невозможности оказания медицинской помощи в установленные ТПГГ сроки, пациенту предлагается возможность получения медицинской помощи в другой МО или запись на дату, превышающую сроки, установленные ТПГГ. В последнем случае необходимо предусмотреть оформление пациентом добровольного информированного согласия на получение медицинской помощи в сроки, превышающие установленные ТПГГ. Согласие оформляется на бумажном носителе и клеивается в амбулаторную карту;
 - г) осуществить процедуру записи на прием к врачу в МИС ТО;
 - д) проинформировать пациента о записи к врачу с указанием времени, даты приёма, ФИО специалиста, номера кабинета;
 - е) попросить пациента в случае отмены запланированного визита в поликлинику предупредить об этом заблаговременно, позвонив в call-центр регистратуры;
 - ж) убедиться в том, что пациент понял полученную информацию, руководствуясь речевым модулем сотрудника регистратуры «Уточнение понимания»;

- з) устно проинформировать пациента о дополнительных возможностях записи на прием к врачу при помощи сети Интернет или по телефону;
- и) завершить контакт и пригласить следующего пациента;
- в случае если сотрудник регистратуры не может самостоятельно решить вопрос, он приглашает вышестоящее должностное лицо для разрешения проблемы пациента в соответствии с утвержденной «цепочкой помощи» сотрудника регистратуры и алгоритмом ее использования ([Приложение 5](#));
- если причина обращения пациента в поликлинику соответствует категориям, указанным в [пункте 16.2](#) (*Функции кабинета неотложной помощи при оказании неотложной помощи в поликлинике*), то пациенту предлагают обратиться в КНП (при наличии свободного времени), если пациент не согласен или нет свободного времени записи в КНП, сотрудники front-office записывают пациента к УЧ в установленном порядке, с отсроченным временем ожидания.

Оформление вызова врача на дом

Предоставление услуги «Оформление вызова на дом» во front-office регистратуры осуществляется при личном обращении гражданина к сотруднику регистратуры. Основные требования к организации процесса оформления вызова врача на дом:

- оформление вызова на дом производится с использованием функционала МИС ТО в соответствии с руководством пользователя системы. Для оформления вызова на дом оператор должен:
 - а) идентифицировать пациента в МИС ТО;
 - б) выявить причину вызова в соответствии с речевым модулем ([пункт 18.3](#));
 - в) зарегистрировать вызов в электронном журнале модуля МИС ТО с заполнением всех полей установленной формы;
 - г) проинформировать пациента о времени визита врача/фельдшера;
 - д) убедиться в том, что пациент понял полученную информацию, руководствуясь речевым модулем сотрудника регистратуры «Уточнение понимания»;
 - е) завершить контакт с пациентом;
- передача вызова на дом. В зависимости от повода для вызова на дом оператор должен:
 - а) в случае неотложного вызова – передать вызов врачу/фельдшеру КНП с использованием модулей МИС ТО;
 - б) при поступлении обращения от граждан по поводу, не имеющему оснований для оказания НП, передать вызов УЧ (при его отсутствии на участке – дежурному врачу-терапевту (педиатру));
 - в) распечатать листок вызовов и подготовить амбулаторную карту для врача/фельдшера;
- категорически запрещается отказ в приеме вызовов от граждан и профильных вызовов из диспетчерской службы СМП;
- при поступлении экстренного вызова от граждан обращение регистрируется по установленной форме и незамедлительно передается в диспетчерскую службу СМП;

- мониторинг приема вызовов на дом по НП осуществляется старшим должностным лицом регистратуры в МИС ТО (не реже, чем 1 раз в 60 минут);
- мониторинг обслуживания вызовов проводится ежедневно по состоянию на 18:00 текущего дня, осуществляется сотрудником регистратуры, который дежурит в данную смену, согласно приказу главного врача МО;
- при выявлении нарушений по результатам мониторинга ответственное лицо, проводившее сверку вызовов, выясняет причину несоответствий и, в случае необходимости, перенаправляет обращение на другого исполнителя или передает информацию на следующий уровень в соответствии с утвержденной «цепочкой помощи» сотрудника регистратуры и алгоритмом ее использования ([Приложение 5](#)).

Предоставление справочной информации

Предполагает информирование гражданина, обратившегося лично к сотруднику регистратуры, по всем вопросам, связанным с правилами взаимодействия с МО, в том числе:

- графики работы, номера кабинетов, ФИО и компетенции медицинских специалистов и руководителей;
- порядок получения медицинских услуг в поликлинике;
- местонахождение МО и схема проезда.

Предоставление справочной информации во front-office регистратуры проводится в оперативном режиме:

- сотрудник регистратуры принимает запрос пациента и полно, в пределах своей компетенции, с использованием доступной базы знаний, справочной информации дает ответ на поступивший вопрос;
- в случае, когда ответ на поступивший вопрос не может быть найден исключительно собственными силами сотрудника регистратуры или ответ невозможно сформировать в течение установленного максимального срока обработки устного обращения, сотрудник регистратуры перенаправляет обращение на следующий уровень в соответствии с утвержденной «цепочкой помощи» сотрудника регистратуры и алгоритмом ее использования ([Приложение 5](#)).

11.2. Back-office

Back-office осуществляет работу в режиме call-центра (взаимодействие с пациентами по телефону).

11.2.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны back-office

Требования к организации рабочей зоны back-office:

- для организации работы back-office требуется наличие АТС;
- программное обеспечение АТС back-office в обязательном порядке должно обеспечивать следующие возможности: многоканальная телефонная линия, формирование очереди из пропущенных вызовов, с функцией автоматического перезвона, запись телефонных звонков, аналитические функции (сбор информации по каждому оператору с учетом различных параметров, в том числе по всем регистратурам города в едином окне);
- требования к оснащению рабочего места оператора back-office:
 - а) рабочий стол;

- б) стул;
- в) АРМ с подключением к МИС ТО;
- г) гарнитура;
- д) IP-телефон.

11.2.2. Дополнительные требования к сотрудникам back-office

Требования к сотрудникам back-office:

- количество операторов call-центра определяется с учетом численности прикрепленного населения и его потребности в медицинской помощи, минимальное количество операторов в поликлинике – 2 человека, во врачебной амбулатории – не менее 1 человека, также возможно совмещение должности оператора и сотрудника регистратуры;
- квалификационные требования к сотрудникам back-office:
 - а) должен быть обучен работе в системе МИС ТО и IP-телефонии;
 - б) должен раз в квартал проходить повышение квалификации по усовершенствованию знаний и навыков работы в МИС ТО и работы с IP-телефонией на базе МО по месту работы;
- для выполнения своих функциональных обязанностей сотрудник обязан: соблюдать этикет телефонных переговоров; отвечать на телефонный звонок привычной, стандартной фразой «Алло!» (ответ «Да» считается грубым, даже агрессивным), «Здравствуйте! Поликлиника № ..., сотрудник регистратуры ... (представиться по имени и фамилии) слушает».

11.2.3. Требования к организации процессов

В call-центре регистратуры взаимодействие оператора с пациентами осуществляется при дистанционном обращении гражданина посредством телефонной связи.

В процессе коммуникаций с пациентами оператор использует речевые модули и алгоритмы обработки телефонных обращений.

До начала работы оператор должен проверить работоспособность IP-телефонии, компьютерной и оргтехники на своем рабочем месте, получить у руководителя подразделения актуальную информацию, необходимую для работы.

Основные требования к организации процессов «*Запись на прием к врачу*» и «*Оформление вызова врача на дом*» идентичны аналогичным процессам во front-office (11.1.3. «Требования к организации процессов»).

Дополнительные требования при «Записи на прием к врачу» и «Оформление вызова врача на дом»:

- в случае отсутствия времени записи на прием и невозможности оказания медицинской помощи в установленные ТППГ сроки, пациенту предлагается возможность получения медицинской помощи в другой МО или запись на дату, превышающую сроки, установленные ТППГ. В последнем случае необходимо предусмотреть оформление пациентом добровольного информированного согласия на получение медицинской помощи в сроки, превышающие установленные ТППГ. Согласие оформляется на бумажном носителе, распечатывается оператором, вклеивается в амбулаторную карту и подписывается на приеме у врача-специалиста;
- в случае, когда ответ на вопрос пользователя не может быть найден исключительно собственными силами оператора или ответ невозможно

сформировать в течение установленного максимального срока обработки устного обращения, оператор сообщает пациенту о том, что он перезвонит ему в установленное время и в течение 20 минут с момента обращения пациента передает информационный запрос вышестоящему должностному лицу, ответственному за этот раздел работы в поликлинике в соответствии с «цепочкой помощи» и алгоритмом ее использования ([Приложение 5](#)), далее оператор перезванивает и сообщает сформированный ответ пользователю с учетом полученной информации по запросу.

Дополнительные требования при вызове врача на дом:

- если причина вызова врача на дом соответствует категориям, указанным в [пункте 16.2](#) (*Функции кабинета неотложной помощи при оказании неотложной помощи на дому*), то пациенту предлагают оформить вызов в КНП (при наличии свободного времени), если пациент не согласен или нет свободного времени записи в КНП, сотрудники call-центра оформляют вызов на дом УЧ в установленном порядке, с отсроченным временем ожидания.

Уведомление о записи на прием

В целях обеспечения явки пациентов по предварительной записи оператор обязан совершить напоминание по телефону о дате и времени приёма врача, зарезервированного за данным больным, за день до запланированного приёма.

Для уведомления пациентов о записи на прием оператор должен:

- за день до запланированного визита сформировать списки пациентов, записанных на прием;
- набрать номер телефона пациента;
- после ответа пациента на телефонный вызов проинформировать его о предстоящем визите к врачу;
- в корректной форме и в соответствии с речевыми модулями подтвердить/отменить явку пациента на прием к врачу;
- в случае отмены визита к врачу, уточнить у пациента причину и предложить записаться на свободное время и предложить это время другому пациенту, записанному на послезавтра (например, если в понедельник вечером обзванивать пациентов, записанных на вторник, то, в случае отказа, предлагать освободившееся время пациентам, записанным на среду, и так далее, до полной занятости расписания).

Предоставление справочной информации

Предполагает информирование гражданина, обратившегося дистанционно через call-центр, по всем вопросам, связанным с правилами взаимодействия с МО, в том числе:

- графики работы, номера кабинетов, ФИО и компетенции медицинских специалистов и руководителей;
- порядок получения медицинских услуг в поликлинике;
- местонахождение МО и схема проезда.

Предоставление справочной информации включает четыре этапа:

- 1 этап – прием обращения:
 - а) оператор принимает вызов пациента и полно, в пределах своей компетенции и возможностей доступной базы знаний, справочной информации и информационных баз данных, дает ответ на поступивший вопрос;

- б) ответ должен быть выдержан в корректной форме, конкретным и не затянутым во времени, соответствовать речевому модулю;
- в) в случае, когда ответ на вопрос пользователя не может быть найден исключительно собственными силами оператора или ответ невозможно сформировать в течение установленного максимального срока обработки устного обращения, оператор формирует информационный запрос и уведомляет пользователя о сроках выполнения работы по подготовке ответа на его обращение;
- 2 этап – регистрация обращения:
 - а) на основании данных, поступивших от пользователя, оператор осуществляет регистрацию и запись основных сведений о запросе и контактные данные пациента в журнале регистрации и контроля за обращениями пользователей в call-центр;
 - б) оператор уточняет у пациента предпочтительный способ и время связи для предоставления ответа;
 - в) анонимные обращения (т.е. обращения без указания ФИО и адреса) и обращения, выраженные в некорректной форме, не регистрируются и не обрабатываются;
- 3 этап – формирование информационного запроса:
 - а) при формировании информационного запроса оператор сообщает пользователю максимальный срок подготовки ответа. Для телефонных обращений граждан, поступивших в call-центр, устанавливается срок подготовки ответа с учетом информации по информационному запросу в течение 1,5 рабочих часов;
 - б) оператор в течение 20 минут с момента обращения пациента передает информационный запрос вышестоящему должностному лицу, ответственному за этот раздел работы в поликлинике в соответствии с «цепочкой помощи» и алгоритмом ее использования ([Приложение 6](#));
 - в) старшее должностное лицо регистратуры контролирует статус информационного запроса и сроки получения ответов по информационным запросам;
 - г) при невозможности получения ответа в установленные сроки пользователю направляется информация с указанием всех причин задержки формирования полного ответа на вопрос и ожидаемого сроков исполнения;
- 4 этап – информирование пользователя:
 - а) оператор перезванивает и сообщает сформированный ответ пользователю с учетом полученной информации по запросу;
 - б) оператор обязан убедиться в том, что пациент понял полученную информацию, руководствуясь речевым модулем сотрудника регистратуры «Уточнение понимания»;
 - в) оператор сообщает пациенту о дополнительных возможностях получения информации на официальном сайте поликлиники и органов управления.

11.2.4. Внутренняя система контроля качества работы сотрудников back-office

Внутренняя система контроля качества работы back-office должна проводиться автоматизированным способом и методом наблюдения и

мониторинга. Система управления call-центром должна обеспечивать возможность автоматизации мониторинга и оценки качества работы back-office. Прозрачность процесса взаимодействия оператора с пациентом позволит повысить эффективность контроля и принимать соответствующие меры при достижении критических показателей (глубина очереди, компетентность оператора).

Внутренняя система контроля качества работы back-office включает:

- автоматизированные методы анализа работы call-центра:
 - а) непрерывный мониторинг телефонных линий фиксирует глубину очереди, недопустимые действия оператора (пропуск вызова, затянутый по времени ответ и пр.);
 - б) непрерывный мониторинг показателей работы call-центра: количество обращений, нагрузка по дням недели, времени дня, статистика по мотивам обращений, своевременность ответов оператора;
 - в) автоматизированная оценка качества работы call-центра:
 - статистика количества повторных обращений пациента для решения одного вопроса;
 - анкетирование пациентов с помощью системы автоматизированного интервью;
- внутренняя система контроля качества работы сотрудников call-центра должна быть утверждена приказом главного врача с назначением ответственных лиц. Оценка качества деятельности оператора call-центра должна быть организована поэтапно и иметь трехуровневую систему:
 - а) первый уровень осуществляет ответственное должностное лицо, назначенное приказом главного врача:
 - выборочный мониторинг телефонных обращений в call-центр регистратуры с ведением листков наблюдений не менее 10% от всех завершенных вызовов по каждому оператору;
 - обработка дефектов в оперативном режиме;
 - регистрация повторяющихся несоответствий;
 - внесение изменений в сценарии взаимодействия операторов с пациентами по результатам мониторинга;
 - обучение операторов по результатам мониторинга;
 - предоставление еженедельного отчета руководителю подразделения;
 - б) второй уровень осуществляет должностное лицо, ответственное за организацию работы поликлиники (заведующий (руководитель) подразделением):
 - еженедельный анализ листков наблюдений и списка несоответствий и дефектов;
 - разработка плана мероприятий по устранению несоответствий и дефектов;
 - индивидуальные и групповые консультации с сотрудниками регистратуры;
 - подготовка ежемесячного отчета о деятельности регистратуры руководству поликлиники, курирующему данный раздел работы;
 - в) третий уровень осуществляет высшее руководство поликлиникой:
 - анализ отчета о деятельности регистратуры;

- согласование и утверждение плана мероприятий по совершенствованию деятельности регистратуры.

11.3. Администратор холла

Администратор холла является первым сотрудником, с которым контактирует пациент при обращении в поликлинику. Основной задачей администратора холла является информирование пациента о порядке получения медицинской помощи в поликлинике. Общение с администратором холла должно создать у пациента первое положительное впечатление. Администратор холла должен находиться в холле в часы пиковых нагрузок с 7.30 (или времени начала работы поликлиники МО) до 11.00, после часа-пик ему необходимо вернуться к исполнению обязанностей в качестве сотрудника регистратуры во front-office. Руководитель МО может продлить время его работы в холле, в случае если пациентопоток остается интенсивным по истечении данного интервала.

11.3.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны

Требования к организации рабочей зоны администратора холла:

- рабочее место администратора располагается в холле регистратуры и оборудуется стойкой;
- рабочее место должно находиться в зоне прямой видимости от входа в поликлинику;
- на рабочем месте должно находиться расписание врачей всех специальностей, «цепочки помощи» всех подразделений, телефоны и адреса основных служб здравоохранения города, телефоны и адреса МО и другая необходимая информация.

11.3.2. Дополнительные требования к сотрудникам

Требования к администратору холла:

- должен обеспечивать консультирование посетителей по работе с инфоматами, находящимися в помещении холла МО;
- должен предотвращать и разрешать внештатные ситуации, в т.ч. конфликтные;
- должен быть обучен приемам оказания первой помощи, сердечно-легочной реанимации;
- должен иметь образование не ниже среднего.

11.3.3. Требования к организации процессов

Распределение потоков пациентов

- администратор помогает пациенту выбрать оптимальный вариант получения услуги;
- администратор рационально распределяет потоки пациентов в зависимости от цели обращения, количества посетителей и загруженности специалистов;
- администратор информирует сотрудников о скоплении очереди перед кабинетом;
- администратор оказывает помощь пациентам в части использования электронных сервисов (электронная очередь, электронная регистратура);
- сопровождение маломобильных граждан.

Информационное сопровождение пациентов

- администратор должен четко и доступно отвечать на вопросы посетителей о порядке работы МО, времени и месте приема врачей всех специальностей, видах оказываемой медицинской помощи, порядке прикрепления на медицинское обслуживание, выборе лечащего врача, о проводимых специальных акциях, программах и предоставлять иную необходимую информацию в пределах своей компетенции;
- администратор должен осуществлять контроль за состоянием информационных стендов, своевременным обновлением информации о режиме работы МО, медицинского персонала, введении дополнительных услуг;
- администратор должен информировать пациентов о порядке и об инстанциях подачи обращений, контролировать наличие анкет с опросом о качестве предоставленных услуг;
- внутренняя система контроля качества работы администратора организуется в том числе путем выборочного просмотра записей с камер видеонаблюдения в холле поликлиники.

11.4. Картохранилище

Картохранилище предназначено для хранения медицинских карт амбулаторных пациентов.

11.4.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны

Требования к организации картохранилища:

- хранение амбулаторных карт осуществляется на специально оборудованных площадях (допускается размещение в регистратуре);
- амбулаторные карты размещаются на стеллажах, высота полки в детских поликлиниках – 220 мм, во взрослых – 180 мм; размер стеллажа должен соответствовать количеству карт, согласно прикрепленному населению;
- амбулаторные карты размещаются по участкам, внутри участков – по улицам, домам и квартирам. Амбулаторные карты маркируются с использованием цветовой (например, 1 участок – синий, 2 участок – красный) и буквенной (ФИО) и номерной (по номеру карты) маркировки, а также путем их комбинирования. Также необходимо наличие легенды для амбулаторных карт, хранимых на стеллажах;
- отдельно размещается стеллаж-накопитель амбулаторных карт, подобранных с учетом списка пациентов, предварительно записавшихся на прием.

11.4.2. Требования к организации процессов

Поиск амбулаторных карт

- поиск амбулаторных карт осуществляется с учетом системы хранения, маркировки амбулаторных карт и таблицы соответствия маркировки.

Подбор амбулаторных карт

- подбор амбулаторных карт осуществляется ежедневно сотрудниками front-office на основании списка пациентов, предварительно записавшихся на прием к врачам, сформированного с использованием МИС ТО, с разбивкой по специалистам;

- если пациент записан к двум врачам и более, то сотрудник front-office помещает информацию с помощью стикера (самоклеящихся блоков и др.) на титульном листе карте о записи пациента к другому врачу;
- сотрудники front-office аккумулируют поступающие выписки о пролеченных в стационаре пациентах – от стационара внутри МО. Сотрудники front-office вклеивают выписку в амбулаторную карту пациента и передают её УЧ вместе с подготовленными картами для визитов пациентов на завтрашний день. УЧ принимает решение: направить пациента к профильному специалисту или вызвать его к себе на прием, после принятия решения передает информацию в регистратуру, сотрудники front-office обзванивают пациентов и согласовывают с ними дату приема.

Доставка амбулаторных карт

- транспортировка амбулаторных карт осуществляется сотрудниками front-office или медицинскими сестрами накануне вечером перед приемом врача в соответствующие кабинеты, что исключает необходимость пациенту обращаться в регистратуру для получения амбулаторной карты, а также позволяет сократить время пребывания пациента в МО;
- если пациент записан к двум врачам и более, амбулаторная карта из регистратуры доставляется в кабинет того врача, к которому пациент записан раньше по времени. После приема первого врача, медицинская сестра передает амбулаторную карту пациента в кабинет второго врача.

Выдача амбулаторной карты пациенту

- выдача амбулаторной карты на руки пациенту (законному представителю) возможна при его направлении лечащим врачом поликлиники на консультацию в другую МО или на лечение по решению врачебной комиссии, если пациент идет на прием к врачу в день обращения, а также после письменного заявления гражданина (законного представителя) с полным указанием ФИО, адреса места жительства, паспортных данных, контактных телефонов и с указанием обязательства возврата и срока возврата амбулаторной карты и только с разрешения заведующего поликлиникой МО;
- факт выдачи амбулаторной карты пациенту регистрируется сотрудником регистратуры МО в специальном журнале установленной формы на основании личного заявления пациента (законного представителя) с указанием причины выдачи и сроков возврата амбулаторной карты (письмо Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.04.2005 г., № 734\МЗ-14 «О порядке хранения амбулаторной карты»); срок хранения журнала 1 год;
- выдача копий медицинских документов на руки пациенту (законному представителю) возможна после письменного заявления гражданина (законного представителя). Факт выдачи копий медицинских документов регистрируется медицинским сотрудником регистратуры в специальном журнале по форме, установленной МО.

11.5. Логистика оказания медицинской помощи

11.5.1. Маршрутизация пациента

Для обращения в поликлинику пациент может воспользоваться следующими способами:

- по телефону (вызов врача на дом; запись на прием к УЧ, к УЗ при условии диспансерного наблюдения с целью коррекции лечения или при ухудшении состояния; запись в КМП (ОМП));
- с помощью сети Интернет через ЕПГУ (запись к УЧ и в КМП (ОМП));
- при личном обращении в поликлинику через инфомат пациент может получить талон в КОПП (прикрепление, направление от врачей), в регистратуру.

Регистратуру пациент может посетить, взяв талон в инфомате:

- для записи на прием к УЧ, вызова на дом, для записи к УЗ при условии диспансерного наблюдения с целью коррекции лечения или при ухудшении состояния, записи в КМП (ОМП);
- для получения направлений, в случае если пациенту назначается исследование и/или консультация во внешних МО.

КОПП пациент может посетить, взяв талон в инфомате:

- если необходимо прикрепление;
- если необходимо получить листок нетрудоспособности;

КНП пациент может посетить:

- обратившись в регистратуру лично;
- обратившись в регистратуру по телефону для неотложного вызова на дом.

УЧ пациент может посетить:

- обратившись по телефону в регистратуру;
- записавшись через ЕПГУ;
- обратившись в регистратуру лично;
- по направлению УЗ;
- по направлению КНП;
- по записи КОПП, после получения консультации и/или исследований во внешних МО или после госпитализации;
- по направлению КМП (ОМП) для проведения 2 этапа ДОГВН;
- по направлению УЧ (на повторный прием).

УЗ пациент может посетить:

- обратившись по телефону (при условии диспансерного наблюдения с целью корректировки лечения или при ухудшении состояния);
- обратившись в регистратуру лично (при условии диспансерного наблюдения с целью корректировки лечения или при ухудшении состояния);
- по направлению УЧ;
- по направлению КНП;
- по записи КОПП, после получения консультации и/или исследований во внешних МО или после госпитализации;
- по направлению КМП (ОМП) для проведения 2 этапа ДОГВН;
- по направлению УЗ (на повторный прием).

КМП (ОМП) пациент может посетить:

- по направлению УЧ;

- обратившись по телефону в регистратуру;
- записавшись через ЕПГУ;
- обратившись в регистратуру лично.

Диагностические службы и процедурный кабинет в МО пациент может посетить:

- по направлению УЧ;
- по направлению УЗ;
- по направлению КМП (ОМП);
- по направлению КНП (процедурный кабинет, только при наличии лаборатории внутри МО).

Во внешние МО (включая диспансеры и первичную специализированную помощь) пациент может быть направлен:

- по направлению лечащего врача с помощью КОПП;
- по направлению лечащего врача самостоятельно.

Схема маршрутизации пациента, предназначенная для рациональной организации движения пациентов в МО, в наглядной форме представлена на рисунке 22. Указанная схема должна располагаться в регистратуре МО и использоваться сотрудниками регистратуры в работе.

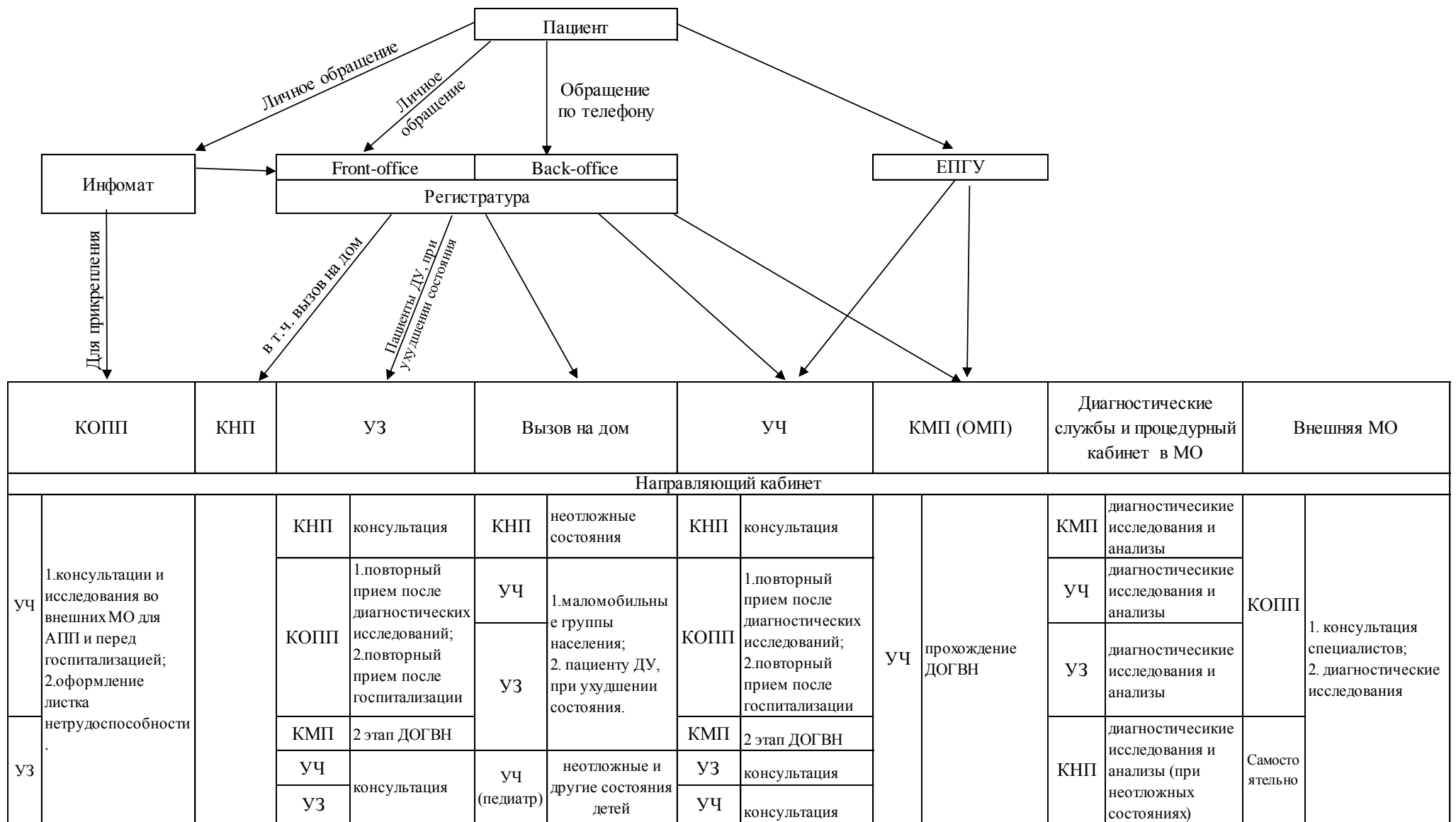


Рисунок 1. Маршрутизация пациента

11.5.2. Электронная очередь и инфомат

Система электронной очереди предназначена для посетителей поликлиники и организуется посредством внедрения в МО определенных средств: программных и технических (не менее одного инфомата; плазменная панель для отображения очереди во все рабочие окна; система голосового сопровождения – приглашение пройти в рабочее окно; индивидуальное электронное табло для каждого рабочего окна регистратуры с функцией трансляции номера приглашенного талона). К ним предъявляются следующие требования:

- терминал самообслуживания (инфомат) должен обеспечивать возможность распечатки талона с номером очереди;
- рабочий экран инфомата должен содержать только следующие функциональные кнопки: «Регистратура», «Кабинет организации плановой помощи (прикрепление, направление от врачей, больничный лист)», «Пациенты, обслуживаемые вне очереди («льготные» пациенты)», внесение иных кнопок запрещается;
- диагональ электронного табло – не менее 1000 мм;
- программное обеспечение электронной очереди должно обеспечивать гибкий механизм работы с электронной очередью: возможность пригласить пропустившего очередь или удалить талон из очереди в случае неявки пациента и т.д.;
- программное обеспечение электронной очереди должно предусматривать сбор аналитической информации (количество пациентов, приглашенных к окну регистратуры в течение не менее 3 минут с момента получения талона в инфомате, время ожидания приглашения к окну регистратуры) и систему электронного мониторинга данных показателей.

