



Центральный научно-исследовательский
институт организации и информатизации
здравоохранения

СТАНДАРТ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ,

направленной на **повышение**
удовлетворенности пациентов
медицинской помощью

Москва, 2023





Оглавление

1. Обозначения и сокращения	4
2. Термины и определения	5
3. Нормативно-правовая база	7
4. Введение	8
5. Общие положения	9
5.1. Область применения	9
5.2. Принципы построения Стандарта	9
5.3. Управленческий цикл по повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью	11
5.4. Модель организационных факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью	13
6. Организационные факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов медицинской помощью	14
6.1. Требования к обеспечению доступности медицинской помощи	14
6.2. Требования к условиям пребывания в медицинской организации	16
6.3. Требования к коммуникациям персонала с пациентом	17
6.4. Требования к взаимодействию медицинской организации с пациентом	18
6.5. Требования к системе обратной связи	19
7. Инструменты идентификации проблем	20
7.1. Общие положения	20
7.2. Требования к проведению опроса пациентов	20
7.3. Требования к проведению анализа объективных данных	21
7.4. Требования к проведению анализа клиентских путей	22
8. Разработка и реализация плана мероприятий	23



9. Текущий мониторинг удовлетворенности и внутренний аудит.....	25
9.1. Общие положения.....	25
9.2. Требования к проведению текущего мониторинга.....	25
9.3. Требования к проведению внутреннего аудита.....	25
10. Сертификация	26
10.1. Внешняя сертификация.....	26
10.2. Оценка функционирования Системы.....	27
Приложение	29



1. Обозначения и сокращения

1.1. МО — медицинская организация.

1.2. УПМП — удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

1.3. Стандарт — стандарт системы управления медицинской организацией, направленной на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

1.4. Система — система управления медицинской организацией, направленная на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

2. Термины и определения

2.1. Аудит — систематический, независимый и документированный процесс установления степени соответствия организации критериям аудита.

2.2. Жизненная ситуация — ситуация, в рамках которой у пациента возникает потребность и/или необходимость в получении услуг, предоставляемых МО.

2.3. Заинтересованные стороны — физические и/или юридические лица, которые находятся под влиянием и/или влияют на деятельность МО, связанную с УПМП.

2.4. Карта клиентского пути — визуальное представление клиентского пути с указанием этапов и точек взаимодействия, испытываемых пациентом эмоций и сложностей.

2.5. Клиентский путь — совокупность действий и решений пациента, направленных на удовлетворение своих потребностей в рамках одной или нескольких жизненных ситуаций и получение ценностей (услуг), предоставляемых МО.

2.6. Текущий мониторинг — регулярный контроль достижения целей изменений, выполнения запланированных мероприятий и достижения показателей их эффективности.

2.7. Обратная связь — мнение о взаимодействии с МО, полученное от пациента в виде обращений и отзывов.


2.8. Обращение гражданина — направленные в письменной форме, в форме электронного документа или устно предложение, заявление или жалоба.

2.9. Пациент — физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия/отсутствия заболевания или типа МО.

2.10. План мероприятий — документ, определяющий цели изменений, конкретные действия по их достижению, требования к результатам (параметры эффективности), сроки выполнения и ответственных исполнителей.

2.11. Положения — требования и рекомендации, указанные в тексте Стандарта, регламентирующие процесс управления Системой.

2.12. Система управления медицинской организацией, направленная на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью — совокупность организационных мер и их документационного сопровождения, направленных на определение потребностей пациентов, разработку и реализацию мероприятий для повышения удовлетворенности пациентов.



2.13. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью — комплексный показатель, который отражает степень соответствия медицинской помощи, условий и сроков ее оказания ожиданиям пациента, его представлениям о должной доступности и качестве медицинской помощи, а также о том, как должна функционировать МО.

2.14. Чек-лист — структурированный список требований, проверка выполнения которых необходима для успешного функционирования Системы.

3. Нормативно-правовая база

3.1. Указ Президента РФ от 06.06.2019 N 254 (ред. от 27.03.2023) «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года».

3.2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 16.06.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.3. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

3.4. Федеральный закон от 02.05.2006 N 59-ФЗ (ред. от 27.12.2018) «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

3.5. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 05.12.2022) «О защите прав потребителей».