11.5.3. Электронное расписание

Запись на прием к врачу

- запись к УЧ поликлиники должна быть открыта на 12 месяцев вперед для регистратуры (лично или по телефону), для ЕПГУ – на 14 календарных дней;
- запись к врачам-специалистам должна быть открыта в системе электронного расписания на 12 месяцев для врачей внешних МО;
- запись на прием в КНП осуществляется через регистратуру;
- запись на прием в КОПП осуществляется через талоны в инфомате в порядке живой очереди;
- запись на прием в КМП (ОМП) должна быть открыта на 12 месяцев для регистратуры и УЧ, для ЕПГУ – на 14 календарных дней;
- запись в диагностические службы и процедурный кабинет МО должна быть открыта в системе электронного расписания на 12 месяцев для врачей внешних МО.

Требования к электронному расписанию:

- графики приема врачей в зоне ожидания регистратуры могут быть размещены на электронном табло (ЖК-панель) размером не менее 2100 мм и должны отражать актуальные сведения: ФИО врача, специальность, время работы, номер кабинета;

- помимо электронного табло, актуальные графики приема врачей должны быть размещены на порталах ЕЭРР и ЕПГУ;
- в случае отсутствия (в том числе временного) УЧ (терапевт, врач общей практики, педиатр, акушер-гинеколог) для пациентов соответствующего участка должно быть обеспечено наличие талонов на порталах ЕЭРР и ЕПГУ к врачам, замещающим вышеуказанных отсутствующих специалистов.

ВАЖНО!

Основными задачами регистратуры являются: информирование посетителей, обеспечение регулирования интенсивности потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки врачей и распределение его по видам оказываемой помощи, систематизированное хранение медицинской документации пациентов, обеспечение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей.

Глубина расписания для записи к врачам должна соответствовать требованиям [пункта 11.5.3.](#)

11.6. Контрольный лист оценки работы регистратуры

Контрольный лист оценки работы регистратуры	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Принято	НЕ принято	
Рабочая зона организована по системе 5с				
Работа с пациентами осуществляется в соответствии с разработанными речевыми модулями				
Время работы регистратуры соответствует времени работы поликлиники				
В структуре регистратуры выделены четыре рабочие зоны: front-office, back-office, картохранилище, рабочее место администратора холла				
Организация работы front-office				
Рабочая зона front-office организована в соответствии с настоящим стандартом				
Требования к сотрудникам front-office, предусмотренные настоящим стандартом, соблюдаются				
Запись на прием к врачу осуществляется с использованием функционала МИС ТО				
Оформление вызова врача на дом осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта				
Предоставление справочной информации осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта				
В процессе коммуникаций с пациентами сотрудники регистратуры используют речевые модули и алгоритмы обработки телефонных обращений				
Внутренняя система контроля качества работы front-office проводится методом наблюдения и мониторинга				
Организация работы back-office				
Рабочая зона back-office организована в соответствии с настоящим стандартом				
Требования к сотрудникам back-office, предусмотренные настоящим стандартом, соблюдаются				
Запись на прием к врачу осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта				
Оформление вызова врача на дом осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта				
В процессе коммуникаций с пациентами оператор используют речевые модули и алгоритмы обработки обращений				
Внутренняя система контроля качества работы back-office проводится автоматизированным способом и методом наблюдения и мониторинга				
Организация работы администратора холла				

Рабочая зона администратора холла организована в соответствии с настоящим стандартом			
Администратор холла обеспечивает консультирование посетителей по работе с инфоматами, находящимися в помещении холла МО;			
Администратор холла предотвращает и разрешает внештатные ситуации, в т.ч. конфликтные			
Администратор холла обучен приемам оказания первой помощи, сердечно-легочной реанимации			
Распределение потоков пациентов осуществляется в соответствии с требованиями			
Информационное сопровождение пациентов осуществляется в соответствии с требованиями			
В процессе коммуникаций с пациентами оператор используют речевые модули и алгоритмы обработки обращений			
Внутренняя система контроля качества работы администратора холла проводится методом наблюдения и мониторинга			
Картоохранилище			
Картоохранилище организовано в соответствии с требованиями настоящего стандарта			
Подбор, хранение, доставка и выдача амбулаторных карт соответствует требованиям настоящего стандарта			
Внутренняя система контроля организации картоохранилища проводится методом наблюдения и мониторинга			
Маршрутизация посетителей			
Маршрутизация организована и осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта			
Электронная очередь, электронное расписание и инфомат			
Система электронной очереди присутствует и соответствует требованиям настоящего стандарта			
Наличие не менее одного инфомата и плазменной панели для отображения очереди; системы голосового сопровождения индивидуального электронного табло для каждого рабочего окна регистратуры			
Электронное расписание присутствует и соответствует требованиям настоящего стандарта			
Наличие возможности электронной записи на прием к врачу			

12. Участковая служба

12.1. Требования к организации процессов

Запись пациента

- очередь перед кабинетом врача регулирует медицинская сестра. Каждого пациента медицинская сестра приглашает по времени приема согласно электронному расписанию МИС ТО. Медицинская сестра организует первоочередной прием отдельных категорий граждан, имеющих на это право. В случае возникновения задержки приема пациентов медицинская сестра информирует пациентов об этом;
- запись на повторный прием осуществляет врач на приеме (на повторный приём – преимущественно запись на вторую половину дня). Недопустимо направлять пациента в регистратуру для записи на повторный прием;
- запись на исследования и прием к УЗ внутри МО осуществляет врач на приеме. Недопустимо направлять пациента в регистратуру для записи на исследования и прием к УЗ;
- в случае отсутствия времени записи на прием и невозможности оказания медицинской помощи в установленные ТППГ сроки, пациенту предлагается возможность получения медицинской помощи в другой МО или запись на дату, превышающую сроки, установленные ТППГ. В последнем случае необходимо предусмотреть оформление пациентом добровольного информированного согласия на получение медицинской помощи в сроки, превышающие установленные ТППГ. Согласие оформляется на бумажном носителе, распечатывается медицинской сестрой, вклеивается в амбулаторную карту и подписывается на приеме у врача;
- запись пациента на госпитализацию осуществляется по маршрутизации согласно таблице 10:

Таблица 10

Маршрутизация пациента при госпитализации

Обследование и госпитализация внутри МО	Обследование внутри МО госпитализация во внешнюю МО	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ запись на обследование лечащим врачом на приеме; ▪ выдача направлений на обследование пациенту на приеме; ▪ запись на повторный прием лечащим врачом; ▪ выдача направления на госпитализацию лечащим врачом на повторном приеме с результатами 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ запись на обследование лечащим врачом на приеме; ▪ выдача направлений на обследование пациенту на приеме; ▪ запись на повторный прием лечащим врачом; ▪ повторный прием с результатами обследований; 	
	<i>с помощью КОПП</i>	<i>самостоятельно</i>

обследования.		<ul style="list-style-type: none"> сотрудник КОПП организует взаимодействие с МО, в которую планируется госпитализация, согласно распоряжению Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 года №814 «О порядке направления пациентов на плановую госпитализацию». 	<ul style="list-style-type: none"> получение пациентом направления на госпитализацию на приеме у лечащего врача; <ul style="list-style-type: none"> пациент самостоятельно подписывает направление у заведующего поликлиникой; <ul style="list-style-type: none"> запись на госпитализацию во внешнюю МО пациентом самостоятельно.
Обследование во внешней МО, госпитализация внутри МО		Обследование и госпитализация во внешней МО	
<ul style="list-style-type: none"> направление пациента на обследование во внешней МО; 		<ul style="list-style-type: none"> направление пациента на обследование во внешней МО; 	
<i>с помощью КОПП</i>	<i>самостоятельно</i>	<i>с помощью КОПП</i>	<i>самостоятельно</i>
<ul style="list-style-type: none"> сотрудник КОПП в течение 2х рабочих дней согласовывает с пациентом по телефону дату и время проведения консультаций и/или обследований, а также запишет пациента на повторный прием к лечащему врачу; сотрудник КОПП сообщит пациенту дату, когда ему необходимо будет получить направления на исследования и маршрутную карту в регистратуре или в КОПП; выдача направления на госпитализацию лечащим врачом на повторном приеме с результатами исследований. 	<ul style="list-style-type: none"> направления на необходимые обследования и консультации распечатываются врачом или медицинской сестрой на приеме; <ul style="list-style-type: none"> пациент самостоятельно подписывает направления у заведующего поликлиникой; пациент самостоятельно записывается на необходимые исследования; пациент самостоятельно записывается на повторный прием к лечащему врачу; выдача направления на госпитализацию лечащим врачом 	<ul style="list-style-type: none"> сотрудник КОПП организует взаимодействие с МО, в которую планируется госпитализация, согласно распоряжению Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 года №814 «О порядке направления пациентов на плановую госпитализацию»; 	<ul style="list-style-type: none"> направления на необходимые обследования и консультации распечатываются врачом или медицинской сестрой на приеме; <ul style="list-style-type: none"> пациент самостоятельно подписывает направления у заведующего поликлиникой; пациент самостоятельно записывается на необходимые исследования; пациент самостоятельно записывается на повторный прием к лечащему врачу; повторный прием с результатами обследований;

	на повторном приеме с результатами исследований.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ получение пациентом направления на госпитализацию на приеме у лечащего врача; ▪ пациент самостоятельно подписывает направление у заведующего поликлиникой; ▪ запись на госпитализацию во внешнюю МО пациентом самостоятельно.
--	--	--	---

Направление на внешние услуги

- решение о направлении пациента во внешнюю МО принимает лечащий врач;
- перечень внешних услуг и МО, оказывающих данные услуги, определен в Приложении к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Томской области «Прейскурант тарифов на оплату внешних медицинских услуг для проведения взаиморасчетов в рамках фондодержания (в том числе для использования при оплате внешних медицинских услуг при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара), в том числе при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованными за пределами Томской области»;
- в случае если необходимую медицинскую услугу оказывают несколько МО, в обязательном порядке пациенту озвучивается перечень данных организаций и предоставляется право выбора МО;
- при направлении на исследования во внешние МО:
 - а) при самостоятельной записи на исследования направления на консультации или исследования, врач передает пациенту на приеме, объясняет пациенту, что:
 - необходимо обратиться к заведующему поликлиникой за подписью самостоятельно;
 - необходимо самостоятельно записаться на консультацию и исследование во внешнюю МО;
 - необходимо самостоятельно записаться на повторный прием;
 - б) при записи с помощью КОПП, врач, согласно речевому модулю ([пункт 18.3](#)), объясняет пациенту, что:
 - вся информация будет передана в КОПП;
 - в течение 2х рабочих дней сотрудник КОПП согласует с пациентом по телефону дату и время проведения консультаций и/или обследований, а также запишет пациента на повторный прием к лечащему врачу;


- сотрудник КОПП сообщит пациенту дату, когда ему необходимо будет получить направления на исследования и маршрутную карту в регистратуре или в КОПП.

Формирование маршрутной карты

- направление на исследования внутри МО оформляется медицинской сестрой или врачом во время приема;
- лечащий врач в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи определяет тактику обследования и лечения пациента;
- пациенту в доступной для него форме предоставляется информация о его состоянии здоровья, плане обследования и лечения. Пациент имеет право отказаться от любого вида медицинского вмешательства. Письменный отказ оформляется в установленном порядке;
- информация о проведении необходимых обследований и лечения вносится в электронную медицинскую карту пациента в МИС ТО;
- в результате посещения, при необходимости дообследования формируется маршрутная карта пациента, которая должна содержать информацию о наименовании обследования/приема врача-специалиста, адресе МО, ФИО врача, проводящего исследование (при его проведении внутри МО) и дате и времени проведения обследования. Дата и время обследования/приема назначаются исходя из оптимального маршрута пациента и необходимого срока проведения обследования/приема с учетом рекомендаций по подготовке к обследованию/приему. Если обследования проводятся во внешних МО, то маршрутная карта формируется в КОПП. Формат маршрутной карты приведен в таблице 11:

Таблица 11

Формат маршрутной карты

<p>Уважаемый пациент, в случае возникновения вопросов о подготовке к обследованиям Вы можете обратиться по тел. 8 (3822) 516-616, 8-800-350-88-50 или на сайт tabletka.tomsk.ru по QR-коду. Если вы не сможете прийти на обследование/прием в назначенное время, просьба сообщить об этом в регистратуру по тел. _____.</p>			
<p>Обследование/прием врача</p>	<p>Адрес медицинской организации, номер кабинета</p>	<p>Дата, время обследования/ приема</p>	<p>Рекомендации по подготовке к обследованию/приему</p>

--	--	--	--

- медицинская сестра создает направления на обследования и консультации специалистов внутри МО. Запись на все назначенные консультации и обследования осуществляет медицинская сестра во время приема пациента. По возможности все обследования должны быть проведены в один день. При планировании процедур и их последовательности необходимо учитывать требования для подготовки к исследованиям (например, определенный режим питания при подготовке к исследованию, согласно [приложению 4](#) «Рекомендации по подготовке к исследованиям» и в соответствии с распоряжением Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 года №814 «О порядке направления пациентов на плановую госпитализацию», распоряжением Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 года №813 «Об утверждении порядка госпитализации и оптимального объема обследования пациентов для консультации и плановой госпитализации»;
- помимо маршрутной карты, пациенту выдается перечень рекомендаций по подготовке к исследованиям согласно тексту [приложения 4](#) «Рекомендации по подготовке к исследованиям», сформированный в МИС ТО либо на заранее подготовленных бланках. В рекомендациях также должен быть текст следующего содержания: «Уважаемый пациент, в случае возникновения вопросов о подготовке к обследованиям Вы можете обратиться по тел. 8 (3822) 516-616, 8-800-350-88-50. Если вы не сможете прийти на обследование/прием в назначенное время, просьба сообщить об этом в регистратуру по тел. _____». Медицинская сестра (в ее отсутствие – врач) объясняет пациенту порядок подготовки к исследованиям;
- врач в обязательном порядке назначает пациенту дату повторной явки на прием с результатами обследования (если все назначенные исследования проводились внутри МО, а если исследования проводятся во внешних МО, то пациента записывает на повторный прием сотрудник КОПП).

Основные функции УЧ:

- запись на исследования, в т.ч. перед плановой госпитализацией;
- направление на госпитализацию внутри МО;
- заполнение справок, выписок из медицинской документации;
- осуществление выписки рецептов льготным категориям граждан;
- выдача документов, подтверждающих временную нетрудоспособность;
- активное посещение пациентов с ограниченными возможностями, осуществление динамического медицинского наблюдения, осуществление обследования на дому, оформление рецептов для ЛЛО;
- активное посещение пациентов после выписки из стационара (после острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения);
- активное посещение пациентов с ЗНО IV клинической группы, получающих противоболевую терапию (оценка болевого синдрома) 1 раз в 10 дней;
- осуществление вызова бригады СМП для медицинской эвакуации пациента в МО;

- осуществление первичной профилактики в группах высокого риска;
- активное осуществление диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями;
- экспертиза временной нетрудоспособности больных, представление на врачебную комиссию, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу;
- выдача заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение, оформление санаторно-курортной карты;
- организационно-методическая и практическая работа по диспансеризации населения;
- организация проведения вакцинации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям.

ВАЖНО!

Запись пациента на повторный прием, на диагностические исследования или консультации специалистов медицинская сестра производит непосредственно на приеме. Не допускается направление пациента в регистратуру для записи на повторный прием.

После приема пациент должен иметь четкое представление о своих последующих действиях, понимать свой маршрут и схему дальнейшего обследования или лечения (в том числе дату и время повторного приема, если это необходимо).

12.2. Контрольный лист оценки организации работы участковой службы

Контрольный лист оценки организации работы участковой службы	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Принято	НЕ принято	
Дополнительное медицинское оснащение располагается и находится с учётом процедур, выполняемых врачом или медицинской сестрой				
Рабочая зона организована по системе 5с				
Работа с пациентами осуществляется в соответствии с разработанными речевыми модулями				
Организация работы участковой службы				
Очередь перед кабинетом врача регулирует медсестра				
Каждого пациента медсестра приглашает по времени приема согласно электронному расписанию МИС ТО				
Запись на повторный прием осуществляет врач на приеме				
Запись на прием на обследования и прием к врачу-специалисту внутри МО осуществляет врач на приеме				
Запись пациента на госпитализацию осуществляется по маршрутизации согласно настоящему стандарту				
Формирование маршрутной карты				
Направление на исследования внутри МО оформляется медицинской сестрой или врачом во время приема				
Пациенту в доступной для него форме предоставляется информация о его состоянии здоровья, плане обследования и лечения				
Запись на все назначенные консультации и обследования осуществляет медицинская сестра во время приема пациента				
Формирование маршрутной карты осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта				
Врач в обязательном порядке назначает пациенту дату повторной явки на прием с результатами обследования				
Участковый врач-терапевт осуществляет следующие функции				
Запись на исследования, в т.ч. перед плановой госпитализацией и плановую госпитализацию внутри МО				
Принимает решение о необходимости направления пациента во внешнюю МО				
В обязательном порядке пациенту озвучивается перечень данных организаций и предоставляется право выбора МО				
Заполнение справок, выписок из медицинской документации				
Выписку рецептов льготным категориям граждан				
Выдачу документов, подтверждающих временную нетрудоспособность				
Организует активное посещение пациентов, с ограниченными возможностями, осуществление динамического медицинского наблюдения, осуществление обследования на дому, оформление рецептов для ЛЛО				
Организует активное посещение пациентов после выписки из стационара (после острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения)				
Организует активное посещение пациентов с ЗНО IV клинической группой, получающих противоболевую терапию (оценка болевого синдрома) 1 раз в 10 дней				
Вызов бригады СМП для медицинской эвакуации пациента в МО				

Организует первичную профилактику в группах высокого риска			
Организует активное осуществление диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями			
экспертизу временной нетрудоспособности больных, представление на врачебную комиссию, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу			
Выдает заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение, оформляет санаторно-курортную карту			
Осуществляет организационно-методическую и практическую работу по диспансеризации населения			
Организует проведение вакцинации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям			
Выдает заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение, оформляет санаторно-курортную карту			
Осуществляет организационно-методическую и практическую работу по диспансеризации населения			
Организует проведение вакцинации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям			

13. Врачи-специалисты

13.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны врачей-специалистов

- в связи с особенностями проведения осмотра каждым из специалистов дополнительное медицинское оснащение должно располагаться с учётом процедур, выполняемых врачом или медицинской сестрой.

13.2. Требования к организации процессов

Требования к организации процессов: см. [пункт 12.1.](#) «Требования к организации процессов».

Основные функции врачей-специалистов:

- запись на исследования, в т.ч. перед плановой госпитализацией;
- направление на госпитализацию внутри МО;
- заполнение справок, выписок из медицинской документации;
- осуществление выписки рецептов льготным категориям граждан;
- выдача документов, подтверждающих временную нетрудоспособность;
- осуществление вызова бригады СМП для медицинской эвакуации пациента в МО;
- осуществление первичной профилактики в группах высокого риска;
- осуществление диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями;
- экспертиза временной нетрудоспособности больных, представление на врачебную комиссию, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу;
- выдача заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение, оформление санаторно-курортной карты.

13.3. Контрольный лист оценки организации работы врачей-специалистов

<i>Контрольный лист оценки организации работы врачей-специалистов</i>	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Статус		
		Принято	НЕ принято	
Дополнительное медицинское оснащение располагается и находится с учётом процедур, выполняемых врачом или медицинской сестрой				
Рабочая зона организована по системе 5с				
Работа с пациентами осуществляется в соответствии с разработанными речевыми модулями				
Организация работы узких специалистов				
Очередь перед кабинетом врача регулирует медсестра				
Каждого пациента медсестра приглашает по времени приема согласно электронному расписанию МИС ТО				
Запись на повторный прием осуществляет врач на приеме				
Запись на прием на обследования и прием к врачу-специалисту внутри МО осуществляет врач на приеме				
Запись пациента на госпитализацию осуществляется по маршрутизации согласно настоящему стандарту				

Направление на внешние услуги			
Решение о направлении пациента во внешнюю МО принимает лечащий врач			
Обязательном порядке пациенту озвучивается перечень данных организаций и предоставляется право выбора МО			
Направления на исследования во внешние МО формируются в кабинете организации плановой госпитализации			
Формирование направлений на внутренние услуги			
Направление на исследования внутри МО оформляется медицинской сестрой или врачом во время приема			
Пациенту в доступной для него форме предоставляется информация о его состоянии здоровья, плане обследования и лечения.			
Запись на все назначенные консультации и обследования осуществляет медицинская сестра во время приема пациента			
Формирование направлений на внутренние услуги осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта			
Врач в обязательном порядке назначает пациенту дату повторной явки на прием с результатами обследования			
Узкий специалист осуществляет следующие функции			
Запись на исследования, в т.ч. перед плановой госпитализацией и плановую госпитализацию внутри МО			
Направление на госпитализацию внутри МО			
Заполнение справок, выписок из медицинской документации			
Выписку рецептов льготным категориям граждан			
Выдачу документов, подтверждающих временную нетрудоспособность			
Вызов бригады СМП для медицинской эвакуации пациента в МО			
Организует активное осуществление диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями			
Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности больных, представление на врачебную комиссию, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу			
Выдает заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение, оформляет санаторно-курортную карту			
Врачи-специалисты в соответствии с общими требованиями к организации процессов выполняют свои основные функции			

14. Процедурный кабинет

Режим работы процедурного кабинета (взятия и подготовки биологического материала (крови) к лабораторным исследованиям): понедельник – пятница, с 07.30 (или времени начала работы поликлиники МО) до 16.00 часов. В кабинете должен быть утвержденный график выполнения манипуляций (взятие биологического материала (крови), инъекции, уборка) в соответствии с требованиями санитарного законодательства. В случае если в МО проводится взятие биологического материала (крови) из пальца, то предусматривается отдельное рабочее место для сотрудника, выполняющего данную манипуляцию, или отдельный кабинет для взятия биологического материала (крови) из пальца. Не допускается смешивание потоков пациентов, направленных на взятие биологического материала (крови) и направленных на инъекции.

Пропускная способность кабинета рассчитывается исходя из интенсивности потока пациентов и в среднем должна составлять 12 человек/час на 1 рабочее место медицинской сестры.

В обязательном порядке формируется расписание работы кабинета с возможностью предварительной записи в МИС ТО. Запись пациента в процедурный кабинет осуществляется в соответствии с маршрутизацией пациента ([пункт 11.5.1](#)).

Пациенты приглашаются в процедурный кабинет медицинской сестрой по времени, указанному в маршрутной карте; пациенты, направленные из КНП, и «льготная» категория граждан приглашаются вне очереди.

14.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны процедурного кабинета

Требования к рабочей зоне процедурного кабинета:

- в шкафчике для хранения всё должно быть подписано (полки для хранения, инвентарь, медикаменты), все предметы должны быть подписаны в едином стиле и формате и лежать в строго определённых местах;
- в случае хранения большого количества расходных материалов и медикаментов рекомендуется использовать цветовую систему канбан для ведения учёта;
- в кабинете вся необходимая информация, в т.ч. журналы, при наличии технической возможности должна быть компьютеризирована.

14.2. Требования к организации процессов

- Очередь перед кабинетом регулирует медицинская сестра. В случае возникновения задержки приема пациентов медицинская сестра информирует пациентов об этом;

Идентификация пациента

- для идентификации пациента медицинская сестра должна:
 - а) спросить у пациента его ФИО, дату рождения;
 - б) сверить информацию пациента с записью в МИС ТО.

Подготовка к манипуляции

- при подготовке к взятию биологического материала (крови) медицинская сестра должна:
 - а) объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, убедиться в наличии информированного согласия;
 - б) приготовить вакуумные системы для взятия биологического материала (крови);
 - в) провести маркировку пробирок (наклеивание идентичных штрих-кодов на пробирку);
- при подготовке к инъекционному введению лекарственных препаратов медицинская сестра должна:
 - а) объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры, убедиться в наличии информированного согласия на предстоящую процедуру введения лекарственного препарата и его переносимости;
 - б) проверить упаковку лекарственного препарата и его пригодность (наименование, дозу, срок годности, внешний вид упаковки); сверить с назначением врача;

- в) предложить пациенту занять удобное положение (сидя или лежа) или помочь ему это сделать. Выбор положения зависит от состояния пациента, вводимого препарата;

Выполнение манипуляции

- от техники выполнения манипуляции зависит качество лабораторной диагностики и лечения, поэтому должны соблюдаться все требования нормативных документов (ГОСТ Р 53079.4-2008 и ГОСТ Р 52623.4-2015), а медицинская сестра в ходе проведения манипуляций пациенту не должна отвлекаться, вести записи, прикасаться к телефонной трубке и т.д.;

Окончание процедуры

- после окончания взятия биологического материала (крови) медицинская сестра должна:
 - а) убедиться в хорошем самочувствии пациента;
 - б) проинформировать пациента о дате готовности результатов исследования, месте и графике их выдачи (кабинет врача или регистратура);
 - в) поставить отметку в МИС ТО о взятии биологического материала (крови);
 - г) провести дезинфекцию рабочего места;
 - д) пригласить следующего пациента;
- после окончания введения лекарственных препаратов медицинская сестра должна:
 - а) убедиться в хорошем самочувствии пациента;
 - б) проинформировать пациента о дате следующего визита в процедурный кабинет (либо об окончании цикла инъекций);
 - в) поставить отметку в МИС ТО о введении лекарственного препарата;
 - г) провести дезинфекцию рабочего места;
 - д) пригласить следующего пациента.

ВАЖНО!

Не допускается отказ пациенту в проведении взятия крови в течение всего рабочего дня при условии наличия направления и соответствующей отметки (*cito!*) в направлении, а также при опоздании пациента к назначенному времени, но в успевающего в период времени, отведенного для взятия биологического материала (при соблюдении рекомендаций по подготовке к исследованиям, указанных в [Приложении 4](#)).

Медицинский персонал процедурного кабинета обязан обеспечить качество проведения манипуляции, качество взятия крови и регистрации образцов, достоверность информации о пациенте.

Пациент должен быть проинформирован о дате готовности результатов исследования, месте и графике их выдачи (кабинет врача или регистратура).

14.3. Контрольный лист оценки организации работы процедурного кабинета

<i>Контрольный лист оценки организации работы процедурного кабинета</i>	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Статус		
		Принято	НЕ принято	

Дополнительное медицинское оснащение располагается и находится с учётом процедур, выполняемых врачом или медицинской сестрой			
Рабочая зона организована по системе 5с			
Работа с пациентами осуществляется в соответствии с разработанными речевыми модулями			
Режим работы процедурного кабинета (взятие и подготовка биологического материала (крови) к лабораторным исследованиям): понедельник – пятница с 07.30 до 16.00 часов			
В соответствии с требованиями санитарного законодательства в процедурном кабинете имеется утвержденный график выполнения манипуляций (взятие биологического материала (крови), инъекции, уборка)			
Отдельное рабочее место предусматривается для взятия биологического материала (крови) из пальца			
Потоки пациентов, направленных на взятие биологического материала (крови) и направленных на инъекции, не пересекаются			
Пропускная способность кабинета, исходя из интенсивности потока пациентов, в среднем составляет 12 человек/час (1 рабочее место медицинской сестры)			
Сформировано расписание работы кабинета; предварительная запись осуществляется через МИС ТО в соответствии с маршрутизацией пациента			
Соблюдается время и очередность приглашения пациентов в кабинет, учет льготных категорий и неотложных пациентов			
В шкафчике для хранения всё подписано (полки для хранения, инвентарь, медикаменты), все предметы подписаны в едином стиле и формате и лежат в строго определённых местах (для всех кабинетов в МО)			
Для ведения учёта в случае хранения большого количества расходных материалов и медикаментов используется цветовая система канбан			
Вся информация, в частности журналы, компьютеризированы			
Процесс идентификации пациента организован в соответствии с требованиями к организации процессов в процедурном кабинете (п.14.2)			
Процесс подготовки к манипуляции организован в соответствии с требованиями к организации процессов в процедурном кабинете (п.14.2)			
Процесс выполнения манипуляций организован в соответствии с требованиями к организации процессов в процедурном кабинете (п.14.2)			
Процесс окончания процедуры организован в соответствии с требованиями к организации процессов в процедурном кабинете (п.14.2)			

15. Кабинет организации плановой помощи

КОПП обеспечивает запись пациентов на плановую госпитализацию, дополнительные консультации врачей-специалистов, исследования и обследования во внешние МО. Режим работы КОПП: понедельник – суббота, с 08.00 до 18.00 часов, при этом время работы КОПП должно быть не менее времени работы врачей, ведущих амбулаторный прием.

Основные функции КОПП:

- прикрепление населения к МО;
- запись на консультации и исследования в плановом порядке во внешние МО;
- оформление листка временной нетрудоспособности;
- запись на госпитализацию в плановом порядке во внешние МО;
- взаимодействие между МО и внешними МО в части передачи информации о выписке пациентов.

15.1. Дополнительные требования к сотрудникам

Требования к сотруднику КОПП:

- должен иметь образование не ниже среднего.

15.2. Дополнительные требования к организации рабочей зоны

Требование к рабочей зоне кабинета организации плановой помощи:

- КОПП должен располагаться на первом этаже, с учетом особенностей здания поликлиники, для оптимального разделения потоков пациентов.

15.3. Требования к организации процессов

Формирование маршрутной карты

- информация о необходимых обследованиях и консультациях передается врачом или медицинской сестрой в КОПП;
- запись на исследования проводится в течение 2х рабочих дней. В течение этого времени сотрудник КОПП информирует пациента по телефону о датах и времени проведения консультаций и/или обследований (при необходимости дату и время исследований можно изменять), при согласовании дат и времени исследований, направления на исследования и маршрутную карту пациент забирает в регистратуре или в КОПП.

Запись пациента на плановую госпитализацию

- при направлении пациента на плановую госпитализацию, сотрудник КОПП организывает взаимодействие с МО, в которую планируется госпитализация пациента, согласно распоряжению Департамента здравоохранения Томской области от 10.09.2018 года №814 «О порядке направления пациентов на плановую госпитализацию».

Запись пациента на внешние услуги

- сотрудник КОПП записывает пациента на определенную дату и время в расписании внешней МО по телефону либо в МИС ТО;
- сотрудник КОПП, согласно речевому модулю ([пункт 18.3](#)), объясняет пациенту, в какую дату, время и в какую МО он должен обратиться для получения медицинской услуги, а также информирует пациента, где и когда можно забрать направления, памятки о подготовке к исследованиям, маршрутную карту;
- сотрудник КОПП фиксирует номер направления, МО, дату оказания услуги и сведения о пациенте в журнале регистрации направлений;
- при соблюдении определенных условий возможно формирование и передача направления в электронной форме;
- сотрудник КОПП записывает пациента на исследования во внешнюю МО, а также оформляет запись на повторный прием к лечащему врачу с результатами обследований или консультаций;
- сотрудник КОПП при записи на повторный прием информирует пациента о необходимости принести результаты обследований или консультаций.

Обратная связь с другими МО

- при направлении пациента для плановой госпитализации во внешние МО сотрудник КОПП информирует пациента о необходимости самостоятельно записаться на прием к лечащему врачу после выписки из стационара с выписным эпикризом;

- при направлении пациента для плановой госпитализации за пределы Томской области сотрудником КОПП запрашивается информация о выписке в МО, в которую направлен пациент. Выписка из стационара передается в регистратуру и на участок прикрепления.

ВАЖНО!

По итогам посещения КОПП или телефонного разговора с сотрудником КОПП пациент должен четко представлять схему дальнейшего обследования, должен знать о дате визита к лечащему врачу и предполагаемой дате госпитализации.

15.4. Контрольный лист оценки организации работы кабинета организации плановой помощи

<i>Контрольный лист оценки организации работы кабинета организации плановой помощи</i>	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Статус		
		Принято	НЕ принято	
Дополнительное медицинское оснащение располагается и находится с учётом процедур, выполняемых врачом или медицинской сестрой				
Рабочая зона организована по системе 5с				
Работа с пациентами осуществляется в соответствии с разработанными речевыми модулями				
Соблюдается режим работы кабинета организации плановой помощи: понедельник – суббота с 08.00 до 18.00 часов				
Прием пациентов осуществляется в соответствии с установленными причинами направления/обращения				
Кабинет располагается на первом этаже для более оптимального разделения потоков пациентов				
Формирование маршрутной карты в кабинете плановой помощи организовано в соответствии с требованиями (п. 15.3)				
Запись пациента на плановую госпитализацию организована в соответствии с требованиями распоряжения ДЗ ТО от 10.09.2018 года №814				
Запись пациента на внешние услуги организована в соответствии с требованиями (п. 15.3)				
Обратная связь с другими МО организована в соответствии с требованиями (п. 15.3)				

16. Кабинет неотложной помощи

КНП организуется для оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи. В КНП работают специалисты со средним медицинским образованием (фельдшер), при наличии возможности – врач (терапевт, педиатр). Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника, для этого в КНП должно работать 2 сотрудника (один сотрудник ведет прием пациентов в КНП, второй сотрудник осуществляет выезды на дом).

Режим работы КНП: понедельник – воскресенье, с 08.00 до 20.00 часов.

Обращение пациента в КНП осуществляется путем обращения в регистратуру через инфомат или по телефону при вызове врача на дом.

При личном обращении в МО любое неотложное состояние является поводом для обращения в КНП.

Перечень состояний для оказания неотложной медицинской помощи в поликлинике:

- наличие болевого синдрома (кроме болей в животе и грудной клетке);
- повышение артериального давления без потери сознания и резкого внезапного ухудшения состояния здоровья;
- многочасовая икота;
- повышение температуры до 38 градусов, в том числе у пациентов с ограниченными возможностями;
- наличие неотложного состояния у детей в возрасте 3 года и старше;
- обострение хронических заболеваний без резкого внезапного ухудшения состояния здоровья;

Перечень состояний для оказания неотложной медицинской помощи на дому:

- наличие болевого синдрома (кроме болей в животе и грудной клетке);
- повышение артериального давления без потери сознания и резкого внезапного ухудшения состояния здоровья;
- многочасовая икота;
- повышение температуры до 38 градусов, в том числе у пациентов с ограниченными возможностями;
- наличие неотложного состояния у детей в возрасте 3 года и старше;
- обострение хронических заболеваний без резкого внезапного ухудшения состояния здоровья;
- посещения пациентов, которые в связи с заболеваниями не могут самостоятельно посетить поликлинику, но требуют динамического наблюдения врача:
 - а) тяжелое течение онкологических заболеваний;
 - б) инвалидность (I - II группы);
 - в) параличи, порезы конечностей;
 - г) оформление рецептов для получения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в рамках дополнительного лекарственного обеспечения;
- посещения пациентов, с ограниченными возможностями (нетранспортабельные больные) с целью:
 - а) оформления в дома-интернаты;
 - б) оформления группы инвалидности;
 - в) оформления рецептов для получения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в рамках дополнительного лекарственного обеспечения.

В случае иных экстренных состояний (боли в животе и грудной клетке, обращение по поводу ухудшения состояния ребенка в возрасте до 3 лет и др.) при вызове врача на дом осуществляется перенаправление вызова на СМП.

После оказания НП пациенту и устранения либо уменьшения проявлений неотложного состояния сведения о пациенте передаются УЧ с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение) в течение суток.

Длительность ожидания оказания НП при обращении в КНП не должна превышать времени, предусмотренного действующей ТППГ.

16.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны

Требование к рабочей зоне кабинета неотложной помощи:

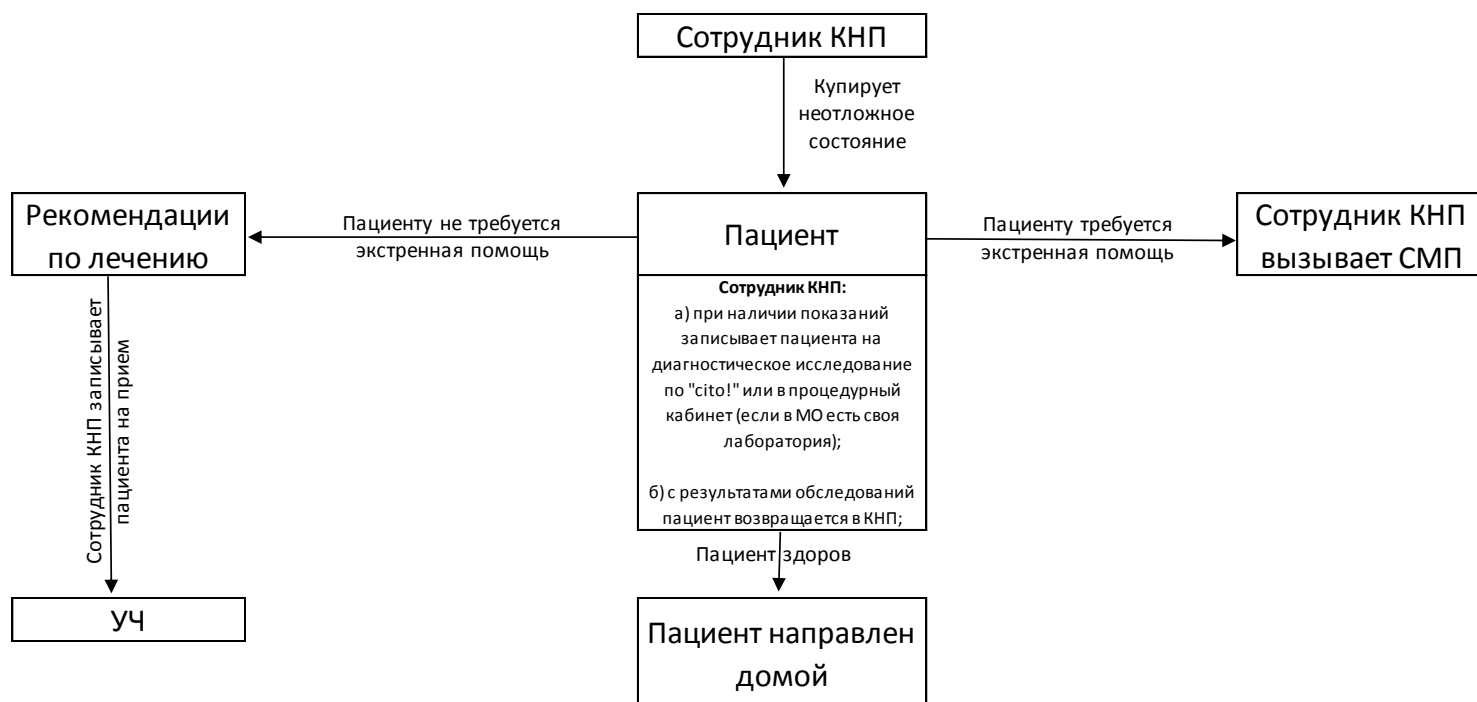
- кабинет должен располагаться на первом этаже для оптимального разделения потоков пациентов.

16.2. Дополнительные требования к организации процессов

Маршрутизация пациента при обращении в КНП осуществляется согласно таблице 12:

Таблица 12

Маршрутизация пациента КНП



Пояснение схемы маршрутизации пациента:

- сотрудник КНП купирует неотложное состояние:
 - а) при наличии показаний записывает пациента на диагностическое исследование по "cito!" или в процедурный кабинет (если в МО есть своя лаборатория);
 - б) с результатами обследований пациент возвращается в КНП;
- сотрудник КНП:
 - а) дает рекомендации по лечению на дому и передает сведения о пациенте участковому врачу, если пациент здоров;
 - б) передает сведения о пациенте участковому врачу (врачу - специалисту) и записывает пациента к нему на прием, если не требуется экстренная помощь;
 - в) осуществляет вызов бригады СМП для медицинской эвакуации пациента в МО и передает сведения о пациенте участковому врачу, если экстренная помощь требуется.

Функции кабинета неотложной помощи в поликлинике:

- направление на диагностические исследования и/или в процедурный кабинет (если в МО есть лаборатория) в случае неотложного состояния (КНП направляет только на общий анализ крови, общий анализ мочи,

исследование уровня глюкозы в крови, ЭКГ, рентгенографические исследования, тропониновый тест). Врач (медицинская сестра) в диагностическом и/или процедурном кабинете принимает пациента с неотложным состоянием вне очереди;

- прием больных для решения вопроса о срочности направления к УЧ либо другому специалисту;
- проведение исследований на доврачебном этапе: измерение АД, уровня глюкозы, холестерина, регистрация ЭКГ;
- оказание НП при острых состояниях и обострениях хронических заболеваний, травмах, отравлениях и неотложных состояниях, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи в соответствии с примерным перечнем состояний, в том числе детям старше 3 лет;
- осуществление преемственности с отделением СМП, участковой службой МО;
- осуществление вызова бригады СМП для медицинской эвакуации пациента;
- осуществление вызова бригады СМП при наличии соответствующих показаний у больного, а также оказание медицинской помощи в возможном объеме до приезда бригады СМП;
- осуществление выписки рецептов льготным категориям граждан.

Функции кабинета неотложной помощи при оказании неотложной помощи на дому:

- выезд на неотложный вызов осуществляется на автотранспорте поликлиники в течение 2-х часов;
- оказание НП при острых состояниях и обострениях хронических заболеваний, травмах, отравлениях, не опасных для жизни и не требующих экстренной помощи, пациентам на дому, в том числе детям старше 3 лет;
- доврачебная диагностика и оценка состояния пациента (измерение АД, термометрия, пульсоксиметрия и т.д.);
- посещение пациентов с ограниченными возможностями, осуществление динамического медицинского наблюдения, осуществление обследования на дому, оформление рецептов для ЛЛЮ на дому (вызов осуществляется через регистратуру);
- посещение пациентов после выписки из стационара (после острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения) на дому (вызов осуществляется через регистратуру);
- посещение пациентов с ЗНО IV клинической группы, получающих противоболевую терапию (оценка болевого синдрома) 1 раз в 10 дней на дому (вызов осуществляется через регистратуру);
- осуществление диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями на дому по назначению лечащего врача (вызов осуществляется через регистратуру);
- организация вызова бригады СМП в случае отсутствия эффекта от оказываемой медицинской помощи, ухудшении состояния больного и возникновении угрожающих жизни состояний;
- планирование лечебно-диагностических мероприятий в зависимости от показаний после устранения симптомов неотложного состояния;

- внесение данных о вызове и об объеме проведенных мероприятий в электронную карту МИС ТО.

ВАЖНО!

После посещения КНП пациент должен иметь четкое представление о всех этапах прохождении обследования, а также знать о дате и времени визита к лечащему врачу.

Длительность ожидания оказания НП при обращении в КНП не должна превышать сроков, установленных действующей ТППГ.

Недопустимо отсутствие врача/фельдшера в КНП на рабочем месте по причине «вызов на дом».

16.3. Контрольный лист оценки организации работы кабинета неотложной помощи

<i>Контрольный лист оценки организации работы кабинета неотложной помощи</i>	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Статус		
		Принято	НЕ принято	
Дополнительное медицинское оснащение располагается и находится с учётом процедур, выполняемых врачом или медицинской сестрой				
Рабочая зона организована по системе 5с				
Работа с пациентами осуществляется в соответствии с разработанными речевыми модулями				
В кабинете неотложной помощи работает не менее 2 сотрудников (1 сотрудник ведет прием пациентов в кабинете неотложной помощи, 2ой сотрудник осуществляет выезды на дом)				
Соблюдается режим работы кабинета неотложной помощи: понедельник – воскресенье с 08.00 до 20.00 часов				
Обращение пациента в кабинет неотложной помощи осуществлено следующими путями: 1) личное обращение в регистратуру; 2) по телефону через регистратуру; 3) при вызове врача на дом				
Прием пациентов осуществлен в соответствии с перечнем состояний оказания неотложной медицинской помощи.				
Длительность ожидания оказания неотложной помощи при обращении в КНП не превышает времени 2 часов.				
После окончания приема сведения переданы участковому врачу в течение суток.				
Кабинет располагается на первом этаже для более оптимального разделения потоков пациентов				
Маршрутизация пациента при обращении в КНП осуществлена согласно требованиям, изложенным в таблице 13 (п.16.2)				
Соблюдены требования к функционалу кабинета неотложной помощи в поликлинике (п.16.2)				
Соблюдены требования к функционалу кабинета неотложной помощи при оказании неотложной помощи на дому (п.16.2)				

17. Кабинет (отделение) медицинской профилактики

Отделение (кабинет) медицинской профилактики осуществляет следующие функции:

- осуществление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

- осуществление мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;
- проведение предварительных, периодических и целевых профилактических медицинских осмотров, ДОГВН, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- осуществление мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- осмотр и определение допуска детей к занятиям спортом, танцами, и другими занятиями, допуск к занятиям в бассейне, осмотр ребенка для допуска в ДДУ, школу, выдача направлений на анализы при контрольных исследованиях (для детских поликлиник).

17.1. Дополнительные требования к организации рабочей зоны кабинета (отделения) медицинской профилактики

Требования к рабочей зоне кабинета (отделения) медицинской профилактики:

- КМП (ОМП) необходимо разместить отдельным блоком, с учетом особенностей здания поликлиники, для разделения потоков условно здоровых и больных пациентов;
- службы КМП (ОМП) необходимо разместить в непосредственной близости друг от друга, с учетом особенностей здания поликлиники;
- профилактическое отделение должно быть комфортным для посетителей (современный дизайн отделения; диваны/скамейки/стулья в зоне ожидания посетителей);
- обеспечивается трансляция профилактических роликов;
- в связи с особенностями проведения осмотра каждым из специалистов дополнительное медицинское оснащение должно располагаться с учётом процедур, выполняемых врачом или медицинской сестрой;
- взятие биологического материала (крови) должно быть организовано в течение всего рабочего дня работы КМП (ОМП). Взятие биологического материала (крови) для лабораторных исследований может быть организовано непосредственно в КМП (ОМП), с учетом особенностей здания поликлиники и особенностей КМП (ОМП), в случае отсутствия такой возможности пациент направляется в процедурный кабинет. Все манипуляции по взятию биологического материала (крови) в КМП (ОМП) должны проводиться в соответствии с требованиями санитарного законодательства;
- необходимо обеспечить разделение потоков здоровых и больных пациентов территориально или по времени.

17.2. Требования к организации процессов

Режим работы КМП (ОМП) должен совпадать с режимом работы поликлиники.

17.2.1. ДОГВН

Процесс ДОГВН проводится в КМП/ОМП и состоит из нескольких стадий. Стадии процесса ДОГВН приведены на рисунке 2.

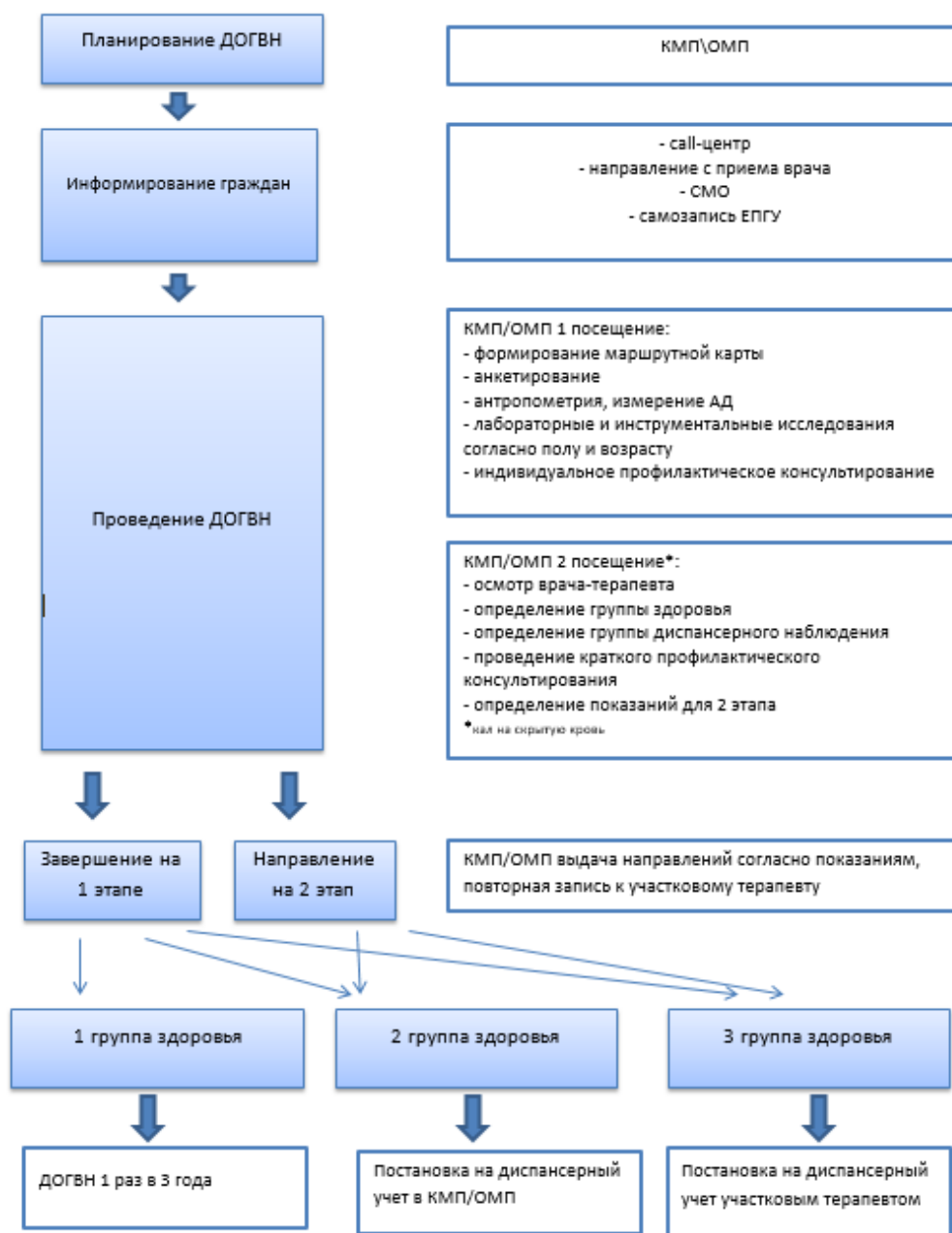


Рисунок 2. Стадии процесса ДОГВН

Планирование и контроль

- формирование списков граждан, подлежащих ДОГВН в текущем году по участкам и возрастам с использованием МИС ТО. В начале года (январь) руководителем КМП (ОМП) или лицом, назначенным главным врачом МО, составляется сетевой план-график выполнения ДОГВН согласно объемам медицинской помощи, доведенным ДЗТО, который утверждается приказом главного врача. На основе сетевого плана-графика руководителем КМП (ОМП) формирует список пациентов, запланированных для прохождения ДОГВН, с разбивкой по кварталам. Данные списки согласовываются с УЧ (врачи ОВП). После согласования данные списки направляются в страховые компании для организации привлечения граждан к прохождению ДОГВН силами страховых представителей. Списки корректируются по итогам каждого квартала с учетом явки граждан;

- руководитель КМП (ОМП) осуществляет контроль выполнения календарных планов-графиков прохождения диспансеризации по каждому терапевтическому участку (ФАП), представляет промежуточные отчеты по итогам выполнения плана ДОГВН два раза в месяц на производственных совещаниях;
- лицо, назначенное главным врачом МО, осуществляет проверку правильности оформления медицинской документации, заполненной в рамках диспансеризации; проводит инструктажи по вопросам диспансеризации с медицинским персоналом; подводит совместно с руководителем КМП (ОМП) итоги первого и второго этапов диспансеризации в соответствии с критериями эффективности ДОГВН.

Привлечение граждан к прохождению ДОГВН

Граждане приглашаются на профилактический осмотр несколькими путями:

- при обращении в регистратуру сотрудник регистратуры информирует гражданина о необходимости пройти ДОГВН и записывает его в КМП (ОМП);
- при обращении к узким специалистам врач/медицинская сестра информируют гражданина о необходимости пройти ДОГВН и направляют его в КМП (ОМП);
- при обращении к УЧ гражданина информируют о необходимости прохождения ДОГВН и направляют в КМП (ОМП) или оформляют направления и медицинскую документацию непосредственно на приеме;
- обзвон граждан сотрудником КМП (ОМП) и/или операторами call-центра по спискам. Сотрудник предлагает гражданину удобное для него время посещения поликлиники (при необходимости – организуется работа МО по ДОГВН в выходные дни), информирует об объеме планируемых исследований и подготовке к ним (прийти натощак, принести кал для анализа по показаниям согласно возрасту). При согласовании даты оператор вносит пациента в электронное расписание МИС ТО;
- информирование граждан силами страховых компаний согласно Алгоритму взаимодействия МО со страховыми компаниями;
- организация самозаписи через сервис ЕЭРР;
- могут использоваться другие формы привлечения населения, не противоречащие законодательству.