3.6. Приказ Минздрава России от 30.12.2014 N 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»».

3.7. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

3.8. Приказ Минздрава России от 19.07.2022 N 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение»».

3.9. «ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования» (утв. Приказом Росстандарта от 28.09.2015 N 1391-ст) (вместе с «Разъяснением новой структуры, терминологии и понятий», «Другими международными стандартами в области менеджмента качества и на системы менеджмента качества, разработанными ИСО/ТК 176»).

3.10. Методические рекомендации № 12-22 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения РФ 30 ноября 2022 г.).



4. Введение

4.1. УПМП — это комплексная оценка деятельности МО со стороны пациентов, охватывающая все компоненты и этапы оказания медицинской помощи. Настоящий Стандарт позволяет ориентировать организационно-административную деятельность на достижение не только клинической, но и социальной эффективности, что может выражаться в повышении лояльности, приверженности лечению пациентов, репутации МО и управляемости внутренних процессов.

4.2. Стандарт регламентирует порядок анализа и регулирования элементов Системы управления МО, направленной на повышение УПМП.

4.3. В Стандарте используются следующие глагольные формы:

- должна — указывает на требование;
- следует — указывает на рекомендацию.

5. Общие положения

5.1. Область применения

5.1.1. Целью применения положений Стандарта является повышение уровня УПМП.

5.1.2. Стандарт может быть применен в МО/подразделениях МО, независимо от их типа, уровня и формы собственности. Положения Стандарта применимы как в амбулаторных и стационарных, так и в условиях дневного стационара, если не указано иное.

5.1.3. Стандарт дополняет различного рода права и/или обязанности, установленные и регламентированные правовыми актами федерального и регионального уровней.

5.2. Принципы построения Стандарта

5.2.1. Принципы представляют собой руководящие положения, определяющие содержание и направления деятельности по управлению МО, и являются равнозначными.

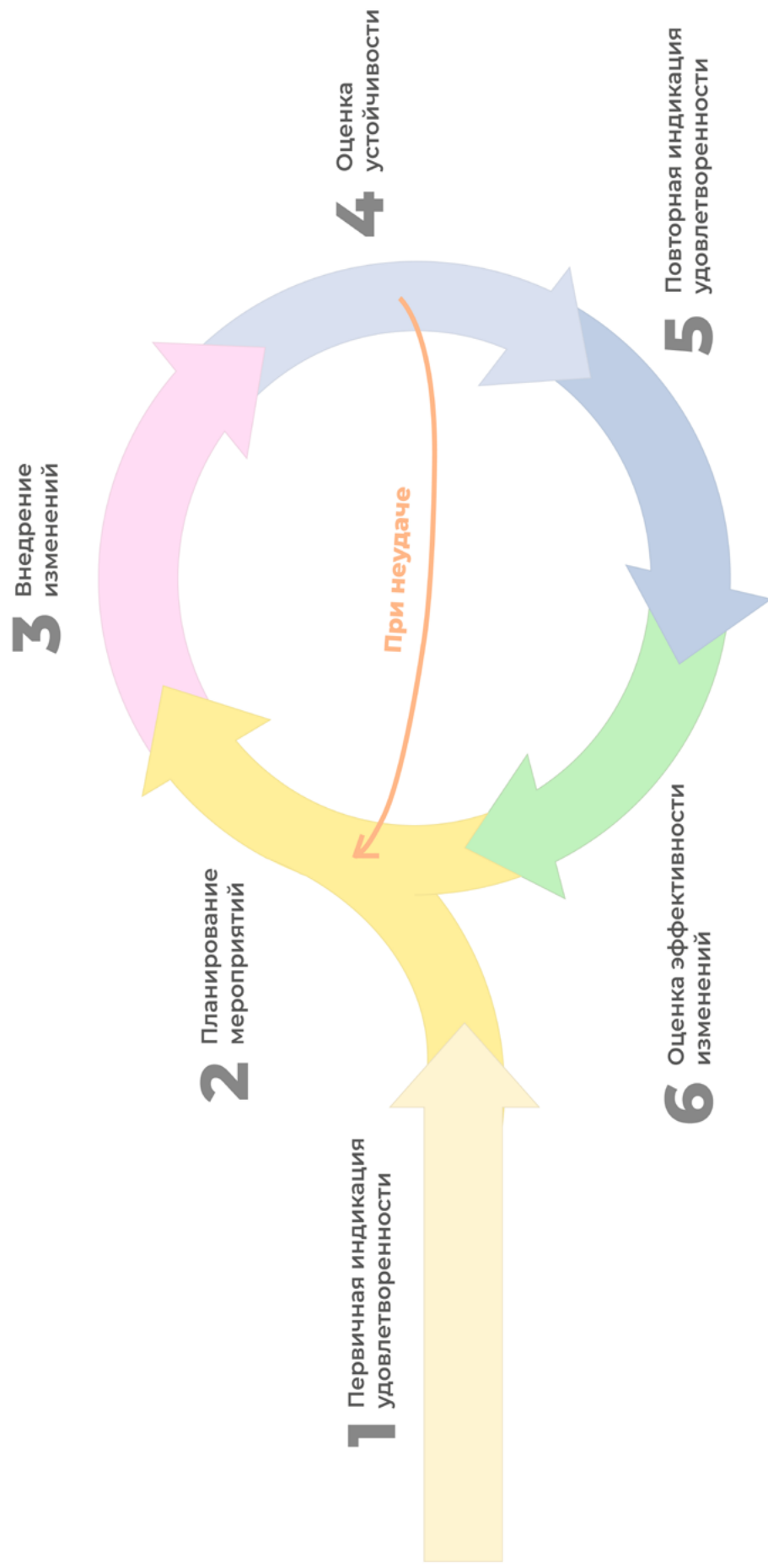
5.2.2. Принцип приверженности пациентоориентированному подходу состоит в том, что МО должна анализировать, планировать, оптимизировать, осуществлять текущий мониторинг и контроль своей деятельности с учетом потребностей и ценностей пациентов.