Руководитель КМП (ОМП) осуществляют взаимодействие:

- со специалистом по связям с общественностью МО (или с лицом, ответственным за наполнение сайта) с целью размещения информации на сайте МО (в группах в социальных сетях) и в СМИ о возможности пройти ДОГВН и правилах прохождения;
- с ответственными сотрудниками МО с целью размещения информации на территории МО (например, прокат видеороликов, размещение плакатов и др.);
- с работодателями с целью информирования о возможности проведения ряда исследований профосмотра в рамках ДОГВН (экономия финансовых средств) и повышения ответственности работодателя за здоровье работников предприятия.

Организация I этапа ДОГВН

Первый этап ДОГВН включает:

- доврачебный блок:
 - а) оформление первичной медицинской документации: маршрутная карта, информированное добровольное согласие (отказ) на медицинское вмешательство и обработку персональных данных, карта учета диспансеризации;
 - б) открытие электронной медицинской карты (ЭМК) в модуле «Медосмотры» в МИС ТО;
 - в) инструктаж пациентов о порядке прохождения ДОГВН, объеме и последовательности проведения обследования;
 - г) выполнение доврачебных медицинских обследований первого этапа: опрос (анкетирование), антропометрия, расчет ИМТ, измерение АД, ВГД;
 - д) определение глюкозы и холестерина экспресс-методом/направление в лабораторию;
 - е) оформление направлений и запись пациента на исследования в зависимости от необходимого объема и маршрутной карты первого этапа, которая содержит информацию, где и в какое время можно пройти исследования (номера кабинетов, режим их работы, название МО, если исследование проводится во внешних МО);
 - ж) определение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев, в соответствии с Порядком;
 - з) расчет относительного и абсолютного сердечно-сосудистых рисков;
 - и) формирование пакета документов по итогам прохождения первого этапа диспансеризации с последующей его передачей врачу–терапевту;
 - к) запись на заключительный прием к УЧ либо к терапевту КМП (ОМП);
- врачебный блок: участковый терапевт/врач КМП (ОМП) анализирует результаты исследований, анкетирования и планирует дальнейшую маршрутизацию пациента в соответствии с показателями:
 - а) направление на углубленное профилактическое консультирование в КМП (ОМП);
 - б) направление на дополнительную диагностику/обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;
 - в) назначение лечения;
 - г) диспансерное наблюдение;
 - д) направление на II этап ДОГВН.

После завершения I этапа ДОГВН врач КМП (ОМП):

- информируют гражданина о результатах ДОГВН с выдачей паспорта здоровья;
- на основе сведений о прохождении гражданином диспансеризации сотрудниками КМП (ОМП) заполняется «Карта учёта диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)».

Организация II этапа ДОГВН

- второй этап ДОГВН проводится с целью дополнительного обследования, уточнения диагноза заболевания (состояния) и назначения лечения;

- объем мероприятий II этапа ДОГВН зависит от выявленных на I этапе факторов риска и подозрений на наличие заболеваний (состояний);
- по завершению исследований II этапа ДОГВН с установлением (уточнением) диагноза врач-терапевт КМП (ОМП) передает информацию о состоянии здоровья пациентов УЧ по утвержденной форме для дальнейшего наблюдения.

Примечания

Маршрут пациента формируется таким образом, чтобы количество посещений в поликлинику при прохождении первого этапа ДОГВН не превышало 2 (в случае если пациент при первом посещении не принес биоматериал для исследования кала на скрытую кровь – 3 посещения). Максимальное количество посещений при прохождении первого этапа ДОГВН приведено в таблице 13.

Таблица 13

Максимальное количество посещений
при прохождении первого этапа ДОГВН

Пол	Возрастная категория, лет	Максимальное количество посещений
Мужчина/женщина	21-48	не более 2
Мужчина/женщина	51-72	не более 3
Мужчина/женщина	>75	не более 2

Необходимо обеспечить разделение потоков пациентов здоровых и больных территориально или по времени.

Сотрудник подбирает удобные для пациента даты и время прохождения исследований и посещения врача-терапевта по итогам первого этапа диспансеризации; выдает пациенту направления на исследования (при необходимости) и маршрутную карту первого этапа, которая содержит информацию, где и в какое время можно пройти исследования (номера кабинетов, режим их работы, название МО, если исследование проводится во внешних организациях, запись осуществляет КОПП, согласно [пункту 12.1](#) «Направление на внешние услуги»).

Результаты анализов и обследований сотрудники соответствующих служб вносят в МИС и/или передают в КМП (ОМП).

Порядок заполнения медицинской документации

- при наличии у гражданина документально подтвержденных результатов осмотров (консультаций) врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой), исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации для данного возраста, которые выполнялись в течение 12-ти месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, решение о необходимости повторного осмотра, исследования или мероприятия в рамках диспансеризации принимается индивидуально с учетом всех имеющихся результатов обследования и состояния здоровья гражданина;

- результаты осмотров врачами и исследований, проведённых во время диспансеризации, вносятся в Маршрутную карту, которая подшивается в учётную форму № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» с пометкой «Диспансеризация»;
- анкета на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и туберкулёза, согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства подшивается в учётную форму № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного»;
- при проведении углубленного индивидуального профилактического консультирования делаются записи в учётную форму № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» и отметка в «Карте учёта диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)»;
- «Карта учёта диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)» подшивается в медицинскую карту амбулаторного больного.

Тактика ведения граждан, прошедших ДОГВН

- гражданам, отнесенным к I группе здоровья, но имеющим высокий относительный сердечно-сосудистый риск, должно быть проведено индивидуальное профилактическое консультирование в КМП (ОМП) или ФАП;
- граждане II группы здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) КМП (ОМП) или фельдшером ФАП, за исключением граждан с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению УЧ;
- граждане с IIIа и IIIб группами здоровья подлежат диспансерному наблюдению УЧ, УЗ с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий;
- при выявлении у гражданина в процессе диспансеризации медицинских показаний к проведению исследований, осмотров и мероприятий, не входящих в объём диспансеризации в соответствии с Порядком, они выполняются гражданину с учётом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи.

Профилактическое консультирование

- краткое профилактическое консультирование проводится врачом-терапевтом на приеме по итогам первого этапа всем гражданам;
- углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование проводится сотрудниками КМП (ОМП) или фельдшером ФАП в рамках второго этапа следующим категориям граждан:
 - а) в возрасте до 72 лет с выявленной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением;
 - б) с выявленным по результатам опроса (анкетирования) риска пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
 - в) для всех граждан в возрасте 75 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении;

- углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование граждан в возрасте до 72 лет с высоким относительным и высоким и очень высоким абсолютным сердечно-сосудистым риском, и (или) ожирением, и (или) гиперхолестеринемией с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) курящих более 20 сигарет в день вне рамок диспансеризации.

17.2.2 Профилактический осмотр детей первого года жизни

- профилактические осмотры детей первого года жизни осуществляются в соответствии с планом-графиком, утвержденным руководителем МО;
- в случае изменения численности несовершеннолетних (вновь прибывших или выбывших детей), подлежащих профилактическим осмотрам, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, представляет дополнительный поименный список уполномоченному должностному лицу МО, на основании которого уполномоченным должностным лицом (заведующей педиатрическим отделением) МО утверждается дополнительный календарный план;
- формирование групп пациентов на каждый час проведения профосмотра осуществляется с учетом количества кабинетов специалистов, ведущих профилактические осмотры;
- уведомление о необходимости прохождения профилактического осмотра осуществляется участковыми медицинскими сестрами за 5 дней до проведения профилактических осмотров в соответствии с утвержденным планом-графиком и списком пациентов, подлежащих профилактическому осмотру;
- за 1 день до проведения профилактического медицинского осмотра участковые медицинские сестры путем обзвона уточняют возможность явки пациента. В случае невозможности посещения пациентом поликлиники в назначенный день и назначенное время по объективным причинам проводится корректировка сформированной группы;
- уполномоченное должностное лицо информирует родителя о процедуре проведения профилактического осмотра, целях и факторах риска;
- пациенту выдается маршрутная карта в день прохождения профосмотра с указанием последовательного прохождения кабинетов специалистов, в том числе с какого именно кабинета начинается профосмотр. Маршрутная карта проведения профосмотра детей первого года жизни приведена на рисунке 3:

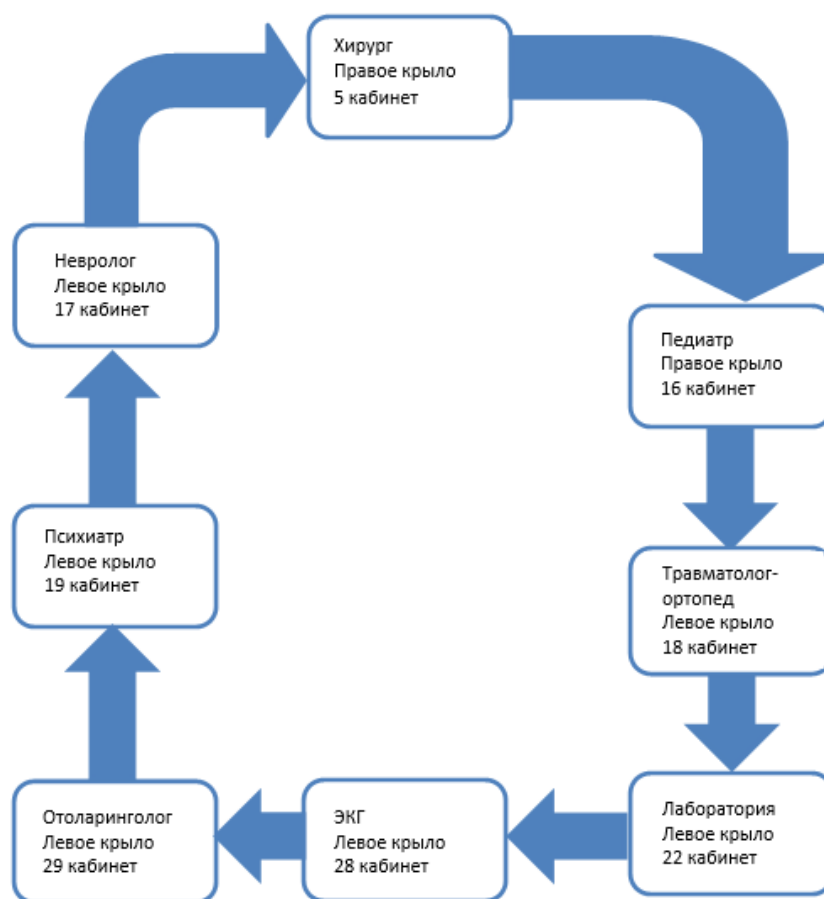


Рисунок 3. Маршрутная карта проведения профосмотра детей первого года жизни

- после проведения профилактического медицинского осмотра врачами специалистами и проведения инструментальных методов обследования пациенту назначается дата и время осмотра участковым врачом педиатром.

ВАЖНО!

По итогам прохождения профилактических мероприятий у пациента или его представителя должно быть понимание о факторах риска, ЗОЖ, а также о способах укрепить и сохранить здоровье.

Длительность ожидания исследований не должна превышать сроков, установленных действующей ТППГ.

17.3. Контрольный лист оценки организации работы кабинета (отделения) медицинской профилактики

Контрольный лист оценки организации работы кабинета (отделения) медицинской профилактики	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Принято	НЕ принято	
Дополнительное медицинское оснащение располагается и находится с учётом процедур, выполняемых врачом или медицинской сестрой				
Рабочая зона организована по системе 5с				
Работа с пациентами осуществляется в соответствии с разработанными речевыми модулями				
Организация работы кабинета (отделения)				
Кабинет (отделение) медицинской профилактики размещен отдельным блоком				
Службы размещены непосредственной близости друг от друга				
Обеспечивается трансляция профилактических роликов				
Дополнительное медицинское оснащение располагается и находится с учётом процедур, выполняемых врачом или медицинской сестрой				
Забор анализов организован в течение всего рабочего дня работы кабинета				
Обеспечено разделение потоков пациентов здоровых и больных				
Организация процессов ДОГВН				
Режим работы кабинета медицинской профилактики совпадает с режимом работы поликлиники				
Планирование осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта				
Привлечение граждан к прохождению ДОГВН осуществляется в соответствии с требованиями настоящего стандарта				
Этапы ДОГВН организованы в соответствии с требованиями настоящего стандарта				
Документация ведется в соответствии с требованиями настоящего стандарта				
Профилактический осмотр детей первого года жизни *				
Профилактические осмотры детей первого года жизни осуществляются в соответствии с планом-графиком				
Формирование групп пациентов осуществляется с учетом количества кабинетов специалистов				
Уведомление о необходимости прохождения профилактического осмотра осуществляется участковыми медицинскими сестрами за 5 дней до проведения профилактических в соответствии с утвержденным планом-графиком				
Уполномоченное должностное лицо информирует родителя о процедуре проведения профилактического осмотра, целях и факторах риска;				
Пациенту выдается маршрутная карта, соответствующая требованиям настоящего стандарта				
Профилактические осмотры детей первого года жизни осуществляются в соответствии с планом-графиком				
Формирование групп пациентов осуществляется с учетом количества кабинетов специалистов				
Уведомление о необходимости прохождения профилактического осмотра осуществляется участковыми медицинскими сестрами за 5 дней до проведения профилактических в соответствии с утвержденным планом-графиком				
Уполномоченное должностное лицо информирует родителя о процедуре проведения профилактического осмотра, целях и факторах риска;				
Пациенту выдается маршрутная карта, соответствующая требованиям настоящего стандарта				

* (применимо для детских поликлиник)

18. Корпоративная культура, общие принципы профессиональной этики и основные правила поведения

Сфера здравоохранения непосредственно связана с оказанием услуг населению, и вопрос организации качественного и эффективного процесса коммуникаций, соответствующего современным требованиям, является на сегодняшний день актуальным.

Корпоративная культура, в свою очередь, состоит из следующих компонентов: понимание миссии и традиций организации, формирование стиля и формы внутреннего и внешнего общения, организация процесса оказания услуг, а также стиль руководства и кадровая политика. От того, насколько сегодня организация коммуникаций компании соответствует современным требованиям, зависит, в первую очередь, имидж самой организации, во вторую – имидж отрасли, к которой она относится.

18.1. Миссия и корпоративный стиль организации, идентификация врачей и медицинских сестер для населения

Самое важное в значении миссии организации – это то, что она является «компасом» для деятельности, задает общий вектор развития, определяет характер и ключевые принципы работы, диктует нормы поведения для сотрудников организации и формирует корпоративную культуру.

Единая миссия МО Томской области – сохранение и восстановление здоровья населения региона. Она проявляется в качественном оказании услуг с соблюдением принципа пациент-ориентированности.

Исходя из основной миссии, каждая МО должна сформулировать ряд задач, которые ставит перед собой коллектив.

С миссией и задачами своей МО необходимо ознакомить каждого члена коллектива. Ответственным за данное направление в коллективе является руководитель МО.

Для визуализации корпоративной культуры в организации необходимо разработать фирменный стиль, который станет отличительной особенностью МО, располагая к себе пациента с момента входа.

Основные визуальные элементы корпоративного стиля:

- интерьер и экстерьер. Подбор элементов интерьера и экстерьера осуществлён с учётом основных и дополнительных фирменных цветов;
- униформа сотрудников. Цвет униформы соответствует фирменной цветовой гамме и является одинаковым для всех сотрудников. На униформу сотрудников (халат, медицинский костюм) наносится логотип в формате нашивки, наклейки, либо он размещается на бейдже сотрудника;
- информационные носители (инфо-доски, стенды, стойки и размещаемая на них информация) должны быть исполнены в фирменных шрифтах и цветах, с нанесением логотипа и декорированием паттерном (при наличии);
- средства навигации (вывески, указатели, таблички) должны быть в фирменных шрифтах и цветах, при возможности, с нанесением логотипа;
- интернет-сайт. Страницы сайта должны быть выполнены в фирменных цветах с размещением логотипа, текст на сайте должен быть размещён с применением фирменных шрифтов. При наличии паттерна – использование его в оформлении веб-страниц;

- фирменные цвета должны быть определены в количестве не более 3х основных и 2х вспомогательных цветов. Цвета должны гармонично сочетаться между собой, соответствовать философии организации;
- логотип должен представлять собой сочетание символа (знака) и наименования организации, содержать фирменные цвета, соответствовать философии организации;
- фирменные шрифты должны сочетаться с логотипом;
- визитные карточки также должны быть выполнены в фирменных шрифтах и цветах, с нанесением логотипа;
- бейджи сотрудников должны быть выполнены в фирменных шрифтах и цветах, с нанесением логотипа;
- печатная продукция (памятки, брошюры, инструкции и прочее) должны быть выполнены в фирменных шрифтах и цветах, с нанесением логотипа.

Для того чтобы пациент мог свободно идентифицировать медицинский персонал по категориям «врач»/«медицинская сестра», необходимо предусмотреть атрибуты идентификации. В качестве основного атрибута должны выступать бейджи сотрудников. Дополнительным решением являются различные элементы оформления медицинского халата.

Цветовая гамма для оформления бейджей: красный цвет – врач, зеленый цвет – медсестра, синий цвет – иные работники МО.

Варианты идентификации:

- бейдж – это элемент спецодежды в виде значка, наклейки, карточки, предназначенный для предоставления информации о его носителе. Бейдж содержит данные, позволяющие идентифицировать лицо, которое его носит. Бейдж должен содержать: ФИО, должность сотрудника, название МО. Бейдж является наиболее легким и доступным способом решения задачи идентификации персонала. Варианты дизайна бейджей представлены в Приложении ([рисунок 1](#), [Приложение 2](#)).
- маркировка медицинской спецодежды в виде нашивки или вышивки на медицинском халате/костюме.

Вариант 1. Нашивки на плечах медицинского халата с буквами «В» (на медицинском халате врача) и «М» (на медицинском халате медицинской сестры). Предлагаемое цветовое оформление: темно-зеленый или бордовый цвета ([рисунок 2](#), [Приложение 2](#)).

Вариант 2. Нашивки на плечах медицинского халата со словами «Врач» и «Медсестра». Предлагаемое цветовое оформление: темно-зеленый или бордовый цвета ([рисунок 3](#), [Приложение 2](#)).

Вариант 3. Вышивки на груди (на правой стороне) медицинского халата. На медицинском халате врача – буква «В» в золотом цвете, на медицинском халате медсестры - буква «М» в серебряном цвете ([рисунок 4](#), [Приложение 2](#)).

Вариант 4. Использование цветной полосы на плечах и на воротнике медицинского халата. На медицинском халате врача размещается полоса светло-голубого цвета, на медицинском халате медсестры - полоса светло-зеленого цвета ([рисунок 5](#), [Приложение 2](#)).

Вариант 5. Комплексное использование нашивки и цветной полосы. В этом случае на медицинском халате врача на груди располагается нашивка в виде буквы «В» золотого цвета и светло-голубая полоса на плече и на воротнике медицинского

халата. На медицинском халате медсестры на груди располагается нашивка в виде буквы «М» серебряного цвета и светло-зеленая полоса на плече и на воротнике медицинского халата ([рисунок 6, Приложение 2](#)).

Вариант 6. При разработке вариантов идентификации медицинского персонала стационаров возможно предусмотреть идентификацию не только по категориям «врач»/«медицинская сестра», но и по принадлежности медицинского сотрудника к определенному подразделению стационара. В таком случае на плечах медицинского халата в дополнение к цветной полосе, обозначающей врача или медицинскую сестру, добавляется еще одна цветная полоса, обозначающая принадлежность к подразделению МО. Цвет подразделения идентичен цвету цветовой дорожки, ведущей к нему ([рисунок 7, Приложение 2](#)).

18.2. Профессиональная этика

Выполняя свои обязанности, медицинские работники и сотрудники МО руководствуются принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, законодательством, регулирующим взаимоотношения врача и пациента. На территории Томской области разработаны и приняты Кодексы этики врача и медицинской сестры ([Приложение 6, Приложение 7](#)).

По отношению к пациентам:

- врач должен оказывать медицинскую помощь любому в ней нуждающемуся, независимо от возраста, пола, расы, национальности, вероисповедания, социального положения, политических взглядов, гражданства и других немедицинских факторов, включая материальное положение;
- врач должен добросовестно выполнять взятые на себя обязательства по отношению к организации, в которой он работает;
- врач обязан доступными ему средствами (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.) пропагандировать ЗОЖ. Поведение врача не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью;
- врач отвечает за качество оказываемой пациентам медицинской помощи. В своей работе он обязан руководствоваться законами Российской Федерации, действующими нормативными документами для врачебной практики (медицинскими стандартами), но в рамках этих предписаний, учитывая особенности заболевания, выбирать те методы профилактики, диагностики и лечения, которые сочтет наиболее эффективными в каждом конкретном случае, руководствуясь интересами больного. При необходимости врач обязан воспользоваться помощью своих коллег;
- врач не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. Врач должен действовать во благо интересов пациента, оказывая медицинскую помощь;
- врач должен уважать право пациента на выбор врача и участие в принятии решений о проведении лечебно-профилактических мер;
- врач должен уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно, уважать его права на личную тайну, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием больного;
- самореклама при общении врача с больным недопустима;
- врач должен отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит желание пациента добиться

привилегированного положения по сравнению с другими пациентами (коррупциогенный фактор). Врач вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не унижающей человеческого достоинства обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм;

- каждый пациент имеет право на сохранение личной тайны, и врач обязан сохранять врачебную тайну даже после смерти пациента, как и сам факт обращения за медицинской помощью, если больной не распорядился иначе. Врач должен следить за тем, чтобы лица, принимающие участие в лечении больного, также соблюдали профессиональную тайну. Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны сохранять в тайне все полученные о пациенте сведения.

По отношению к коллегам:

- врач должен вести себя по отношению к своим коллегам этично и уважительно. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений при исполнении ими профессиональных обязанностей недопустим;
- профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в неоскорбительной форме, желательно в личной беседе, прежде чем о них будет проинформировано медицинское сообщество или вопрос будет вынесен на обсуждение этического комитета (комиссии);
- в трудных клинических случаях опытные врачи должны давать советы и оказывать помощь менее опытным коллегам в корректной форме. Но за процесс лечения всю полноту ответственности несет только лечащий врач, который вправе принять рекомендации коллег или от них отказаться, руководствуясь при этом исключительно интересами больного;
- сотрудники МО должны быть осведомлены о корпоративных нормах своей МО, обязаны придерживаться их, а также имеют право вносить предложения по совершенствованию корпоративной культуры своей организации с целью создания максимально комфортной рабочей обстановки, позволяющей повысить уровень работы организации.

Рекомендуется создание комиссии по этике внутри МО во главе с руководителем, выполняющей следующие функции:

- разбор жалоб от населения, основным вопросом которых является несоблюдение этики и деонтологии;
- устранение претензий пациентов, не требующих больших финансовых вложений;
- разбор конфликтов внутри коллектива, разработка мер по снятию напряжения.

18.3. Правила поведения

Во время выполнения своих должностных обязанностей медицинский работник должен руководствоваться основными правилами этики и деонтологии и общепринятыми правилами поведения как во взаимодействии с пациентом, так и с коллегами. Основные правила поведения медицинского работника:

- в беседе с пациентом необходимо правильно и четко задавать вопросы и выслушивать ответы; использовать принципы доброжелательности, невербальной открытости, исключить избыточную жестикуляцию и

- мимику, выказывающую неуважение к эмоциям; доступно доводить всю необходимую информацию; использовать приемы активного слушания (взгляд, кивки, вопросы, эмоциональные реакции и др.);
- медицинский работник должен поздороваться и попрощаться с пациентом любого возраста и пола в вежливой форме, постараться ответить на любой вопрос, касающийся его проблемы; детально объяснить пациенту, как правильно проводить лечение;
 - при общении с пациентом недопустимо:
 - а) игнорировать вопросы пациента;
 - б) комментировать свою загруженность, временное ограничение приема, высказывать эмоции по поводу своего самочувствия;
 - в) негативно комментировать действия других медицинских специалистов;
 - г) повышать голос;
 - д) использовать пациента в качестве помощника в процессе оказания медицинской помощи;
 - е) прерывать прием по личным причинам;
 - рекомендуемые фразы при общении с пациентом: «Я могу вам в этом помочь...», «Мы ценим ваше время...», «Вот, что мы можем для вас сделать...», «Остались ли у вас еще вопросы?»;
 - если пациент настроен агрессивно, медицинскому работнику или сотруднику МО необходимо выдержать паузу и дать возможность высказаться, после чего проявить искренней интерес к его проблемам и дать почувствовать пациенту сочувствие и соучастие. При общении необходимо использовать такие фразы, как «Я разделяю ваши чувства», «Я согласен с тем, что...», «Я очень хорошо понимаю, что...». Необходимо найти причины недовольства пациента и решить проблему всеми возможными способами;
 - важную роль во взаимодействии с пациентами играет общение по телефону. При ответе на телефонный звонок необходимо следить за построением фразы и интонацией в голосе, использовать вежливые формулировки. В ходе разговора необходимо выяснить цель звонка и сделать все необходимое, чтобы ответить на запрос пациента;
 - в беседе между коллегами необходимо правильно и конкретно задавать вопросы, касающиеся лечебного процесса; придерживаться невербальной открытости и непредвзятости; придерживаться позиции «на равных»; следить за мимикой и жестами, использовать приемы активного слушания (взгляд, кивки, вопросы, эмоциональные реакции и др.);
 - отношения между коллегами строятся на взаимном уважении, вежливости, доброжелательности, соблюдении субординации, взаимопомощи. Для успешной работы необходимо поддерживать в коллективе позитивный настрой; стараться в любой ситуации выработать единую точку зрения; уметь спокойно выслушать. В общении с коллегами недопустимо:
 - а) использование рабочего времени для общения на отвлеченные темы;
 - б) негативизм в его любой форме;
 - в) обсуждения действий специалистов;
 - г) фамильярность, использование обиходных выражений в рабочее время;

- рекомендуемые фразы при общении с коллегами: «Я ценю ваше мнение по данному вопросу...», «Мы можем обсудить решение этой проблемы...», «Я могу вам в этом помочь...»;
- вне выполнения своих должностных обязанностей медицинских работников за пределами МО должен соблюдать общепринятые принципы этики и деонтологии; помнить о своей профессиональной роли; строить общение с медицинскими работниками и пациентами на взаимном уважении, вежливости и доброжелательности.

18.4. Коммуникативная модель «руководство-сотрудники»

Отношения руководителей и сотрудников МО должны строиться на основе взаимного уважения и поддерживаться в формате открытого диалога, позволяющего совершенствовать деятельность МО и оперативно решать возникающие вопросы.

В случае возникновения ситуаций, которые могут вызвать нежелательные последствия для какого-либо задезованного или заинтересованного лица (пациента, сотрудника или руководства МО, вышестоящего руководства, иного МО и т. д.), сотрудники МО обязаны оперативно предоставить руководству полную и истинную информацию и сообща принять меры.

Главными принципами взаимоотношений руководства и сотрудников МО являются: уважение, открытость, единомыслие.

Уважение к личности и мнению каждого сотрудника должно проявляться при обращении руководства к подчинённым, равно как и наоборот.

Сотрудники должны быть честны с руководством, должны иметь возможность открыто высказывать своё мнение по различным вопросам при общении с руководителем, соблюдая принцип взаимоуважения.

Руководство должно ясно и чётко доносить до сотрудников информацию о текущем положении дел организации, о стратегическом направлении её развития, а также получать обратную связь от сотрудников и реагировать на неё.

Задача руководителя – сплотить команду сотрудников и дать проявить себя заинтересованным в развитии организации сотрудникам, поощряя их активность и вклад в совершенствование работы организации.

В соответствии с принципами организации коммуникаций должны быть определены эффективные каналы передачи информации. Эффективность того или иного канала обусловлена специфическими факторами, характерными для каждого коллектива.

В целом, перечень возможных и рекомендуемых к использованию каналов коммуникации руководства и сотрудников выглядит следующим образом:

- личная беседа с сотрудником: такой тип коммуникации позволит соблюсти принцип открытости и поможет выявить актуальные проблемы и возможности по совершенствованию деятельности МО. Такие беседы могут быть регулярными и могут быть организованы в рамках выделенных часов приёма;
- собрания: могут носить различный характер и иметь разные цели. Для оперативного решения текущих задач может быть собрана часть коллектива, имеющая отношение к обсуждаемым вопросам. Соблюдение принципа открытости и взаимоуважения во время беседы должно приводить к принципу единомыслия, который реализуется за счёт

достижения согласия между участниками коммуникации. В целях информирования сотрудников о ходе реализации стратегии развития, а также о значимых событиях в организации, рекомендуется периодическое проведение общих собраний. Это позволит поддерживать корпоративный дух и также будет способствовать достижению принципа единомыслия;

- мессенджеры: в целях оперативного решения вопросов руководством, а также в целях пребывания руководства в курсе происходящего в МО, рекомендуется организация бесед (чатов) с сотрудниками в мессенджерах. В данных чатах сотрудники должны иметь возможность задать вопрос руководству и получить оперативный ответ, равно как и наоборот – руководитель может задать вопрос о текущей деятельности, либо отправить ободряющее и мотивирующее сообщение сотрудникам;
- стенд для объявлений: может быть установлен в помещениях, предназначенных для отдыха сотрудников. Обмениваться полезной, интересной и мотивирующей информацией через него могут как сами сотрудники между собой, так и с руководством;
- электронная почта: в целях передачи официальной информации, поручений, указаний сотрудникам удобным и эффективным каналом коммуникации является электронная почта.

18.5. Коммуникативная модель «сотрудник-сотрудник»

Главенствующими принципами взаимоотношений в коллективе должны быть уважение, поддержка, сотрудничество:

- коллектив МО должен быть единой сплочённой командой, члены которой уважают и поддерживают друг друга вне зависимости от занимаемой должности и работа которых нацелена на исполнение миссии их труда;
- уважение должно проявляться в вежливом и доброжелательном стиле общения между сотрудниками, учёте мнения коллег, избегании резких суждений относительно позиции других сотрудников;
- поддержка в коллективе должна проявляться в отсутствии отказов в помощи коллегам, оказании содействия советом или действием.

Должна применяться эффективная модель взаимодействия между коллегами, в том числе относительно процесса коммуникаций, должно происходить повышение его эффективности ради пациентов и для собственного удобства, даже если вариант – компромиссный.

Рекомендуются следующие каналы коммуникации:

- личные беседы: личное общение между сотрудниками – неотъемлемая часть рабочего процесса. В целях повышения уровня корпоративной культуры и формирования позитивного имиджа организации в глазах пациентов рекомендуется избегать личных тем разговора между сотрудниками в присутствии пациента, общение должно быть посвящено текущим вопросам, связанным с оказанием медицинской услуги данному пациенту. В целом, во время личных бесед необходимо соблюдать вышеизложенные принципы – уважение, поддержка, сотрудничество, в том числе по отношению к сотрудникам, не участвующим в беседе;
- стенд для объявлений в помещениях, предназначенных для отдыха сотрудников;

- мессенджеры: в целях оперативного решения вопросов рекомендуется организация бесед (чатов) сотрудников в мессенджерах. В данных чатах сотрудники должны иметь возможность задать вопрос друг другу или руководству и получить оперативный ответ;
- собрания: для оперативного решения текущих задач может быть собрана часть коллектива, имеющая отношение к обсуждаемым вопросам. Инициатором собрания может выступить любой член коллектива, если видит в этом необходимость.

18.6. Коммуникативная модель «сотрудник-пациент»

Все сотрудники МО должны стать помощниками пациента на пути к выздоровлению, формируя благоприятный коммуникативный климат.

Главными принципами, характеризующими стиль общения сотрудников и пациентов, должны быть внимательность, доброжелательность, профессионализм:

Пациенты должны быть уверены в компетентности специалиста, оказывающего ему медицинские услуги, доверять ему, не бояться рассказать о беспокоящих его вопросах.

Проявление принципов внимательности и доброжелательности в стиле общения может выражаться в форме активного слушания обращающегося к сотруднику пациента, доброжелательного ответа и получения обратной связи о том, что пациент удовлетворён ответом (это может проявляться в форме уточняющего вопроса).

Общение специалиста с пациентом во время оказания медицинской услуги должно происходить в вежливой форме и на понятном для пациента языке (медицинские термины должны быть пояснены пациенту). По окончании разговора сотрудник может сказать ободряющие слова пациенту, пожелав выздоровления и задав позитивный настрой.

Рекомендуемыми каналами коммуникации сотрудников организации с пациентами являются:

- личная беседа: этот тип и канал коммуникации является самым распространённым для модели «сотрудник-пациент», так как получение медицинских услуг непосредственно связано с личным общением. Соблюдение принципов внимательности и доброжелательности, а также проявление профессионализма в суждениях и поведении сотрудников помогут повысить уровень корпоративной культуры организации;
- телефонная связь: вежливое и внимательное отношение к пациентам, обратившимся по телефону в регистратуру МО, также является показателем культуры;
- сайт МО: помимо официальной информации, необходимой к размещению на сайте, рекомендуется выстроить дополнительную коммуникацию с пациентами через этот ресурс. Каналы обратной связи, такие как рубрика «Вопрос-Ответ», или организация форума, где пациенты могут получить комментарий специалиста по вопросу, не требующему обращения в МО, повысят уровень пациент-ориентированности;
- социальные сети: данный канал коммуникации сегодня является одним из обязательных для современных организаций, оказывающих услуги населению. Посредством данного канала можно не только обеспечить оперативную обратную связь с пациентами, информировать население об

услугах и режиме работе организации, но и заниматься продвижением особо значимых тем, таких как профилактика.

18.7 Внешние каналы коммуникации и имидж медицинской организации

Выстраивание позитивного имиджа должно заключаться не в том, чтобы освещать только позитивные моменты, умалчивая о негативных, а в том, чтобы проводить работу по выявлению и устранению причин, вызывающих негатив у сотрудников и пациентов, совершенствовать работу организации и демонстрировать позитивную динамику общественности.

Рекомендуются следующие каналы коммуникации:

- сайт и страницы в социальных сетях. Официальный сайт должен представлять собой удобную для пользователя динамичную платформу, посредством которой пациенты могут получить информацию об актуальных новостях и достижениях МО. Рекомендации по сайту:
 - а) у посетителя сайта не должно возникать трудностей с поиском информации, все разделы сайта должны быть выстроены логично, а информация – соответствовать заголовкам разделов;
 - б) внешний вид сайта должен выглядеть органично, цветовая гамма и шрифты быть едиными для всех страниц, гармонично сочетаться, а информация в их оформлении – легко считываться. Наличие версии для слабовидящих является обязательным;
 - в) на сайте должны быть реализованы каналы обратной связи: рубрика «Вопрос-Ответ», где пациент может оставить свой вопрос в специальной форме, форум пациентов, форма для жалоб и предложений;
 - г) помимо размещения обязательной для МО информации на сайте необходимо регулярно публиковать имиджевую информацию – новости МО или сферы здравоохранения, полезную информацию для пациентов. Рекомендуемая периодичность публикаций – не реже 4 раз в месяц;
- ведение официальных публичных страниц или групп организации в социальных сетях. Требования к публикациям – не менее 3-х постов в неделю. Требования к контенту (содержанию) совпадают с рекомендованным для сайта, но в социальных сетях он должен быть представлен в более короткой форме (не больше 500 знаков) и сопровождаться иллюстрациями. Рекомендуется подбирать и оформлять иллюстрации в соответствии с корпоративным стилем. Рекомендуемые социальные сети для ведения групп – ВКонтакте, Facebook, Одноклассники, Instagram;
- социальная активность. Повод для создания позитивной информации об организации может быть инициирован организацией в формате социальной активности с привлечением к участию общественности (проведение конкурсов, организация выставок);
- СМИ. Публикация общественно значимых новостей МО в прессе, на Интернет-порталах или съёмка новостного сюжета для телевизионного выпуска новостей используются с целью донесения актуальной информации до максимального количества людей, а также формирования позитивного имиджа МО во внешней среде.

Организацией формирования позитивного имиджа должен заниматься PR-специалист либо сотрудник, в обязанности которого входят данные функции.

18.8. Речевые модули

Таблица 14

Речевые модули сотрудника регистратуры

Работа с очередью:	
Вы работаете с одним посетителем, а второй ждет:	дождитесь паузы в общении с первым или извинитесь и прервите на секунду разговор «Прошу прощения...»; обратитесь ко второму: «Добрый день! Я сейчас освобожусь и помогу Вам, хорошо?»; завершив с первым – прощаемся с ним и начинаем обслуживание второго с фразы: «Спасибо за ожидание. Слушаю Вас!» .
Вы работаете с одним посетителем и второй обратился к вам за помощью (задает вопрос):	<ul style="list-style-type: none"> ▪ если вопрос требует короткого ответа, извинитесь, сделайте паузу в общении с первым и ответьте на вопрос (первому: «Прошу прощения, я отвечу на вопрос?», второму – ответ..., первому: «Спасибо за ожидание»); ▪ если вопрос требует длительной консультации: «Сейчас я освобожусь и подробно вам все расскажу (помогу Вам), хорошо?».
Вы долго работаете с одним клиентом и несколько нетерпеливо ожидают в очереди:	регулируйте очередь, сделайте паузу в общении с первым и дайте информацию. Первому: «Прошу прощения, я сделаю объявление, хорошо?», очереди: «Уважаемые клиенты, добрый день! Мы понимаем, что у каждого из вас есть вопрос (что ожидание в очереди утомляет). Мы (я) сейчас, насколько возможно быстро, поможем (помогу) каждому из вас, хорошо? Спасибо за ваше понимание!».
Вы работаете с одним клиентом и раздается телефонный звонок: клиенту:	«Прошу прощения, я отвечу на звонок, хорошо?» Снимаем трубку: «Здравствуйте, Городская стоматология, Оператор ИМЯ, слушаю Вас!». Если требуется длительная консультация по телефону: «Скажите пожалуйста, Вы могли бы сейчас подождать?» Если да: «Пожалуйста, оставайтесь на линии, я завершу обслуживание и помогу вам, хорошо?».

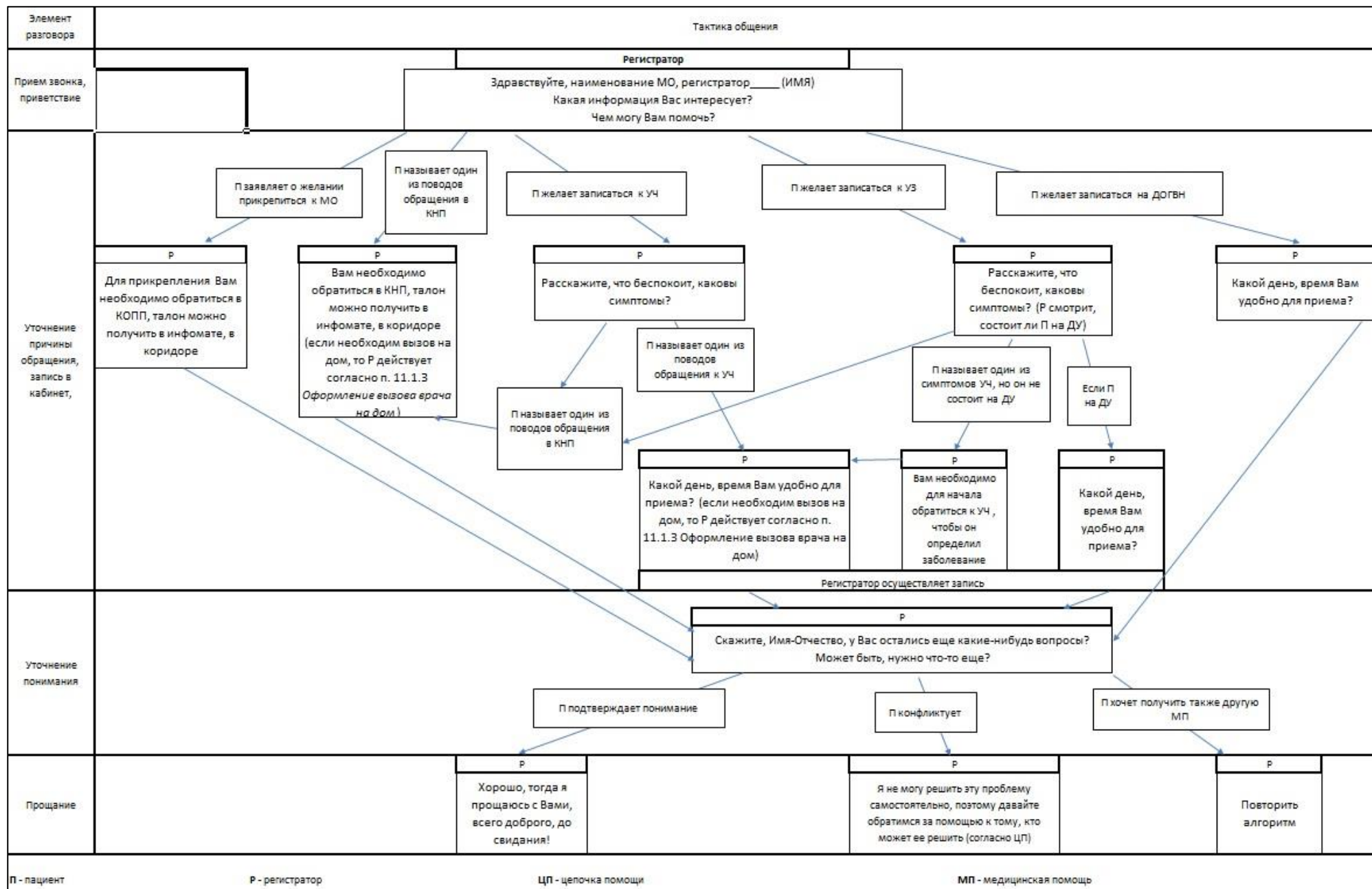


Рисунок 4. Речевые модули сотрудника регистратуры

Речевые модули для КОПП

Работа с пациентом для кабинета организации плановой помощи	
Приветствие	Здравствуйте, мое имя (____). Представьтесь, пожалуйста.
Выявление причин обращения или ответ на запрос пациента	На какие процедуры вас записать? Какие даты и время Вам удобнее?
Предложение варианта	Давайте посмотрим варианты... Можем предложить (День, Время, Врача (специализация, категория)), что скажете?
Инструктаж	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Для посещения (госпитализации) Вам необходимы следующие документы.... ▪ Подойдите, пожалуйста, на прием (Дата, Время, Кабинет, Этаж); Или: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Хорошо, Вы записаны на прием к (Специалист, День, Время, Кабинет, Этаж); ▪ С собой необходимо принести ▪ Если будут изменения и Вы не сможете подойти на прием – позвоните, пожалуйста, по тел..., хорошо?
Разговор специалиста кабинета организации плановой помощи (телефонный разговор)	
Приветствие	Здравствуйте, звоню Вам из МО _____, мое имя (____). Я разговариваю с _____? Можете ли Вы продолжить разговор?
Начало разговора	Я звоню вам для согласования времени и даты вашего обследования (госпитализации), назначенного Вам врачом _____.
Инструктаж	Вы записаны на (День, Время, Врач (специализация, категория)), что скажете? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Удобны ли Вам время и дата? ▪ Хорошо, тогда Вам с собой необходимо принести... Или <ul style="list-style-type: none"> ▪ Тогда давайте подберем удобные для Вас время и дату. ▪ Если будут изменения и Вы не сможете подойти на прием – позвоните, пожалуйста, по телефону..., хорошо?

Речевые модули врача

Базовые условия эффективности:

- принятие пациента таким, какой он есть, без попытки его как-то изменить, дает возможность относиться терпеливо к чужим недостаткам;
- безоценочное реагирование на мысли и чувства пациента;
- уважение к личности пациента;
- комфортная для общения окружающая среда.

Навыки слушателя:

- простые фразы, подтверждающие наличие контакта;
- повторение и перефразирование;
- задавайте вопросы: открытые – для получения информации, закрытые – для уточнения информации;
- интерпретация;
- резюмирование.

Навыки коммуникатора:

- сообщение должно быть кратким, четким, структурированным;
- информированность способствует развитию мотивации на излечение;
- говорите на языке собеседника;
- с осторожностью употребляйте медицинские термины;
- основную информацию можно записать.

Этапы:

- согласие;
- уточнение;
- аргументация;
- побуждение к действию.

Таблица 16

Речевой модуль «Работа с возражениями»

Этап	Речевой модуль
<p>Согласие</p> <p>Согласитесь с пациентом, а не с его словами</p>	<p>Речевой модуль</p> <p>«Мне понятна Ваша реакция»;</p> <p>«Полностью с Вами согласен, важно выбрать именно оптимальный вариант лечения»;</p> <p>«Действительно, нужно удостовериться в отсутствии противопоказаний, прежде чем принимать лекарство».</p>
<p>Уточнение</p> <p>Узнайте побольше о причине отказа</p>	<p>Речевой модуль</p> <p>«Мне понятна Ваша реакция. А как Вы пришли к такому мнению?»;</p> <p>«Полностью с Вами согласен, важно выбрать именно оптимальный вариант лечения. А что Вы считаете оптимальным?»;</p> <p>«Согласен, важно убедиться в отсутствии противопоказаний. А что именно вас беспокоит?»</p>

<p>Аргументация</p> <p>На каждую причину для отказа необходимо привести доводы в пользу назначения</p>	<p>Речевой модуль</p> <p>«Я понимаю ваши опасения. Конечно, риск есть, так как не существует абсолютно безопасных препаратов (методов лечения). Механизм действия этого препарата (метода лечения) позволит улучшить Ваше состояние. Если Вы откажетесь, то последствия будут такими (перечислить)».</p>
<p>Побуждение к действию</p> <p>Задайте вопрос, который поможет перейти к действию</p>	<p>Речевой модуль</p> <p>«Вы же хотите улучшить свое состояние? ...</p> <p>Для этого надо выполнять назначения врача. Итак, Вы готовы принимать данный препарат (метод лечения)?»</p>

Таблица 17

Речевой модуль «Конфликтный пациент»

Этап	Речевой модуль
<p>Выслушайте пациента</p>	<p>«Пойдемте со мной, я отведу Вас в спокойное место (кабинет, просто отойти от скопления пациентов и т.п.), где Вы сможете рассказать мне, что произошло, и я помогу Вам найти решение»</p>
<p>Держите себя в руках</p> <p>Никогда не отвечайте агрессией на агрессию</p>	<p>«Вы расстроены, сердиты. Давайте поищем вместе выход из этой ситуации»</p>
<p>Извинитесь или выразите сожаление</p>	<p>Если в возникновении ситуации есть ваша вина или вина вашей МО, то обязательно принесите пациенту извинения («Я приношу свои извинения», «Приношу вам извинения от лица нашей организации!»).</p> <p>Если виноват пациент – не надо извиняться, но следует проявить своё соучастие и понимание («Я сожалею о происшедшем, понимаю вас, это действительно неприятная ситуация»).</p>
<p>Уточните</p>	<p>Уточнение применяется только, если пациент многословно выражает претензии. Если коротко и четко, то пропустите этот этап.</p> <p>«Позвольте мне уточнить ...» или «Правильно ли я Вас понял, суть возникшей проблемы...»</p>
<p>Предложите решение проблемы</p>	<p>«Я предлагаю такое решение проблемы ...»,</p> <p>«Я не могу решить эту проблему самостоятельно, поэтому давайте обратимся за помощью к тому, кто</p>

	может это сделать. Пройдемте к ... (заведующему отделением, главному врачу и т.п.)».
<p>Если ни вы, ни ваш начальник не видите решение возникшей конфликтной ситуации, то поинтересуйтесь мнением пациента по поводу возможного решения: «Каким вам видится решение данной ситуации?», «Какое решение позволило бы нам исчерпать возникший конфликт?». Найдите взаимоприемлемый вариант.</p>	

18.9 Кадровая политика

Кадровая политика представляет собой совокупность принципов и мероприятий, которые определяют направление и содержание работы с персоналом. Выделяется 5 основных направлений работы с персоналом в рамках кадровой политики, которые представлены в контексте принципов их организации и соответствующих им мероприятий (таблица 18).

Таблица 18

Направления, принципы и мероприятия кадровой политики

Направления	Принципы	Мероприятия
1. Подбор и ротация кадров.	1. Профессиональная компетентность. 2. Конкурсность. 3. Учёт индивидуальных качеств и возможностей.	1. Создание (описание) образа идеального кандидата на каждую должность, с указанием не только обязательных профессиональных компетенций, но и необходимых гибких навыков (от англ. soft skills - комплекс неспециализированных, важных для карьеры надпрофессиональных навыков, которые отвечают за успешное участие в рабочем процессе, высокую производительность и являются сквозными, т. е. не связаны с конкретной предметной областью), а также личных качеств. 2. Ознакомление действующих сотрудников организации с профессиональными требованиями. 3. Тестирование сотрудников на соответствие требованиям к занимаемой должности. 4. При необходимости – организация обучения сотрудников в соответствии с недостающими компетенциями. 5. Организация ротации кадров, в том числе в управленческое звено в формате стажировки, для выявления возможностей профессионального роста сотрудников. 6. Плановая смена должностей по вертикали и горизонтали, подготовка резерва на конкретную должность по индивидуальной программе. 7. Отбор кандидатов на открытой конкурсной

		основе методом собеседования, тестирования, решения кейсов для демонстрации профессиональных знаний, гибких навыков и личных качеств. 8. Организация найма новых сотрудников, максимально близких к описанию идеального сотрудника для данной должности.
2. Оценка и аттестация персонала.	1. Регулярность. 2. Учёт ежедневной деятельности. 3. Мотивация.	1. Разработка системы оценки персонала, установление периодичности её проведения и формы учёта ежедневной деятельности сотрудников. 2. Утверждение системы бонусов за достижения в работе и успешное прохождение аттестации. 3. Ознакомление сотрудников с системой оценки и мотивации. 4. Проведение оценки.
3. Управление персоналом организации.	1. Партисипативность (учёт мнения сотрудников при принятии решений). 2. Непредвзятое отношение к сотрудникам. 3. Эффективность коммуникаций.	1. Оценка эффективности каналов коммуникации руководства с сотрудниками. 2. Модернизация каналов и форм коммуникации руководства и сотрудников, создание площадки для совместного обсуждения направлений развития организации. 3. Мотивация сотрудников к осмыслению деятельности и внесению предложений по её улучшению.
4. Развитие персонала.	1. Повышение квалификации, самообразование. 2. Самовыражение. 3. Мотивация.	1. Проведение оценки профессиональных компетенций и гибких навыков сотрудников. 2. Сбор образовательных запросов сотрудников. 3. Формирование индивидуальных образовательных траекторий сотрудников и подбор соответствующих учебных мероприятий. 4. Формирование и реализация плана обучения сотрудников. 5. Контроль за повышением квалификации сотрудников.
5. Мотивация и стимулирование персонала, оплата труда.	1. Открытость. 2. Ясность. 3. Справедливость.	1. Утверждение перечня задач, обязанностей и показателей работы сотрудников. 2. Разработка эффективной системы оплаты труда, предусмотрение возможностей получения премий в качестве мотивации к улучшению показателей деятельности. 3. Предоставление социальных бонусов в нематериальной форме в качестве мотивации

		<p>к труду (оплата занятий спортом, культурных мероприятий, иного досуга).</p> <p>4.Разработка системы наказаний за несоблюдение должностных инструкций и невыполнение показателей (рассмотрение причин и вынесение решения проводится в индивидуальном порядке).</p> <p>5.Донесение информации до сотрудников о системе мотивации.</p> <p>6.Организация нематериальной мотивации: проведение корпоративных мероприятий для повышения сплочённости коллектива, повышение знаний истории организации среди сотрудников, поддержка традиций и обычаев, организация мероприятий для самореализации сотрудников (конкурсы, фотовыставки, прочее).</p>
--	--	---

ВАЖНО!

Выполняя свои обязанности, медицинские работники и сотрудники МО руководствуются принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, законодательством, регулирующим взаимоотношения врача и пациента.

18.10. Контрольный лист оценки внедрения корпоративной культуры, общих принципов профессиональной этики и основных правил поведения

<i>Контрольный лист оценки внедрения корпоративной культуры, общих принципов профессиональной этики и основных правил поведения</i>	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Статус		
		Принято	НЕ принято	
В МО сформулированы ряд задач, которые ставит перед собой коллектив				
В МО разработан корпоративный стиль				
Специалисты соблюдают этические принципы и правила поведения				
Работа ведется по принятым речевым модулям				

19. Оценка работы поликлиники пациентом

19.1. Общие требования к организации проведения оценки

Основная информация о потребностях пациентов и степени их удовлетворенности исходит из оценки работы поликлиники:

- пациент должен иметь возможность оставить оценку о работе поликлиники и её структурных подразделениях с помощью:
 - а) сайта организации в специальном разделе;
 - б) листов предложений в холле поликлиники, структурных подразделениях;
 - в) книг жалоб и предложений, находящихся в открытом доступе в регистратуре;

- г) QR-кода;
- д) с помощью листа оценки пациентом – далее Лист ([приложение 9](#));
- руководитель МО обязан контролировать доступность вышеперечисленных источников для пациентов;
- раз в квартал должен быть проведен сбор информации об оценке работы поликлиники путем опроса пациентов (размещение опроса на сайте МО и опрос пациентов уполномоченным сотрудником в поликлинике);
- раз в месяц все оценки должны быть суммированы, проанализированы и учтены при общей оценке результативности персонала.