5.2.3. Принцип осведомленности состоит в том, что МО должна на системной основе информировать все заинтересованные стороны через удобные для них каналы коммуникации в понятной форме о проводимой работе в области повышения уровня УПМП.

5.2.4. Принцип принятия решений на основе данных и свидетельств состоит в том, что МО должна принимать решения относительно процессов, влияющих на уровень УПМП, на основе собранной объективной информации и нормативных и локальных документов.

5.2.5. Принцип постоянного совершенствования состоит в том, что МО должна осуществлять деятельность по непрерывному улучшению Системы.

Рис. 1. Управленческий цикл по повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью



5.3. Управленческий цикл по повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью

5.3.1. Применение положений Стандарта основано на циклическом подходе к управлению (Рис. 1). Это дает возможность руководству МО выстроить понятный и прогнозируемый для всех заинтересованных сторон алгоритм действий по повышению уровня УПМП.

5.3.2. Управленческий цикл по повышению уровня УПМП включает в себя шесть последовательных этапов.

5.3.2.1. На первом этапе проводится первичная индикация уровня УПМП и несоответствий в работе МО Стандарту с помощью инструментов идентификации проблем (раздел 7 Стандарта).

5.3.2.2. На втором этапе на основе информации, полученной из анализа объективных данных, клиентских путей и опроса пациентов, происходит выделение основных проблем в МО и разработка мероприятий, направленных на решение каждой проблемы (раздел 8 Стандарта).

5.3.2.3. На третьем этапе происходит управление изменениями, а также своевременное и достаточное перераспределение имеющихся ресурсов и управление возможным сопротивлением изменениям (раздел 8 Стандарта).

5.3.2.4. На четвертом этапе в рамках оценки устойчивости изменений необходимо определить степень повсеместности фактического исполнения плана мероприятий при помощи анализа объективных данных и клиентских путей (раздел 7.3. и 7.4. Стандарта). В случае отсутствия положительной динамики и/или наличия фактов неустойчивости необходимо актуализировать план мероприятий (раздел 8 и 9 Стандарта).

5.3.2.5. На пятом этапе проводится повторная индикация уровня УПМП и проверяются изменения в работе МО в соответствии с перечнем выявленных ранее несоответствий Стандарту с помощью инструментов идентификации проблем (раздел 7 Стандарта), чтобы определить наличие разрывов между фактическими и плановыми значениями данного параметра в целом и по отдельным составляющим (раздел 7.2. Стандарта).