19.2. Требования к организации процесса оценки

- Приказом главного врача должен быть назначен ответственный за проведение и обеспечение оценки поликлиники пациентом;
- для оценки работы поликлиники пациентом на сайте МО должен быть создан специальный раздел, в котором:
 - а) перечислены текущие выполняемые проекты с возможностью их оценки по 10-балльной шкале;
 - б) создана форма для отзывов пациентов, которая позволяет оценить работу структурных подразделений по 10-балльной шкале и выявить «проблемные зоны»;
- работа с оценкой листа предложений осуществляется руководителями структурного подразделения и ответственным за выполнение на местах;
- информация об оценке деятельности структурных подразделений, размещенная на листах предложений в холле передается при необходимости руководителю структурного подразделения и ответственным за выполнение на местах;
- на каждый написанный в книге жалоб отзыв уполномоченный сотрудник, ответственный за выполнение конкретного процесса, должен дать ответ по оставленным координатам;
- QR-код для оценки работы поликлиники предоставляется разработчиками сервиса TesMed в лице ФГБОУ ВО СибГМУ;
- QR-кодирование применяется в оценке качества работы МО при обслуживании пациентов;
- пациент, находясь в прямой близости с размещенным QR-кодом, будет иметь возможность, используя функционал смартфона, идентифицировать МО и поставить оценку по пятизвездочной системе, если пациент ставит меньше пяти звезд, приложение предлагает ему выбрать причину неудовлетворенности из списка. Пользователь системы с правом администрирования сможет видеть изменения информации в зависимости от времени;
- рядом с кабинетами, в которых проходит стандартизация, располагается информация о необходимости зафиксировать факт выявления недостатков в работе поликлиники пациентом ([приложение 8](#));
- при обнаружении недостатков в работе поликлиники, пациент может обратиться к администратору холла или в регистратуру и заполнить Лист;
- Листы пронумерованы и подлежат учету;

- информация из Листов вносится в журнал учета Листов оценки пациентом под определенным номером, указывается ответственное лицо и отметка о принятом решении;
- при наличии телефонного номера пациента, обнаружившего недостаток, с ним связываются и сообщают о принятом решении.

Таблица 19

Формат журнала учета Листов оценки пациентом

№ п/п	№ листа	Дата регистрации	Выявленный недостаток	Ответственное лицо	Принятое решение	Телефон пациента

ВАЖНО!

Руководство поликлиники обязано принимать необходимые управленческие решения для усовершенствования «проблемных зон», которые низко оценены пациентами поликлиники.

19.3. Контрольный лист оценки организации работы по оценке поликлиники пациентом

<i>Контрольный лист оценки организации работы по оценке поликлиники пациентом</i>	Медицинская организация:	Дата		Комментарии
	Заполнил:	Принято	НЕ принято	
Сайт организации работает и отвечает требованиям				
Листы предложений находятся на положенных местах				
Имеет доступ к книге жалоб и предложений для пациентов				
Осуществлена возможность перехода по QR-коду к формам обратной связи для пациента				
На сайте присутствует раздел с осуществляющимися проектами в поликлинике, присутствует возможность их оценки и комментариев к ним				
Возле кабинетов имеется необходимая информация о необходимости обратиться к администратору холла				
Наличие пронумерованных Листов оценки пациентом				
Журнала учета Листов оценки пациентом соответствует данному стандарту				

Приложение 1 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Система навигации и информационные носители (внешний и внутренний контур)

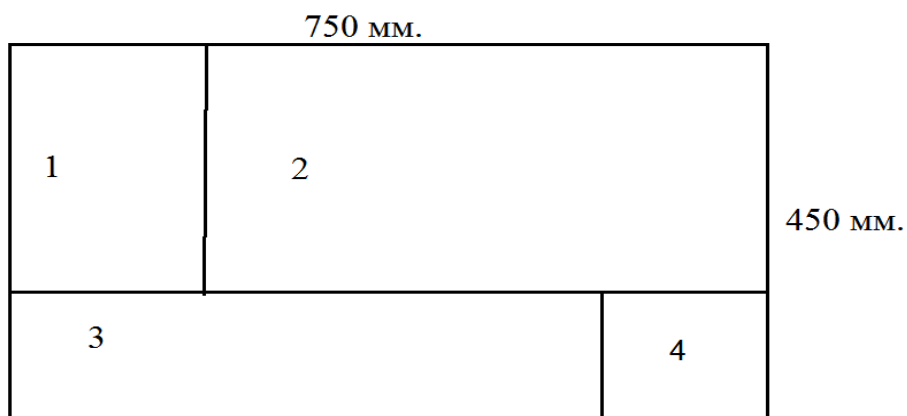


Рисунок 1. Схема указателя месторасположения организации
Прим. 1- логотип МО, 2- наименование МО, 3-адрес МО и телефон регистратуры, 4 - QR-код сайта МО.

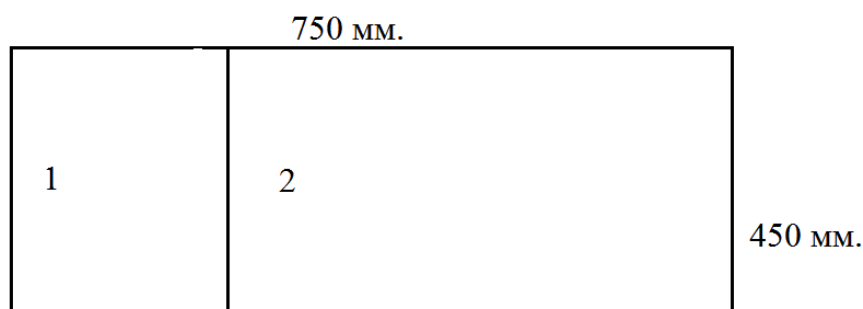


Рисунок 2. Схема основной наружной вывески
Прим. 1- логотип МО; 2- наименование МО.

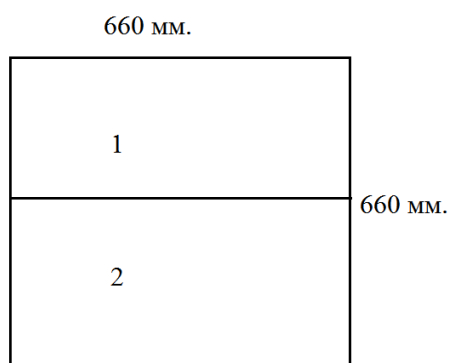


Рисунок 3. Схема консольной вывески
Прим. 1- логотип МО; 2- наименование МО.

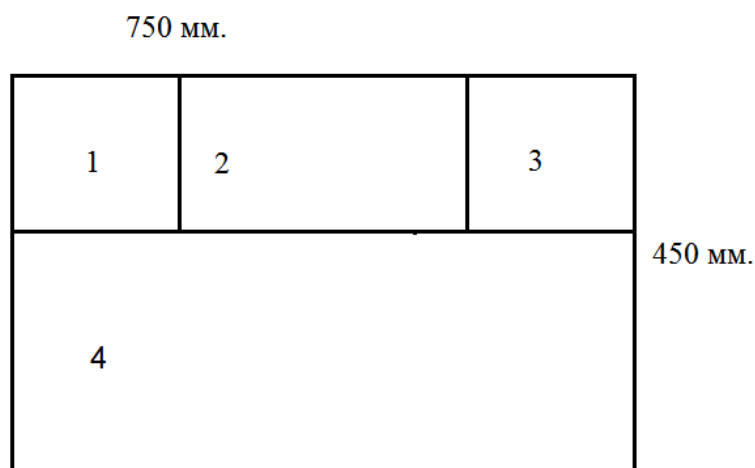


Рисунок 4. Схема таблички с графиком работы поликлиники
Прим. 1- логотип МО; 2- наименование МО, 3- QR-код сайта МО, 4- график работы МО.



Рисунок 5. Пример схемы исполнения таблички с наклейкой QR-кода



Рисунок 6. Схема вывески гардероба



Рисунок 7. Макет указателя



Рисунок 8. Макет мультиуказателя



Рисунок 9. Схема плана этажа



Рисунок 10. Макет указателей на группы кабинетов

1 ЭТАЖ	
1 каб.	флюорография
2 каб.	процедурная
3 каб.	хирург
4 каб.	офтальмолог
5 каб.	уролог
6 каб.	ЭКГ

не менее 50 мм.

Рисунок 11. Макет поэтажного указателя кабинетов с номерами и специальностями врачей

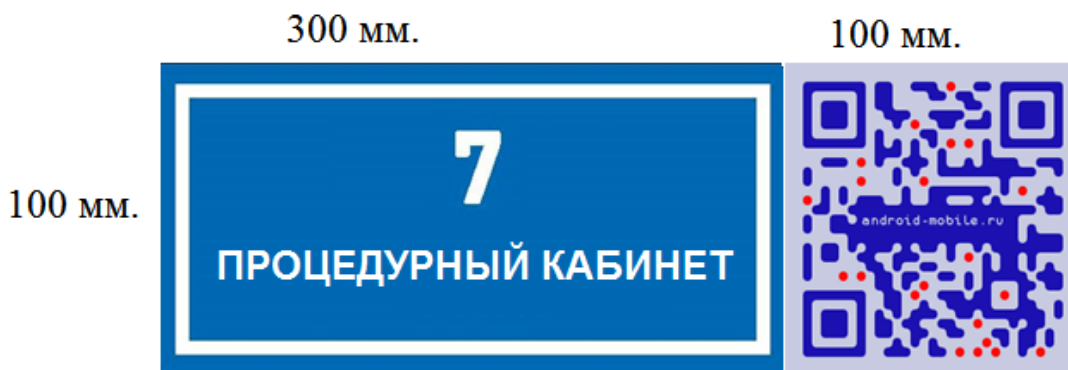


Рисунок 12. Макет таблички на кабинете

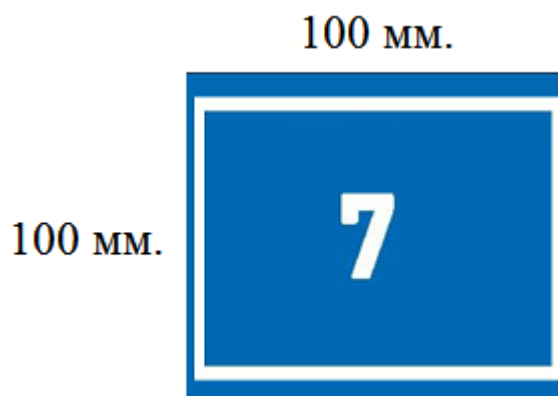


Рисунок 13. Макет таблички на кабинете специалиста

Уважаемые пациенты!

Предлагаем Вам после получения медицинской помощи оценить работу нашей медицинской организации, воспользовавшись QR-кодом:



В настоящее время прием ведут

**Врач-терапевт
Петров Петр Петрович**

**Медицинская сестра
Петрова Юлия Петровна**

Для оценки Вам необходимо установить приложение для считывания QR-кода *

Также Вы можете провести оценку на сайте нашей медицинской организации

www.poliklinika.ru

*Интернет-трафик оплачивается согласно тарифам Вашего оператора

Рисунок 14. Образец таблички с ФИО специалистов, которые работают в кабинете, включая информацию для оценки работы медицинской организации с помощью QR-кода, размещаемой на внешней стороне двери

2 этаж

←	→
каб.12 - процедурная	каб.16 - ЭКГ
каб. 13 - хирург	каб. 17 - невролог
каб.14 - офтальмолог	каб.18 - ЛОР
каб. 15 - уролог	каб. 19 - кардиолог

не менее 50 мм

Рисунок 15. Макет таблички с номерами этажей и схемой расположения кабинетов



Рисунок 16. Макет стрелки «Зона отдыха»

1		2		4			
		3					
№ каб.	ФИО специалиста	Специальность	пн.	вт.	ср.	чтв.	птн.
5			6				

Рисунок 17. Схема информационного стенда №1 «Расписание работы врачей»
Прим. 1- логотип МО; 2- логотип АТО; 3 – логотип ДЗТО; 4 - название стенда; 5 - полное наименование МО; 6 – контактные данные МО.

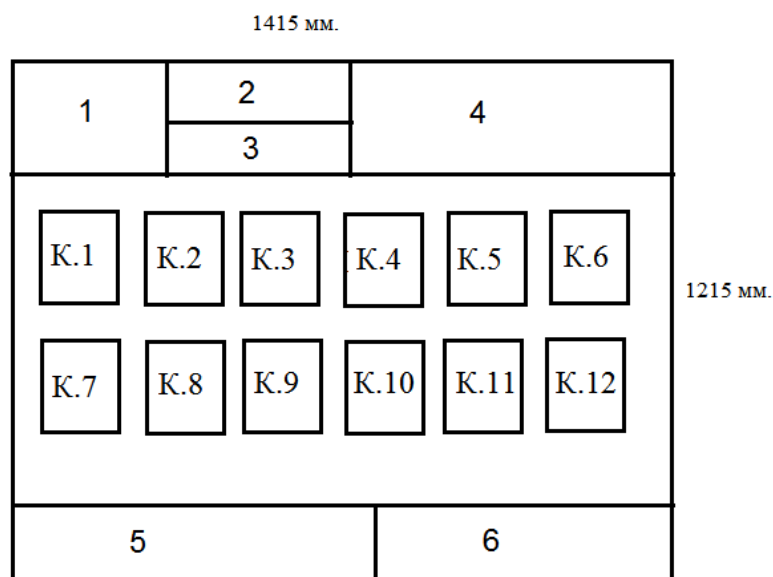


Рисунок 18. Схема информационного стенда №2 «Информация о медицинской организации»
Прим. 1- логотип МО; 2- логотип АТО; 3 – логотип ДЗТО; 4 - название стенда; 5 - полное наименование МО; 6 – контактные данные МО; К.1-К.12 – карманы для размещения информации.

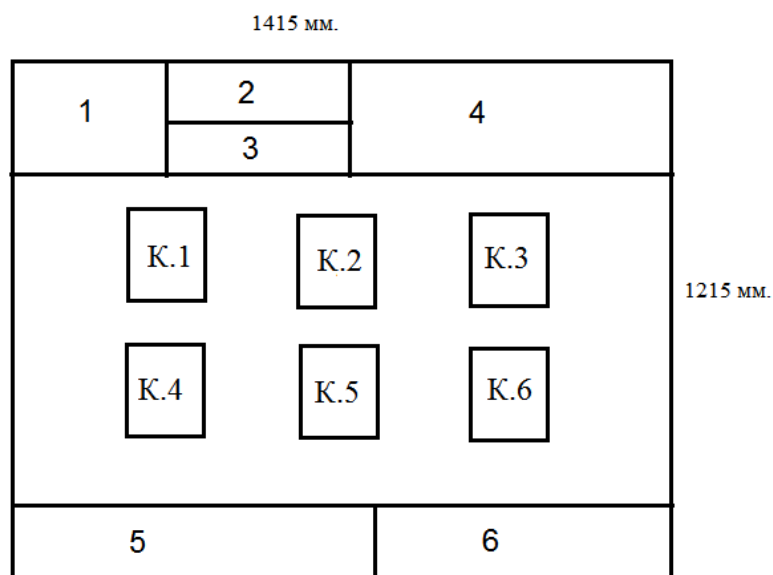


Рисунок 19. Схема информационного стенда №3 «Информация о медицинской деятельности медицинской организации»

Прим. 1- логотип МО; 2- логотип АТО; 3 – логотип ДЗТО; 4 - название стенда; 5 - полное наименование МО; 6 – контактные данные МО; К.1-К.6 – карманы для размещения информации.

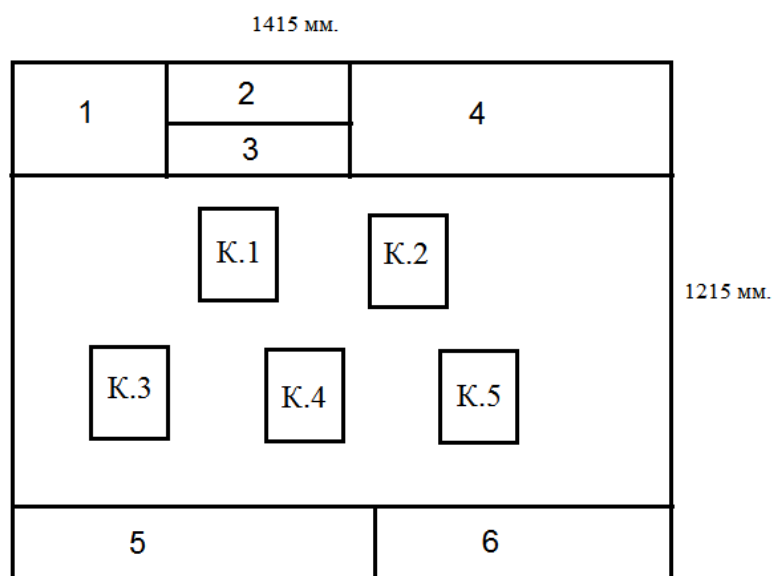


Рисунок 20. Схема информационного стенда №4 «Информация по предоставлению медицинской помощи в системе ОМС»

Прим. 1- логотип МО; 2- логотип АТО; 3 – логотип ДЗТО; 4 - название стенда; 5 - полное наименование МО; 6 – контактные данные МО; К.1-К.5 – карманы для размещения информации.

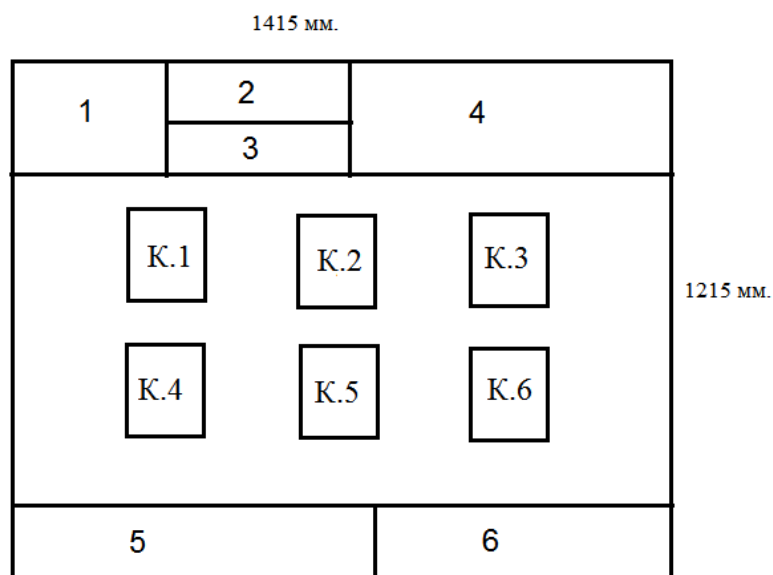


Рисунок 21. Схема информационного стенда №5 «Перечни лекарственных препаратов для льготных категорий граждан»

Прим. 1- логотип МО; 2- логотип АТО; 3 – логотип ДЗТО; 4 - название стенда; 5 - полное наименование МО; 6 – контактные данные МО; К.1-К.6 – карманы для размещения информации.

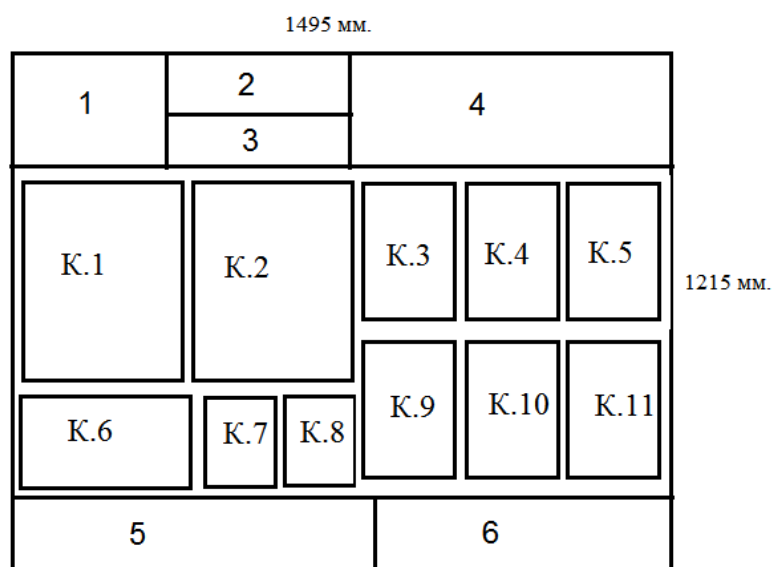


Рисунок 22. Схема информационного стенда №6 «Информация о профилактике заболеваний и ЗОЖ»

Прим. 1- логотип МО; 2- логотип АТО; 3 – логотип ДЗТО; 4 - название стенда; 5 - полное наименование МО; 6 – контактные данные МО; К.1-К.11 – карманы для размещения информации.

Приложение 2 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Варианты идентификации врачей и медицинских сестер

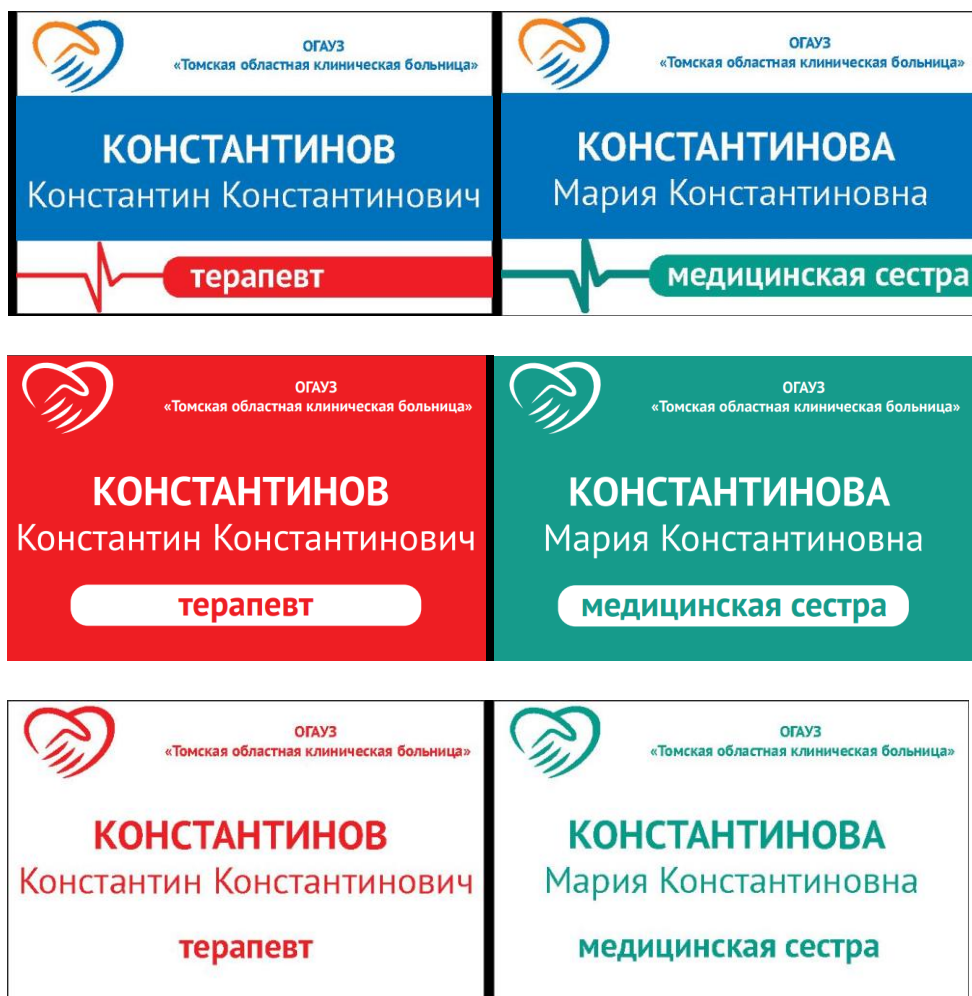


Рисунок 1. Варианты дизайна бейджа



Рисунок 2. Нашивки на плечах медицинского халата с буквами.



Рисунок 3. Нашивки на плечах медицинского халата со словами «Врач» и «Медсестра».



Рисунок 4. Вышивки на груди (на правой стороне) медицинского халата.

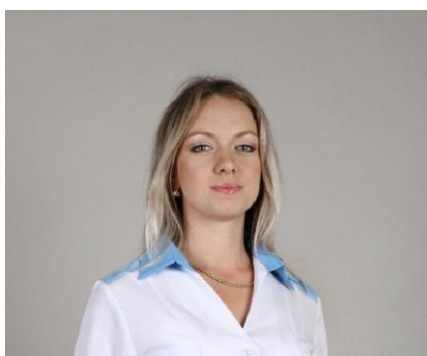


Рисунок 5. Использование цветной полосы на плечах и на воротнике медицинского халата.



Рисунок 6. Комплексное использование нашивки и цветной полосы.



Рисунок 7. Обозначение принадлежности к подразделению МО.

**Приложение 3 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории
Томской области. Функции структурных подразделений**

	КНП	КОПП	КМП	СМП	УЧ
Прикрепление населения к МО		+			
Запись на исследования при неотложных состояниях внутри МО	+				
Запись на исследования, в т.ч перед плановой госпитализацией и плановую госпитализацию внутри МО					+
Запись на консультации и исследования в плановом порядке во внешние МО		+			
Запись на госпитализацию в плановом порядке во внешние МО		+			
Взаимодействие между МО и внешними МО в части передачи информации о выписке пациентов, о результатах обследований		+			
Прием больных для решения вопроса о срочности направления к врачу участковому терапевту либо другому специалисту	+				
Заполнение справок, выписок из медицинской документации					+
Осуществление выписки рецептов льготным категориям граждан	+				+

Проведение исследований на доврачебном этапе: измерение АД, уровня глюкозы, холестерина, регистрация ЭКГ	+				
Оказание НП при острых и обострениях хронических заболеваний, травм, отравлениях, не опасных для жизни и не требующих экстренной помощи пациентам на дому, в том числе детям старше 3 лет	+			+	
Оказание НП при острых и обострениях хронических заболеваний, травм, отравлениях, не опасных для жизни и не требующих экстренной помощи пациентам, обратившимся непосредственно в КНП, в том числе детям старше 3 лет	+			+	
Выдача документов, подтверждающих временную нетрудоспособность		+			
Посещение пациентов, с ограниченными возможностями, осуществление динамического медицинского наблюдения, осуществление обследования на дому, оформление рецептов для ЛЛЮ	+	на дому по назначению лечащего врача			+
Осуществление преемственности с отделением СМП, участковой службой МО	+				

Посещение пациентов после выписки из стационара (после острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения)	+				+
Посещение пациентов с ЗНО IV клинической группой, получающих противоболевую терапию (оценка болевого синдрома) 1 раз в 10 дней	+				+
Оказание медицинской помощи населению в экстренной и неотложной форме	+			+	
Осуществление медицинской эвакуации пациента с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи				+	
Осуществление вызова бригады СМП для медицинской эвакуации пациента в МО	+				+
Осуществление первичной профилактики в группах высокого риска					+
Осуществление диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями	+				+

Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности больных, представление на врачебную комиссию, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу					+
Выдает заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение, оформляет санаторно-курортную карту.					+
Осуществляет организационно-методическую и практическую работу по диспансеризации населения			+		+
Организует проведение вакцинации населения в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям					+

Приложение 4 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Рекомендации по подготовке к исследованиям

Памятка для пациентов по подготовке к лабораторным исследованиям

Общие положения

Кровь для лабораторных исследований рекомендуется сдавать утром, натощак, после 8-12 часового голодания. Если нет возможности посетить лабораторию в утренние часы, можете сдать кровь в течение дня. Вы должны воздерживаться от физических нагрузок, приема алкоголя в течение 24 ч до взятия крови.

Вам необходимо:

- не есть после 20.00;
- утром после подъема воздержаться от курения;
- если Вы принимаете лекарства, обязательно предупредите об этом лечащего врача;
- кровь следует сдавать до проведения рентгенологического, эндоскопического или физиотерапевтических процедур.

Непосредственно перед взятием крови на анализы необходимо исключить физическое напряжение (бег, подъем по лестнице) эмоциональное возбуждение. Поэтому непосредственно перед процедурой следует отдохнуть 10 – 15 минут и успокоиться. Очень важно, чтобы Вы точно следовали указанным рекомендациям, т.к. только в этом случае результаты будут правильными.

Общий анализ крови

Общий анализ крови назначен Вашим лечащим врачом, чтобы объективно оценить состояние Вашего здоровья.

- кровь сдается в утренние часы натощак (или в дневные и вечерние часы, спустя 3 часа после последнего приема пищи). Необходимо за 1-2 дня до исследования исключить из рациона продукты с высоким содержанием жиров, прием алкоголя. По возможности, исключить высокие эмоциональные и физические нагрузки накануне;
- не следует сдавать кровь для лабораторного исследования сразу после физиотерапевтических процедур, инструментального обследования, рентгенологического и ультразвукового исследований, массажа и других медицинских процедур;
- кровь для исследований нужно сдавать до начала приема лекарственных препаратов или не ранее, чем через 10 - 14 дней после их отмены. Если Вы принимаете лекарства, обязательно предупредите об этом лечащего врача.

Биохимический анализ крови

Биохимический анализ крови назначен Вашим лечащим врачом, чтобы объективно оценить состояние Вашего здоровья.

- кровь сдается в утренние часы, натощак, после 8-12 часового голодания. Необходимо за 1-2 дня до исследования исключить из рациона продукты с высоким содержанием жиров, прием алкоголя. По возможности, исключить высокие эмоциональные и физические нагрузки накануне;
- не следует сдавать кровь для лабораторного исследования сразу после физиотерапевтических процедур, инструментального обследования,

рентгенологического и ультразвукового исследований, массажа и других медицинских процедур;

- кровь для исследований нужно сдавать до начала приема лекарственных препаратов или не ранее, чем через 10 - 14 дней после их отмены. Если Вы принимаете лекарства, обязательно предупредите об этом лечащего врача.

Общий анализ мочи

Общий анализ мочи назначен Вашим лечащим врачом, чтобы объективно оценить состояние Вашего здоровья.

- накануне сдачи анализа не рекомендуется употреблять овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи (свекла, морковь и прочие), не принимать диуретики;
- перед сбором мочи Вам необходимо провести тщательный туалет наружных половых органов. Женщинам не рекомендуется сдавать анализ мочи во время менструации;
- соберите примерно 50 мл утренней мочи в контейнер для сбора мочи. Завинчиваете емкость крышкой и доставляете мочу в лабораторию. Допускается хранение мочи в холодильнике (при t+2 +4° C), но не более 1,5 часов.

Анализ мочи по Нечипоренко

- накануне сдачи анализа не рекомендуется употреблять овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи (свекла, морковь и прочие), не принимать диуретики;
- перед сбором мочи вам необходимо провести тщательный туалет наружных половых органов. Женщинам не рекомендуется сдавать анализ мочи во время менструации;
- соберите утреннюю мочу в следующем порядке: небольшая начальная порция мочи сливается в унитаз, затем основная часть собирается в контейнер, в конце мочеиспускания моча снова сливается в унитаз;
- завинчиваете емкость крышкой и доставляете мочу в лабораторию. Допускается хранение мочи в холодильнике (при t+2 +4° C), но не более 1,5 часов.

Анализ мочи по Зимницкому

- накануне сдачи анализа не рекомендуется употреблять овощи и фрукты, которые могут изменить цвет мочи (свекла, морковь и прочие), не принимать диуретики;
- собирать мочу необходимо в течение 24 часов на обычном питьевом режиме (1,5-2 л в сутки), учитывая выпитое количество жидкости за сутки;
- в 6 часов утра освободить мочевого пузыря (эту порцию мочи вылить). Далее через каждые 3 часа в течение суток собирать мочу в отдельные емкости, на которых указывать время сбора и номер порции. Всего 8 порций:
 - а) 1 порция - с 6-00 до 9-00 утра;
 - б) 2 порция - с 9-00 до 12-00;
 - в) 3 порция - с 12-00 до 15-00;
 - г) 4 порция - с 15-00 до 18-00;

- д) 5 порция - с 18-00 до 21-00;
- е) 6 порция - с 21-00 до 24-00;
- ж) 7 порция - с 24-00 до 3-00;
- з) 8 порция - с 3-00 до 6-00 часов;
- все собранное количество мочи в 8 контейнерах доставить в лабораторию.

Исследование кала

- кал собирается после самопроизвольной дефекации в специально предназначенную посуду (одноразовые пластиковые контейнеры с герметичной крышкой и ложечкой-шпателем для отбора пробы кала);
- нельзя направлять материал для исследования после клизмы, приема медикаментов, влияющих на перистальтику кишечника, после приема касторового или вазелинового масла, после введения свечей, препаратов, влияющих на окраску кала (железо, висмут, серноокислый барий), приносить в КДЛ фекалии в памперсах. Кал не должен содержать мочи;
- емкость с фекалиями доставляется в лабораторию сразу после дефекации или не позднее 10-12 ч после дефекации при условии хранения в холодильнике при температуре +3-5 °С.

Исследование кала на скрытую кровь

- кал собирается после самопроизвольной дефекации в специально предназначенную посуду (одноразовые пластиковые контейнеры с герметичной крышкой и ложечкой-шпателем для отбора пробы кала);
- за три дня до исследования из рациона необходимо исключить мясо, печень, кровяную колбасу и все продукты, содержащие железо (яблоки, болгарский перец, шпинат, белую фасоль, зеленый лук, огурцы);
- нельзя направлять материал для исследования после клизмы, приема медикаментов, влияющих на перистальтику кишечника, после приема касторового или вазелинового масла, после введения свечей, препаратов, влияющих на окраску кала (железо, висмут, серноокислый барий);
- емкость с фекалиями доставляется в лабораторию сразу после дефекации или не позднее 5 ч после дефекации при условии хранения в холодильнике при температуре +3-5 °С.

Памятка для пациента по подготовке к ультразвуковому исследованию (УЗИ)

Подготовка к УЗИ органов брюшной полости

- наиболее приемлемое время для исследования — утром натощак. Если исследование предстоит во второй половине дня, утром допускается легкий завтрак и интервал между приемом пищи и УЗИ не менее 6 часов;
- за 2-3 дня до обследования рекомендуется исключить из рациона продукты, усиливающие газообразование в кишечнике (сырые овощи, богатые растительной клетчаткой, цельное молоко, черный хлеб, бобовые, газированные напитки, а также высококалорийные кондитерские изделия — пирожные, торты);

- при склонности к повышенному газообразованию рекомендуется 2 – 3 дня до исследования принимать энтеросорбенты (например, активированный уголь или эспумизан по 2 таблетки 3 раза в день).

УЗИ щитовидной железы, УЗИ мошонки, УЗИ почек

- эти исследования не требуют специальной подготовки.

УЗИ мочевого пузыря:

- исследование проводится при полном мочевом пузыре, поэтому необходимо выпить за 1 час до процедуры следующее количество негазированной жидкости (в зависимости от возраста): 1 год-100мл; 3 года-150мл; 5 лет -170-200мл; 7 лет-300мл; 10 лет 3-300-350мл; 13 лет и старше 500 мл.

Памятка для пациента по подготовке к рентгенологическому исследованию

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (гастроскопия)

- наиболее приемлемое время для исследования — утром натощак;
- последний прием пищи не позднее 20 часов накануне. Утром исключить завтрак.

Рентгенологическое исследование почек (экскреторная внутривенная урография)

- исключить из рациона продукты, способствующие газообразованию (овощи, фрукты, сладости, молоко, чёрный хлеб);
- по назначению врача можно принимать активированный уголь;
- ограничить приём жидкости до 1 литра со второй половины дня накануне исследования;
- очистительные клизмы утром и вечером.

МРТ почек и мочевых путей

- специальной подготовки к МРТ почек не требуется;
- мочевой пузырь при МРТ таза должен быть заполнен частично, чтобы не возникали позывы к мочеиспусканию во время исследования;
- наличие в теле инородных металлических материалов, имплантированных кардиостимуляторов и других устройств, чувствительных к магнитному полю ограничивает возможность применения МРТ;
- рекомендуется заранее обговорить возможность подробной записи полученных изображений в цифровом виде на компакт-диске, выдаваемом на руки пациенту вместе с заключением.

Памятка для пациента по подготовке к эндоскопическим методам исследованиям

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Эзофагогастродуоденоскопия - эндоскопическое исследование, при котором осматриваются верхние отделы желудочно-кишечного тракта: пищевод, желудок и двенадцатиперстная кишка.

- исследование проводится натощак. Допускается прием лекарственных препаратов с небольшим количеством воды;
- перед исследованием необходимо сообщить врачу об имеющейся аллергии на лекарства, если она у Вас имеется и о том, какие лекарственные препараты Вы принимаете.

Фиброколоноскопия

Фиброколоноскопия — эндоскопическое исследование, во время которого визуально, то есть под контролем зрения, оценивается состояние слизистой оболочки толстой кишки.

- исследование проводится натощак. Допускается прием лекарственных средств.

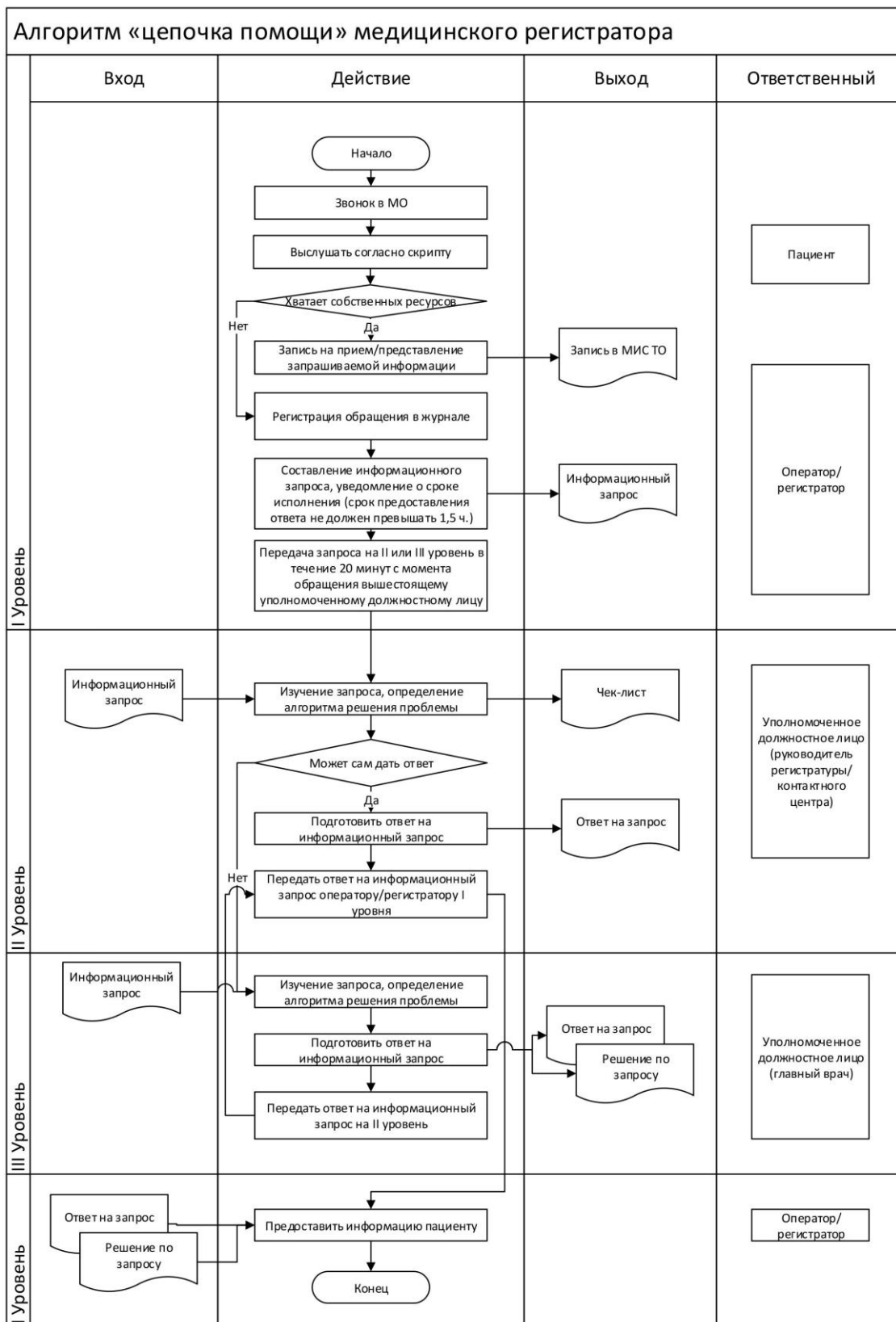
Подготовка к колоноскопии:

- для того чтобы осмотреть слизистую оболочку толстой кишки необходимо, чтобы в ее просвете не было каловых масс. За два дня до исследования рекомендуется употреблять в пищу бульон, отварное мясо, рыбу, курицу, яйца, сыр, белый хлеб, печенье. Следует исключить фрукты, овощи, зелень, злаковые, бобовые, грибы, ягоды, зерновой хлеб;
- накануне исследования – водно-чайная диета (минеральная вода, чай, прозрачные соки, бульоны).

Подготовка кишечника с использованием препарата Фортранс:

- прием раствора Фортранса желательно начинать не раньше, чем через 2 часа после еды (1 пакетик растворить в 1 литре воды). При необходимости для улучшения вкусовых свойств добавить сок лимона;
- раствор Фортранса принимать по 1 стакану на протяжении каждые 15 минут (за 1 час необходимо выпить 1 литр раствора Фортранса);
- прием раствора Фортранса необходимо закончить минимум за 3 часа до процедуры;
- для полной очистки необходимо выпить 3 литра раствора (3 пакетика Фортранса). Если есть предрасположенность к запорам – 4 литра (4 пакетика Фортранса);
- до проведения процедуры разрешается употреблять только жидкую пищу: кипяченую воду, бульон, чай или сок;
- если процедура завтра утром: последний прием пищи закончить сегодня в 14:00; прием раствора Фортранса начать в 16:00; с 16:00 до 17:00 принять первый литр раствора Фортранса; с 17:00 до 18:00 принять второй литр раствора Фортранса; с 18:00 до 19:00 принять третий литр раствора Фортранса; с 19:00 до 20:00 принять четвертый литр раствора Фортранса (если это необходимо);
- если процедура завтра после обеда: последний прием пищи закончить сегодня в 16:00; прием раствора Фортранса начать в 18:00; с 18:00 до 19:00 принять первый литр раствора Фортранса; с 19:00 до 20:00 принять второй литр раствора Фортранса; утром в день исследования с 7:00 до 8:00 принять третий литр раствора Фортранса; с 8:00 до 9:00 принять четвертый литр раствора Фортранса (обязательно);
- действие препарата начинается в среднем после окончания приема первого литра раствора Фортранса и прекращается через 3-5 часов после окончания приема последнего литра.

Приложение 5 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Алгоритм реализации цепочки помощи сотрудника регистратуры



Приложение 6 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Кодекс врачебной этики Томской области

1. Общие положения

- 1.1. Главная цель профессиональной деятельности врача – сохранение жизни человека, профилактика заболеваний и восстановление здоровья, а также уменьшение страданий при неизлечимых заболеваниях. Свои обязанности врач выполняет, следуя голосу совести, руководствуясь клятвой Гиппократова, принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, ст. 41 Конституции Российской Федерации и Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 1.2. Врач несет всю полноту ответственности за свои решения и действия. Для этого он обязан систематически профессионально совершенствоваться, памятуя, что качество оказываемой больным помощи никогда не может быть выше его знаний и умений. В своей деятельности врач должен использовать последние достижения медицинской науки, известные ему и разрешенные к применению.
- 1.3. В основу настоящего Кодекса положены Конституция Российской Федерации, Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Кодекс врачебной этики РФ (1997 г.), Международный кодекс врачебной этики (принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Лондон, Великобритания, октябрь 1949 г., дополнен 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 г., и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.).

2. Основные обязанности врача

- 2.1. Врач обязан оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам.
- 2.2. Как в мирное, так и в военное время врач должен оказывать медицинскую помощь любому в ней нуждающемуся независимо от возраста, пола, расы, национальности, вероисповедания, социального положения, политических взглядов, гражданства и других немедицинских факторов, включая материальное положение.
- 2.3. Врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи, вне зависимости от собственной профессиональной специализации и этических ценностей.
- 2.4. Мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на принятие врачом профессионального решения.
- 2.5. Врач не должен принимать поощрений от фирм-изготовителей и распространителей лекарственных препаратов за назначение предлагаемых ими лекарств.
- 2.6. Врач должен при назначении лекарств строго руководствоваться медицинскими показаниями и исключительно интересами больного.
- 2.7. Врач должен добросовестно выполнять взятые на себя обязательства по отношению к учреждению, в котором он работает.

- 2.8. Врач обязан доступными ему средствами (газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм. Поведение врача не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.
 - 2.9. Врач может заниматься какой-либо иной деятельностью, если она совместима с профессиональной независимостью, не унижает достоинства врача и не наносит ущерб пациентам и его врачебной деятельности.
 - 2.10. Врач может содействовать врачебным объединениям и ассоциациям, активно участвуя в их работе, а также выполняя их поручения.
 - 2.11. Врач должен всегда развивать свою профессиональную компетентность и поддерживать наивысшие стандарты профессионального поведения. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня – первейший профессиональный долг врача. Врач должен быть компетентен в отношении моральных и юридических прав пациента.
 - 2.12. Врач должен уважать законное право пациента или его законного представителя (когда он имеет дело с ребенком или недееспособным больным) принимать или отказываться от лечения.
 - 2.13. Врач должен уважать права и предпочтения пациентов, коллег и других медицинских работников.
 - 2.14. Врач должен осознавать свою важную роль в образовательном процессе в обществе, но ему следует быть крайне осторожным, давая информацию об открытиях, новых технологиях и методах лечения через непрофессиональные каналы.
 - 2.15. В любой ситуации врач не освобождается от обязанности оказывать неотложную медицинскую помощь, а также от этических обязательств по отношению к тем пациентам, кто в данный момент находится у него на лечении.
 - 2.16. Врач должен стремиться использовать наилучшим способом лечебные средства с максимальной пользой для пациентов и общества.
 - 2.17. Врач должен принять соответствующие меры (извещение администрации больницы, лечение), если он страдает от душевного или физического заболевания, препятствующего выполнению должностных обязанностей.
 - 2.18. Врач должен уважать местные или национальные этические нормы. Врач должен поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены – неотъемлемое качество личности врача.
 - 2.20. Врач должен постоянно помнить о своем долге сохранения человеческой жизни.
 - 2.21. Врачебную практику врач может осуществлять только под собственной фамилией, не используя псевдоним и не указывая не присвоенных официально титулов, степеней, званий.
- 3. Обязанности врача по отношению к больному**
- 3.1. Врач отвечает за качество оказываемой пациентам медицинской помощи. В своей работе он обязан руководствоваться законами

Российской Федерации, действующими нормативными документами для врачебной практики (медицинскими стандартами), но в рамках этих предписаний, учитывая особенности заболевания, выбирать те методы профилактики, диагностики и лечения, которые сочтет наиболее эффективными в каждом конкретном случае, руководствуясь интересами больного. При необходимости врач обязан воспользоваться помощью своих коллег.

- 3.2. Врач не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. Врач должен действовать во благо интересов пациента, оказывая медицинскую помощь. При выборе любого метода лечения врач прежде всего должен руководствоваться заповедью «Не навреди!».
- 3.3. За исключением случаев неотложной помощи, когда он обязан предпринимать меры, не усугубляющие состояние больного, врач имеет право отказаться от лечения больного, если уверен, что между ним и пациентом нет необходимого взаимного доверия, если чувствует себя недостаточно компетентным или не располагает необходимыми для проведения лечения возможностями. В этих и подобных случаях врач должен принять все меры к информированию об этом администрации учреждения и порекомендовать больному компетентного специалиста.
- 3.4. Врач должен уважать право пациента на выбор врача и участие в принятии решений о проведении лечебно-профилактических мер. Добровольное согласие пациента на лечение врач обычно получает при личном разговоре с больным. Это согласие должно быть осознанным, больной должен быть непременно информирован о методах лечения, о последствиях их применения, в частности, о возможных осложнениях, других альтернативных методах лечения. Проведение лечебно-диагностических мероприятий без согласия пациента разрешено только в случаях угрозы для жизни и здоровья пациента и неспособности его адекватно оценить ситуацию. Желательно решение в подобных случаях принимать коллегиально. При лечении лиц, страдающих психическими заболеваниями, врач должен руководствоваться Законом Российской Федерации № 3185-1 от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». При лечении ребенка врач обязан предоставлять полную информацию его родителям или опекунам, получить их согласие на применение того или иного метода лечения или лекарственного средства.
- 3.5. Врач должен уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно, уважать его права на личную тайну, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием больного, но в то же время он не должен без достаточных на то профессиональных причин вмешиваться в частные дела пациента и членов его семьи.
- 3.6. Если пациент не способен осознанно выразить свое согласие, его должен выразить законный представитель или лицо, постоянно опекающее пациента.

- 3.7. Пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, но он может от нее отказаться или в письменном согласии указать лицо, которому следует сообщать о состоянии его здоровья. Информация может быть скрыта от пациента в тех случаях, если имеются веские основания полагать, что она может нанести ему серьезный вред. Однако по четко выраженному пациентом требованию врач обязан предоставить ему полную информацию. В случае неблагоприятного прогноза для больного необходимо проинформировать его предельно деликатно и осторожно, оставив надежду на продление жизни, на возможный благоприятный исход.
 - 3.8. По желанию пациента врач не должен препятствовать реализации его права на консультацию другим врачом.
 - 3.9. Самореклама при общении врача с больным недопустима.
 - 3.10. При совершении ошибки или развитии в процессе лечения непредвиденных осложнений врач обязан проинформировать об этом больного, в необходимых случаях – администрацию учреждения, и немедленно приступить к действиям, направленным на исправление вредных последствий, не дожидаясь указаний на это.
 - 3.11. При отборе больных, требующих проведения сложных профилактических, диагностических и особенно лечебных мероприятий, врачи, вынужденно устанавливающие очередность в оказании помощи, должны исходить из строгих медицинских показаний и принимать решения в соответствии с действующим в учреждении локальным нормативным актом.
 - 3.12. Врач должен отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит желание пациента добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами (коррупциогенный фактор). Врач вправе принять благодарность от пациента, если она выражается в форме, не унижающей человеческого достоинства обоих, не противоречит принципам справедливости и порядочности и не нарушает правовых норм.
- 4. Обязанности врача по отношению к коллегам**
- 4.1. Врач должен вести себя по отношению к своим коллегам так, как хотел бы, чтобы они вели себя по отношению к нему.
 - 4.2. В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение и чувство благодарности к тому, кто научил его искусству врачевания.
 - 4.3. Врачи, обучающие студентов и молодых специалистов, своим поведением и отношением к исполнению своих обязанностей должны быть примером, достойным подражания.
 - 4.4. Врач должен быть честен в отношениях с коллегами и бороться с проявлением коллегами неэтичности, некомпетентности, обмана и мошенничества.
 - 4.5. Врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества. Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательностью.
 - 4.6. Врачи обязаны с уважением относиться к другому медицинскому и вспомогательному персоналу учреждения, постоянно заботясь о повышении его квалификации. Фамильярность, неслужебный характер

взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждается медицинской этикой.

- 4.7. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны. Врач не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию другого врача или каким-либо иным образом его дискредитировать. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в неоскорбительной форме, желательно в личной беседе, прежде чем о них будет проинформировано медицинское сообщество или вопрос будет вынесен на обсуждение этического комитета (комиссии).
- 4.8. Медицинское сообщество обязано оказывать помощь врачу в восстановлении его профессиональной репутации.
- 4.9. В трудных клинических случаях опытные врачи должны давать советы и оказывать помощь менее опытным коллегам в корректной форме. Но за процесс лечения всю полноту ответственности несет только лечащий врач, который вправе принять рекомендации коллег или от них отказаться, руководствуясь при этом исключительно интересами больного.
- 4.10. Врачи-руководители обязаны заботиться о повышении профессиональной квалификации своих коллег-подчиненных.

5. Врачебная тайна

- 5.1. Каждый пациент имеет право на сохранение личной тайны, и врач обязан сохранять врачебную тайну даже после смерти пациента, как и сам факт обращения за медицинской помощью, если больной не распорядился иначе.
- 5.2. Тайна распространяется на все сведения, полученные в процессе обращения и лечения больного (факт обращения за медицинской помощью, диагноз, методы лечения, прогноз и др.).
- 5.3. Медицинская информация о пациенте может быть раскрыта:
 - по ясно выраженному письменному согласию самого пациента;
 - по мотивированному требованию органов дознания, следствия и суда;
 - если сохранение тайны существенным образом угрожает здоровью и жизни пациента и (или) других лиц (опасные инфекционные заболевания);
 - в случае привлечения к лечению других специалистов, для которых эта информация является профессионально необходимой.
- 5.4. Врач должен следить за тем, чтобы лица, принимающие участие в лечении больного, также соблюдали профессиональную тайну.
- 5.5. Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны сохранять в тайне все полученные о пациенте сведения.
- 5.6. В процессе научных исследований, обучения студентов и усовершенствования врачей должна соблюдаться врачебная тайна. Демонстрация больного возможна только с его согласия.

6. Научные исследования и биомедицинские испытания

- 6.1. Перед началом биомедицинских исследований, в том числе апробации новых лекарственных средств, биологически активных добавок, способов обследования и методов лечения врач должен получить

согласие на их проведение этического комитета учреждения (при наличии такового) с утверждением плана (протокола) предполагаемого исследования, в котором должны быть четко определены цели и этические аспекты, ход эксперимента, возможные осложнения.

- 6.2. Испытуемый после ознакомления с целями, методами, потенциальной пользой и возможным риском должен дать свое явно выраженное письменное согласие на участие в исследовании, которое по желанию пациента может быть беспрепятственно на любом этапе денонсировано им.
- 6.3. В отношении пациентов, не способных дать осознанное согласие на участие в исследовании, согласие должно быть получено в письменной форме от родителей или другого законного представителя – юридически ответственного лица. Подобные исследования могут проводиться только в интересах спасения жизни, восстановления или поддержания здоровья исследуемого, без нанесения ему вреда, ухудшения здоровья и течения имеющегося заболевания.
- 6.4. Биомедицинские исследования с участием пациентов могут проводиться врачами в следующих случаях:
 - если они служат улучшению здоровья пациентов, участвующих в эксперименте;
 - если они вносят существенный вклад в медицинскую науку и практику;
 - если результаты предшествующих исследований и данные научной литературы не свидетельствуют о риске развития осложнений.
- 6.5. Биомедицинские исследования с участием пациентов должны проводиться квалифицированными в научном плане врачами-исследователями под наблюдением компетентных специалистов. Исследователи обязаны прервать испытание в случаях появления признаков, опасных для жизни и здоровья испытуемого. Испытания на беременных женщинах, на плодах и новорожденных запрещаются.
- 6.6. Испытатели обязаны застраховать свою ответственность на случай причинения неумышленного вреда здоровью испытуемых.
- 6.7. О результатах своих исследований врач после оформления авторского права на открытие, изобретение и др. должен через доступные ему средства профессиональной информации оповестить своих коллег.
- 6.8. Врачи, особенно руководители научных коллективов, в научных публикациях должны строго соблюдать авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив либо умалчивание фамилий лиц, активно участвовавших в исследованиях, является нарушением принципов профессиональной этики.