5.3.2.6. На шестом этапе проводится анализ проделанной работы, формулируются выводы, в том числе о степени влияния внедренных изменений на уровень УПМП и предложения по корректировке плана мероприятий. Результаты работы данного этапа должны быть учтены при начале нового цикла по повышению уровня УПМП (разделы 8 и 9 Стандарта), который начинается со второго этапа.

Рис. 2. Модель организационных факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью



5.4. Модель организационных факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов медицинской помощью

5.4.1. Модель состоит из пяти блоков, которые являются совокупностью объединенных (в том числе и в подгруппы) по смыслу организационных факторов, влияющих на уровень УПМП (Рис. 2).

5.4.1.1. Блок «доступность медицинской помощи» включает факторы, определяющие сроки ожидания получения медицинской помощи от момента возникновения потребности в ней до реализации этой потребности. Оценка уровня доступности медицинской помощи регламентируется нормативными правовыми актами, определяющими порядок и объемы бесплатного оказания медицинской помощи, а сам уровень обусловлен рядом объективных факторов, таких как ресурсные возможности МО, наличие необходимых медицинских технологий, возможность свободного выбора пациентом лечащего врача и др.

5.4.1.2. Блок «условия пребывания в МО» включает факторы, влияющие на удовлетворенность от пребывания непосредственно в МО. Условия пребывания пациента отражаются в оценке всего процесса получения медицинской помощи на протяжении каждого эпизода взаимодействия с МО.

5.4.1.3. Блок «коммуникации персонала с пациентом» включает факторы, влияющие на эмоциональный компонент коммуникаций с пациентом (непосредственное общение с ним). Дефекты в коммуникациях «персонал-пациент» являются одной из основных причин снижения уровня УПМП.

5.4.1.4. Блок «взаимодействие МО с пациентом» включает факторы опосредованного взаимодействия МО с пациентом через различные каналы коммуникации (например, сайт, навигация, информационные стенды и т.д.), их способы, формат и характер, как во время оказания медицинской помощи, так и за пределами МО, которые могут существенно изменить имидж организации во внешней среде.

5.4.1.5. Блок «система обратной связи» включает факторы, которые влияют на оперативное и продуктивное взаимодействие пациента с МО и позволяют оперативно реагировать на возникающие проблемы. Обратная связь, предоставленная пациентом МО, является информационной основой политики по улучшению деятельности. МО должна учитывать в своей работе не только позитивные, но и негативные отзывы.

5.4.2. Руководство МО должно организовывать, осуществлять, анализировать и документировать работу с факторами, влияющими на уровень УПМП, по каждому из представленных в Системе блоков, включая мероприятия, перечисленные в разделе 6 Стандарта, но может не ограничиваться ими.

6. Организационные факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов медицинской помощью

6.1. Требования к обеспечению доступности медицинской помощи

6.1.1. Подгруппа факторов «Работа контакт-центра МО».

6.1.1.1. МО должна анализировать входящие телефонные звонки от пациентов (структура причин звонков, распределение по времени суток, продолжительность разговора, возникающие дефекты, скорость соединения с нужным пациенту сотрудником, удобство голосового меню, заказ обратного звонка и др.) и реализовывать мероприятия по оптимизации данного процесса. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.1.1.2. МО должна анализировать исходящие телефонные звонки (причины заказа исходящих звонков, количество заказов, по которым удалось связаться со звонившим, и др.) и реализовывать мероприятия по оптимизации данного процесса. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.1.2. Подгруппа факторов «Работа с расписанием и записью пациентов в МО».

6.1.2.1. МО для подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, должна утвердить локальным документом порядок формирования графика оказания медицинской помощи и записи пациентов.


6.1.2.2. МО должна информировать пациентов удобным для них способом о ближайшем плановом визите, а также о предстоящих плановых и возникших внеплановых изменениях в графике, затрагивающих их интересы. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.1.2.3. МО должна анализировать и корректировать загруженность медицинского персонала, стремиться обеспечить соблюдение установленных законодательством сроков оказания медицинской помощи. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.1.2.4. МО должна утвердить локальным документом порядок маршрутизации пациентов при необходимости оказания медицинской помощи в несколько этапов как внутри МО, так и при направлении в другие МО, комфортный для пациента.

6.1.2.5. МО должна осуществлять регулярный контроль фактического выполнения графиков оказания медицинской помощи. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.1.3. Подгруппа факторов «Физическая доступность МО».



6.1.3.1. МО должна обеспечивать чистоту на прилегающей территории и комфортное прибытие пациентов на личном транспорте. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.1.3.2. МО должна обеспечивать доступную среду в своих помещениях и на прилегающей территории для инвалидов, маломобильных и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.1.4. Подгруппа факторов «Врачебный прием».

6.1.4.1. МО должна осуществлять переход на электронный документооборот, регулярно проводить обучение сотрудников по взаимодействию с электронными системами и сбор предложений по их улучшению. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.1.4.2. МО должна обучать персонал основам законодательства, которое регламентирует права и обязанности пациента и медицинского персонала, а также способам доведения данной информации до пациентов. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.1.4.3. МО должна утвердить локальными документами перераспределение между медицинским и немедицинским персоналом трудовых функций, не относящихся к лечебно-диагностическому процессу (сервисная составляющая трудовых функций) с учетом рационального использования имеющихся ресурсов и интересов пациента.


6.1.5. Подгруппа факторов «Госпитализация».

6.1.5.1. МО для подразделений, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара, должна утвердить локальным документом порядок информирования и условия плановой госпитализации пациентов. Количество визитов пациента в МО перед госпитализацией должно быть минимально возможным с учетом характера патологии пациента.

6.1.5.2. МО для подразделений, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара, должна утвердить локальным документом порядок информирования лиц, указанных пациентом, о факте его госпитализации и возможностях для коммуникации с пациентом и/или его лечащим врачом.

6.1.5.3. МО в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара, должна обеспечивать возможность личного и/или иного общения пациента с его посетителями. Порядок организации посещения пациента должен быть утвержден локальным документом.

6.1.5.4. МО в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в услови-



ях круглосуточного и дневного стационара, должна установить периодичность коммуникации пациента и его лечащего врача (или иное уполномоченное администрацией лицо) не реже одного раза в течение рабочего дня.

6.1.5.5. МО в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара, должна в доступной для пациента форме информировать о порядке его дальнейшего лечения после выписки из стационара.

6.2. Требования к условиям пребывания в медицинской организации

6.2.1. Подгруппа факторов «Чистота и комфорт пребывания в помещениях МО».

6.2.1.1. МО должна установить и соблюдать график и режим поддержания чистоты в помещениях общего пользования (холлы, санитарные комнаты, зоны ожидания и т.д.), на прилегающей территории и в кабинетах, в которых оказывается медицинская помощь. График и режим поддержания чистоты должен быть утвержден локальным документом.

6.2.1.2. МО должна обеспечивать и поддерживать в течение всего графика работы МО в свободном доступе минимальный перечень предметов и услуг, связанных с возможными физиологическими ситуациями пациентов и сопровождающих их лиц. Данный перечень должен быть утвержден локальным документом.

6.2.1.3. МО в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, должна оборудовать комфортные зоны ожидания. Требования к зонам ожидания должны быть утверждены локальным документом.


6.2.1.4. МО в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара, должна оборудовать досуговые зоны для пациентов, а также зоны ожидания для посетителей. Требования к досуговым зонам и зонам ожидания должны быть утверждены локальным документом.

6.2.1.5. МО в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, должна обеспечивать пациентов качественным питанием с учетом назначенной лечебной диеты.

6.2.1.6. МО в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара, должна обеспечивать пациентов постельными принадлежностями надлежащего качества.

6.2.1.7. МО в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, должна обеспечивать беспрепятственный доступ для пациентов в душевые и/или ваннные комнаты с учетом потребностей пациентов.

6.2.2. Подгруппа факторов «Материально-техническое обеспечение в МО».



6.2.2.1. МО должна осуществлять текущий мониторинг материально-технического оснащения прилегающих территорий и всех доступных пациентам помещений и обеспечивать поддержание его рабочего состояния и укомплектованности с учетом нормативных требований и возможностей организации. Приоритизацию мероприятий по материально-техническому обеспечению следует осуществлять исходя из потребностей пациентов и проблем, максимально влияющих на уровень УПМП.