7. Помощь больным в терминальном состоянии

- 7.1. Врач должен приложить все усилия к тому, чтобы обеспечить больному необходимую медицинскую помощь в экстремальных условиях.
- 7.2. Врач не должен прибегать к эвтаназии, равно как и привлекать к ее исполнению других лиц, но обязан облегчить страдания больных,

находящихся в терминальном состоянии, всеми доступными, известными ему и разрешенными способами.

7.3. Вопрос о прекращении реанимации, особенно в случаях, если нет энцефалографических подтверждений полного прекращения мозговой деятельности, следует по возможности решать коллегиально.

7.4. Врач не должен препятствовать осуществлению права пациента воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии.

8. Трансплантация органов и тканей, репродукция, геном человека

8.1. Действия врача, его морально-этическая ориентация при трансплантации человеческих органов и тканей, вмешательстве в геном человека, в репродуктивную функцию определяются этическими, правовыми и законодательно-нормативными актами Российской Федерации, Всемирной медицинской ассоциации и Всемирной организации здравоохранения.

8.2. Врач не должен эти области науки и практики использовать для извлечения личной финансовой выгоды.

9. Информация и реклама

9.1. Врач не должен участвовать в рекламировании средств и методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных препаратов, не разрешенных к применению федеральными органами здравоохранения, равно как и наркотических средств, алкоголя, табачных изделий.

9.2. Публикации медицинского характера, выступления врачей на научных форумах, просветительская деятельность в прессе, на радио и телевидении должны быть безупречными в этическом плане, ограничиваться объективной научно-практической информацией и не содержать элементов недобросовестной конкуренции, рекламы и саморекламы.

9.3. Врач обязан сообщать в администрацию лечебно-профилактического учреждения о наблюдаемых им всех неизвестных, нежелательных побочных действиях лекарственных препаратов.

9.4. В информационных мероприятиях, организованных с участием фирм-производителей лекарственных средств и медицинской техники, врач должен прежде всего ориентироваться на информационные цели и лично не проводить рекламную работу среди больных по покупке указанных средств.

9.5. В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан России врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения немедицинские методы.

9.6. Сотрудники медицинского учреждения, предоставляя информацию профессионального характера третьим лицам (не сотрудникам организации), должны помнить, что они представляют не только себя, но и свою организацию, формируя о ней представление общественности. Соответственно при случае передачи такой информации необходимо соблюдать как общие этические нормы, так и интересы своей организации.

9.7. Сотрудник медицинской организации обязан способствовать передаче своим пациентам официальной информации, имеющей профилактический или социально значимый характер, исключая распространение рекламной информации.

10. Врачебные справки

10.1. Врачебные справки врач может выдать только в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

11. Ответственность врача

11.1. Врач ответственен за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.

11.2. За свою врачебную деятельность врач несет моральную ответственность перед пациентом и медицинским сообществом, а за нарушение законов Российской Федерации – перед судом. Но врач прежде всего должен помнить, что главный судья на его врачебном пути – это его собственная совесть.

12. Отношения с руководством

12.1. Отношения руководителей и сотрудников медицинской организации должны строиться на основе взаимного уважения и поддерживаться в формате открытого диалога, позволяющего совершенствовать деятельность организации и оперативно решать возникающие вопросы.

12.2. В случае ситуаций, которые могут вызвать нежелательные последствия для какого-либо задезованного или заинтересованного лица (пациента, сотрудника или руководства медицинской организации, вышестоящего руководства, иного учреждения здравоохранения и т. д.), сотрудники учреждения обязаны оперативно предоставить руководству полную и истинную информацию и сообща принять меры.

13. Отношение к организации

13.1. Сотрудники должны с уважением относиться к организации, в которой они работают, быть в курсе текущего положения дел и планов развития, а также соблюдать ее интересы в своей профессиональной деятельности, не нарушая общих этических норм.

13.2. Сотрудники медицинского учреждения должны быть в курсе истории создания своей организации, знать об имеющихся традициях и принимать участие в проходящих культурных мероприятиях, поддерживая сплоченность коллектива.

13.3. Сотрудники медицинской организации должны быть осведомлены о корпоративных нормах своего учреждения, обязаны придерживаться их, а также имеют право вносить предложения по совершенствованию корпоративной культуры своей организации с целью создания максимально комфортной рабочей обстановки, позволяющей повысить уровень работы организации.

14. Отношения с общественными организациями

14.1. Врач имеет право защищать свои профессиональные интересы, прибегая к помощи общественных организаций как регионального, так

и федерального уровня: НП «Медицинская Палата Томской области», НП «Национальная Медицинская Палата», Томская областная организация Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, Профессиональный союз работников здравоохранения Российской Федерации, Томская региональная общественная организация «Ассоциация выпускников СибГМУ» и иных организаций.

14.2. Приветствуется активное участие врачей в проявлении своей позиции при решении судьбоносных для отрасли здравоохранения решений посредством выражения своего мнения при обсуждении таких вопросов на собраниях общественных организаций.

15. Пределы действия настоящего Кодекса врачебной этики Томской области.

15.1. Настоящий Кодекс врачебной этики Томской области действует на всей территории Томской области и распространяется на все медицинские организации, находящиеся на территории региона.

Приложение 7 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Кодекс этики медицинской сестры Томской области

1. Общие положения

- 1.1. Этической основой профессиональной деятельности медицинской сестры являются гуманность и милосердие. Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний.
- 1.2. Потребность в работе медицинской сестры универсальна. Сестринское дело подразумевает уважение к жизни, достоинству и правам человека. Оно не имеет ограничений по национальным или расовым признакам, по признаку вероисповедания, цвета кожи, возраста, пола, политического или социального положения.
- 1.3. В основу настоящего кодекса положены Этический кодекс медицинской сестры России (1997 г.) и Кодекс профессиональной этики медсестер, принятый на Международном совете медсестер (1953 г.).

2. Основные обязанности медицинской сестры

- 2.1. Медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения, или других различий.
- 2.2. Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и на получение адекватной медицинской помощи.
- 2.3. Медицинская сестра должна превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента.
- 2.4. Мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на выполнение медицинской сестрой должностных обязанностей.
- 2.5. Медицинская сестра при оказании медицинской помощи должна руководствоваться исключительно интересами больного.
- 2.6. Медицинская сестра должна добросовестно выполнять взятые на себя обязательства по отношению к учреждению, в котором она работает.
- 2.7. Медицинская сестра обязана доступными ей средствами (беседы и пр.) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм. Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью.
- 2.8. Медицинская сестра обязана содействовать сестринским объединениям и ассоциациям, активно участвуя в их работе, а также выполняя их поручения.
- 2.9. Медицинская сестра должна всегда развивать свою профессиональную компетентность и поддерживать наивысшие стандарты профессионального поведения. Непрерывное совершенствование специальных знаний и умений, повышение своего культурного уровня

– первейший профессиональный долг медицинской сестры. Она не должна претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. Медицинская сестра должна быть компетентна в отношении моральных и юридических прав пациента.

- 2.10. Медицинская сестра, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента.
- 2.11. Медицинская сестра должна принять соответствующие меры (извещение администрации больницы, лечение), если она страдает от душевного или физического заболевания, препятствующего выполнению должностных обязанностей.
- 2.12. Медицинская сестра должна уважать местные или национальные этические нормы.
- 2.13. Медицинская сестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Опрятность и соблюдение правил личной гигиены - неотъемлемое качество личности медицинской сестры.
- 2.14. Самореклама несовместима с медицинской этикой.
- 2.15. Если медицинская сестра участвует в организованном коллективном отказе от работы, она не освобождается от обязанности оказывать неотложную медицинскую помощь, а также от этических обязательств по отношению к тем пациентам, кто в данный момент проходит у нее курс лечения.

3. Обязанности медицинской сестры по отношению к больному

- 3.1. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам.
- 3.2. Медицинская сестра обязана уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний.
- 3.3. Ухаживая за пациентом, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения.
- 3.4. Проявление высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы.
- 3.5. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения.
- 3.6. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам медицинская сестра должна руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. В случаях, требующих по медицинским показаниям контроля за поведением пациента, медицинской сестре следует ограничивать свое вмешательство в личную жизнь пациента исключительно профессиональной необходимостью.
- 3.7. Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины: Прежде всего - не навредить! Медицинская сестра не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту такой вред.
- 3.8. Действия медицинской сестры по уходу, любые другие медицинские вмешательства, сопряженные с болевыми ощущениями и иными

временными негативными явлениями, допустимы лишь в его интересах. Лекарство не должно быть горше болезни!

- 3.9. Производя медицинские вмешательства, чреватые риском, медицинская сестра обязана предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений.
- 3.10. Медицинская сестра должна уважать законное право пациента или его законного представителя (когда она имеет дело с ребенком или недееспособным больным) соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него. Медицинская сестра должна быть уверена, что согласие или отказ даны пациентом добровольно и осознанно. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры - в меру своей квалификации разъяснять пациенту последствия отказа от медицинской процедуры. Отказ пациента не должен влиять на его положение и негативно отражаться на отношении к нему медицинской сестры и других медицинских работников.
- 3.11. Медицинская сестра должна сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента, даже после смерти пациента, если пациент не распорядился иначе.
- 3.12. Медицинская сестра обязана неукоснительно выполнять свои функции по защите конфиденциальной информации о пациентах, в каком бы виде она ни хранилась. Медицинская сестра вправе раскрыть конфиденциальную информацию о пациенте какой-либо третьей стороне только с согласия самого пациента. Медицинская сестра вправе передавать конфиденциальную информацию без согласия пациента лишь в случаях, предусмотренных законом:
 - по мотивированному требованию органов дознания, следствия и суда;
 - если сохранение тайны существенным образом угрожает здоровью и жизни пациента и (или) других лиц (опасные инфекционные заболевания);
 - в случае привлечения к лечению других специалистов, для которых эта информация является профессионально необходимой.
- 3.13. В случае неизбежности раскрытия конфиденциальной информации медицинская сестра обязана сообщить об этом пациенту. Во всех других случаях медицинская сестра несет личную моральную и юридическую ответственность за разглашение профессиональной тайны.
- 3.14. Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть. Медицинская сестра обязана владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом. Первейшие моральные и профессиональные обязанности медицинской сестры: предотвращение и облегчение страданий; оказание

умирающему и его семье психологической поддержки. Эвтаназия, то есть преднамеренные действия медицинской сестры с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, незаконна, неэтична и недопустима.

3.15. Медицинская сестра должна относиться уважительно к умершему пациенту. При обработке тела следует учитывать религиозные и культурные традиции. Медицинская сестра обязана уважать закрепленные в законодательстве Российской Федерации права граждан относительно патологоанатомических вскрытий.

3.16. Медицинская сестра должна отказываться от подарков и лестных предложений со стороны пациента, если в основе лежит его желание добиться привилегированного положения по сравнению с другими пациентами (коррупциогенный фактор).

3.17. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой.

4. Обязанности медицинской сестры по отношению к коллегам

4.1. Медицинская сестра должна вести себя по отношению к своим коллегам так, как хотела бы, чтобы они вели себя по отношению к ней.

4.2. Во взаимоотношениях с коллегами медицинская сестра должна быть честной, справедливой и порядочной, признавать и уважать их знания, опыт и вклад в лечебный процесс.

4.3. Медицинская сестра обязана в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны, а также оказывать содействие другим участникам лечебного процесса, включая добровольных помощников.

4.4. Медицинская сестра обязана уважать давнюю традицию своей профессии - оказывать медицинскую помощь коллеге безвозмездно.

4.5. Попытки завоевать себе авторитет путем дискредитации коллег неэтичны.

4.6. Медицинская сестра должна отдавать дань заслуженного уважения своим учителям.

4.7. Моральный и профессиональный долг медицинской сестры - помогать пациенту в выполнении назначенной врачом программы лечения. Медицинская сестра обязана точно и квалифицированно производить назначенные врачом медицинские манипуляции.

4.8. Высокий профессионализм медицинской сестры - важнейший моральный фактор товарищеских, коллегиальных взаимоотношений медицинской сестры и врача. Если медицинская сестра сомневается в целесообразности лечебных рекомендаций врача, она должна тактично обсудить эту ситуацию сначала с самим врачом, а при сохраняющемся сомнении и после этого – с вышестоящим руководством.

4.9. Фамильярность, неслужебный характер взаимоотношений врача и медицинской сестры при исполнении ими профессиональных обязанностей осуждаются медицинской этикой.

4.10. Медицинская сестра не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию другой медицинской сестры или каким-либо иным образом ее дискредитировать. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в не оскорбительной форме, желательно в личной беседе.

- 4.11. Медицинское сообщество обязано оказывать помощь медицинской сестре в восстановлении ее профессиональной репутации.
- 4.12. Старшая медицинская сестра обязана заботиться о повышении профессиональной квалификации своих коллег-подчиненных.

5. Информация и реклама

- 5.1. Медицинская сестра не должна участвовать в рекламировании средств и методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных препаратов, не разрешенных к применению федеральными органами здравоохранения, равно как и наркотических средств, алкоголя, табачных изделий.
- 5.2. Публикации медицинского характера, выступления медицинских сестер на научных форумах, просветительская деятельность в прессе, на радио и телевидении должны быть безупречными в этическом плане, ограничиваться объективной научно-практической информацией и не содержать элементов недобросовестной конкуренции, рекламы и саморекламы.
- 5.3. В информационных мероприятиях, организованных с участием фирм-производителей лекарственных средств и медицинской техники, медицинская сестра должна прежде всего ориентироваться на информационные цели и лично не проводить рекламную работу среди больных по покупке указанных средств.
- 5.4. В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан России медицинская сестра не должна пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения немедицинские методы и средства.
- 5.5. Сотрудники медицинского учреждения, предоставляя информацию профессионального характера третьим лицам (не своим пациентам и не сотрудникам организации), должны помнить, что они представляют не только себя, но и свою организацию, формируя о ней представление общественности. Соответственно при случае передачи такой информации необходимо соблюдать как общие этические нормы, так и интересы своей организации.
- 5.6. Сотрудник медицинской организации обязан способствовать передаче своим пациентам официальной информации, имеющей профилактический или социально значимый характер, исключая распространение рекламной информации.

6. Ответственность медицинской сестры

- 6.1. Медицинская сестра ответственна, в пределах своей компетенции, за обеспечение прав пациента, провозглашенных Всемирной медицинской ассоциацией, Всемирной организацией здравоохранения и закрепленных в законодательстве Российской Федерации.
- 6.2. За свою деятельность медицинская сестра несет моральную ответственность перед пациентом, а за нарушение законов Российской Федерации – перед судом. Но медицинская сестра прежде всего должна помнить, что главный судья на ее профессиональном пути – это ее собственная совесть.

7. Отношения с руководством

- 7.1. Отношения руководителей и сотрудников медицинской организации должны строиться на основе взаимного уважения и поддерживаться в

формате открытого диалога, позволяющего усовершенствовать деятельность организации и оперативно решить возникающие вопросы.

- 7.2. В случае ситуаций, которые могут вызвать нежелательные последствия для какого-либо задействованного или заинтересованного в лица (пациента, сотрудника или руководства медицинской организации, вышестоящего руководства, иного учреждения здравоохранения и т. д.), сотрудники учреждения обязаны оперативно предоставить руководству полную информацию и сообща принять меры.

8. Отношение к организации

- 8.1. Сотрудники должны с уважением относиться к организации, в которой они работают, быть в курсе текущего положения дел и планов развития, а также соблюдать ее интересы в своей профессиональной деятельности, не нарушая общих этических норм.
- 8.2. Сотрудники медицинского учреждения должны быть в курсе истории создания своей организации, знать об имеющихся традициях и принимать участие в проходящих культурных мероприятиях, поддерживая сплоченность коллектива.
- 8.3. Сотрудники медицинской организации должны быть осведомлены о корпоративных нормах своего учреждения, обязаны придерживаться их, а также имеют право вносить предложения по совершенствованию корпоративной культуры своей организации с целью создания максимально комфортной рабочей обстановки, позволяющей повысить уровень работы организации.

9. Отношения с общественными организациями

- 9.1. Медицинская сестра имеет право защищать свои профессиональные интересы, прибегая к помощи общественных организаций как регионального, так и федерального уровня: НП «Медицинская Палата Томской области», НП «Национальная Медицинская Палата», Томская областная организация Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, Профессиональный союз работников здравоохранения Российской Федерации, Ассоциация медицинских сестёр Томской области, Томская региональная общественная организация «Ассоциация выпускников СибГМУ» и иных организаций.
- 9.2. Приветствуется активное участие медицинских сестёр в проявлении своей позиции при решении судьбоносных для отрасли здравоохранения решений посредством выражения своего мнения при обсуждении таких вопросов на собраниях общественных организаций.

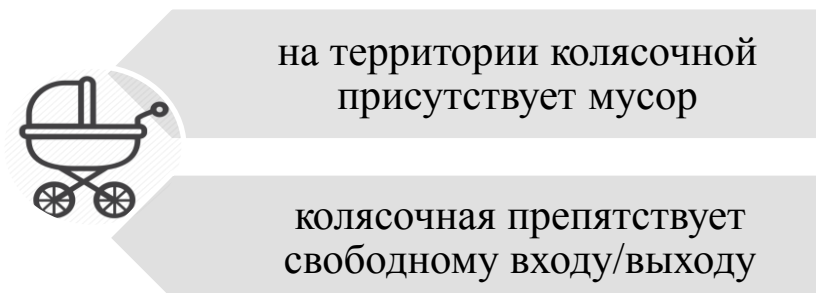
10. Пределы действия настоящего Кодекса Этики медицинской сестры Томской области

- 10.1. Настоящий Кодекс Этики медицинской сестры Томской области действует на всей территории Томской области и распространяется на все медицинские организации, действующие на территории региона.

Приложение 8 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Информация для размещения в непосредственной близости от кабинетов, в которых производится внедрение Стандарта.

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

Если ВЫ посетили КОЛЯСОЧНУЮ и обнаружили, что:



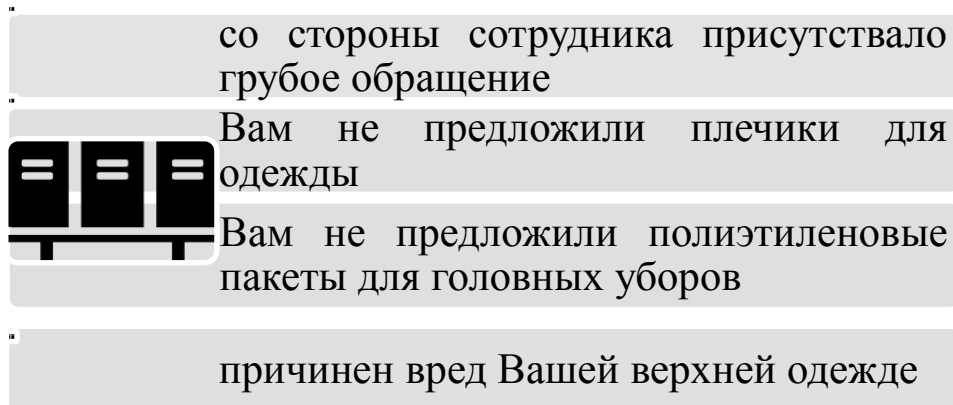
просим Вас сообщить Администратору холла на 1 этаже, в случае его отсутствия – в регистратуру.

Спасибо за внимательность!

Рисунок 1. Информация для размещения возле колясочной.

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

Если при посещении ГАРДЕРОБА:



просим Вас сообщить Администратору холла на 1 этаже, в случае его отсутствия – в регистратуру.

Спасибо за внимательность!

Рисунок 2. Информация для размещения возле гардероба.

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

Если при посещении **САНИТАРНОЙ КОМНАТЫ:**



отсутствуют туалетные принадлежности (туалетная бумага, полотенца, мыло)

физическая грязь, мусор в кабинках

просим Вас сообщить Администратору холла на 1 этаже, в случае его отсутствия – в регистратуру.

Спасибо за внимательность!

Рисунок 3. Информация для размещения возле санитарных комнат.

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

Если при посещении **ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО КАБИНЕТА (ПРОЦЕДУРНЫЙ, РЕНТГЕН, ЭКГ, УЗИ И Т.Д.)** Вы обнаружили, что:

со стороны сотрудника присутствовало грубое обращение

во время приема сотрудник отвлекался на посторонние разговоры с персоналом и разговоры по мобильному телефону



не проинформировали о дате готовности результатов исследования, месте и графике их выдачи

в назначенное время сотрудник отсутствует на рабочем месте

направили в регистратуру для записи на исследования, прием к другому специалисту и повторный прием

просим Вас сообщить Администратору холла на 1 этаже, в случае его отсутствия – в регистратуру.

Спасибо за внимательность!

Рисунок 4. Информация для размещения возле вспомогательных кабинетов (процедурный, рентген-кабинет, УЗИ, ЭКГ и т.д.).

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

При нахождении в **ЗОНЕ ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ** Вы обнаружили:



отсутствие средств для гигиенической обработки рук перед кормлением (нет раковины, салфеток)

отсутствие информационных материалов о правилах грудного вскармливания

просим Вас сообщить Администратору холла на 1 этаже, в случае его отсутствия – в регистратуру.

Спасибо за внимательность!

Рисунок 5. Информация для размещения возле зоны для кормления грудных детей и детей раннего возраста.

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

Если при посещении **РЕГИСТРАТУРЫ**:

со стороны сотрудника присутствовало грубое обращение

Вас не уведомили по телефону о предстоящем визите к врачу



Вас не проинформировали о дополнительных возможностях записи на прием к врачу при помощи сети Интернет или по телефону

ожидание ответа на вопрос составило более 90 минут

Вам не предоставили справочную информацию


просим Вас сообщить Администратору холла на 1 этаже, в случае его отсутствия – в регистратуру.

Спасибо за внимательность!

Рисунок 6. Информация для размещения возле регистратуры.

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

Если при посещении сотрудников УЧАСТКОВОЙ СЛУЖБЫ, ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ, КНП, КМП:

	со стороны сотрудника присутствовало грубое обращение
	Вам не разъяснили информацию о состоянии здоровья, обследовании или лечении
	во время приема сотрудник отвлекался на посторонние разговоры с персоналом и разговоры по мобильному телефону
	в назначенное время сотрудник отсутствует на рабочем месте
	Вас направили в регистратуру для записи на обследования, прием к другому специалисту или повторный прием




просим Вас сообщить Администратору холла на 1 этаже, в случае его отсутствия – в регистратуру.

Спасибо за внимательность!

Рисунок 7. Информация для размещения возле кабинетов участковых врачей, врачей-специалистов, КНП, КМП.

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

При нахождении в ЗОНАХ ОЖИДАНИЯ И ОТДЫХА (В ТОМ ЧИСЛЕ ИГРОВОЙ ЗОНЫ):

	недостаточно мест для сидения
	отсутствует питьевая вода
	отсутствуют детские игрушки, принадлежности для рисования в игровой зоне

просим Вас сообщить Администратору холла на 1 этаже, в случае его отсутствия – в регистратуру.

Спасибо за внимательность!

Рисунок 8. Информация для размещения возле зоны ожидания и отдыха (в т.ч. игровой зоны).

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

Если при посещении **КАБИНЕТ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАНОВОЙ ПОМОЩИ** Вы обнаружили, что:

со стороны сотрудника присутствовало грубое обращение

во время приема сотрудник отвлекался на посторонние разговоры с персоналом и разговоры по мобильному телефону

отказали в прикреплении к МО



в назначенное время сотрудник отсутствует на рабочем месте

направили в регистратуру для записи на исследования, прием к другому специалисту и повторный прием

не перезвонили в течение 2х рабочих дней

не записали на повторный прием к врачу

просим Вас сообщить Администратору холла на 1 этаже, в случае его отсутствия – в регистратуру.

Спасибо за внимательность!

Рисунок 9. Информация для размещения возле КОПП.

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

Если при посещении нашей медицинской организации в **СИСТЕМЕ НАВИГАЦИИ И ИНФОРМАЦИОННЫХ НОСИТЕЛЯХ** у Вас:



возникли затруднения при поиске медицинской организации

возникли затруднения при поиске кабинета

просим Вас сообщить Администратору холла на 1 этаже, в случае его отсутствия – в регистратуру.

Спасибо за внимательность!

Рисунок 10. Информация для размещения возле линий или стрелок системы навигации и информационных носителей.

Приложение 9 к Стандарту организации амбулаторной помощи на территории Томской области. Лист оценки пациентом

Лист оценки пациентом № _____
(наименование МО, с указанием № поликлиники)

ФИО пациента* _____

ФИО врача/наименование подразделения _____

Дата визита _____. _____. _____ г. Время визита _____. _____. _____ г. № кабинета _____

Колясочная:

- колясочная препятствует свободному входу/выходу;
- на территории колясочной присутствует мусор;
- другое _____;

Гардероб:

- со стороны сотрудника присутствовало грубое обращение;
- не предложили плечики для одежды/полиэтиленовые пакеты для головных уборов;
- причинен вред Вашей верхней одежде;
- другое _____;

Санитарные комнаты:

- отсутствуют туалетные принадлежности (туалетная бумага, полотенца, мыло);
- физическая грязь, мусор в кабинках;
- другое _____;

Зоны ожидания и отдыха (в том числе игровая зона):

- недостаточно мест для сидения;
- отсутствует питьевая вода;
- отсутствуют детские игрушки, принадлежности для рисования в игровой зоне;
- другое _____;

Зона для кормления грудных детей:

- отсутствие средств для гигиенической обработки рук перед кормлением (нет раковины, салфеток);
- отсутствие информационных материалов о правилах грудного вскармливания;
- другое _____;

Регистратура:

- со стороны сотрудника присутствовало грубое обращение;
- не уведомили по телефону о предстоящем визите к врачу;
- не проинформировали о дополнительных возможностях записи на прием к врачу при помощи сети Интернет или по телефону;
- ожидание ответа на вопрос составило более 90 минут;
- не предоставили справочную информацию;
- другое _____;

Участковая служба, врачи-специалисты, КНП, КМП (нужное подчеркнуть):

- со стороны сотрудника присутствовало грубое обращение;

- не разъяснили информацию о состоянии здоровья, обследовании или лечении;
- во время приема сотрудник отвлекался на посторонние разговоры с персоналом и разговоры по мобильному телефону;

- в назначенное время сотрудник отсутствует на рабочем месте;
- направили в регистратуру для записи на обследование, прием к другому специалисту, повторный прием;
- другое _____;

Вспомогательные кабинеты (процедурный, рентген, ЭКГ, УЗИ и т.д.): _____

- со стороны сотрудника присутствовало грубое обращение;
- во время приема сотрудник отвлекался на посторонние разговоры с персоналом и разговоры по мобильному телефону;
- в назначенное время сотрудник отсутствует на рабочем месте;
- не проинформировали о дате готовности результатов исследования, месте и графике их выдачи;
- другое _____;

Кабинет организации плановой помощи:

- со стороны сотрудника присутствовало грубое обращение;
- во время приема сотрудник отвлекался на посторонние разговоры с персоналом и разговоры по мобильному телефону;
- в назначенное время сотрудник отсутствует на рабочем месте;
- отказали в прикреплении к МО;
- не перезвонили в течение 2х рабочих дней;
- не записали на повторный прием к врачу;
- другое _____;

Система навигации:

- возникли затруднения при поиске МО;
- возникли затруднения при поиске кабинета;
- другое _____;

ФИО сотрудника, принявшего Лист оценки пациентом _____

Дата _____. _____. _____ г.

Подпись пациента _____

Контактный телефон* _____

* - поля заполняются по желанию пациента