6.2.2.2. МО должна осуществлять текущий мониторинг состояния прилегающих территорий и всех доступных пациентам помещений, а также проводить текущий ремонт с учетом потребностей пациентов и организационно-финансовых возможностей МО.

6.2.2.3. МО должна обеспечить доступ пациентов к сети Интернет.

6.3. Требования к коммуникациям персонала с пациентом

6.3.1. Подгруппа факторов «Непосредственные коммуникации персонала с пациентом».

6.3.1.1. МО должна утвердить локальный документ, регламентирующий порядок коммуникаций с пациентами.

6.3.1.2. МО должна определить локальным документом требования к коммуникативным компетенциям персонала, разработать и реализовывать мероприятия по их формированию.

6.3.1.3. МО должна проводить текущий мониторинг соблюдения локальных документов о порядке коммуникаций и уровня сформированности компетенций персонала в данной сфере. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.3.1.4. В МО должны быть назначены ответственные лица за оперативное разрешение возникающих конфликтных ситуаций.

6.3.2. Подгруппа факторов «Самоидентификация МО».

6.3.2.1. МО должна разработать основные категории самоидентификации для внутренних и внешних пользователей (включая миссию и ценности деятельности) и обеспечивать приверженность к ним персонала. Данные категории самоидентификации МО должны быть утверждены локальным документом.

6.3.2.2. В самоидентификации МО пациент должен быть определен как полноценный участник коммуникаций по вопросам состояния его здоровья, принятия решения о дальнейшем лечении и адаптации к новым жизненным обстоятельствам, связанным с особенностями течения того или иного заболевания.

6.4. Требования к взаимодействию медицинской организации с пациентом

6.4.1. Подгруппа факторов «Сайт и социальные сети МО».

6.4.1.1. МО должна поддерживать в актуальном состоянии свой официальный сайт и аккаунты в социальных сетях. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.4.1.2. МО должна регулярно проводить анализ сайта на предмет удобства его использования для пациентов, а также оптимизировать его с целью обеспечения быстрого поиска нужной информации, в том числе по записи на прием к врачу.

6.4.2. Подгруппа факторов «Навигация пациентов».

6.4.2.1. МО должна разработать и реализовывать схему размещения визуальной информации (навигация, информация на кабинетах и т.д.) о местах расположения структурных подразделений и кабинетов, их графика работы и основных данных о работающем в них персонале.

6.4.2.2. Схема визуальной информации должна быть доступна и понятна для пациентов, в том числе и для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

6.4.2.3. МО должна организовать и поддерживать в актуальном состоянии внешнюю навигацию для пациентов — от остановок общественного транспорта до своих строений.

6.4.3. Подгруппа факторов «Брендбук МО».

6.4.3.1. МО должна регламентировать правила и рекомендации по единому дресс-коду, которые должны быть доведены до персонала. МО должна проводить проверку соблюдения установленных норм. Правила и рекомендации по единому дресс-коду должны быть утверждены локальным документом.

6.4.3.2. МО следует придерживаться единого визуального стиля в оформлении помещений, производимой документации и иных физических объектов, связанных с ней.



6.5. Требования к системе обратной связи

6.5.1. МО должна регламентировать правила работы с обратной связью от пациентов, включая перечень возможных каналов ее поступления, порядок обработки и ответственных за предоставление ответа лиц.

6.5.2. Каналы предоставления обратной связи должны включать устное или письменное обращения непосредственно в МО, отзывы на различных Интернет-ресурсах (сайт МО, социальные сети и др.) и обращения, поступившие из других инстанций, но могут не ограничиваться ими.

6.5.3. МО должна обеспечить условия для подачи обращения пациентами, информировать их о возможностях оставить отзыв или обращение и отвечать на все поступающие отзывы и обращения. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.5.4. МО должна анализировать и устранять причины негативных обращений и отзывов пациентов, а также оповещать обратившихся пациентов о результатах рассмотрения их обращений. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

6.5.5. МО должна публиковать предпринимаемые меры по результатам работы с обратной связью.

7. Инструменты идентификации проблем

7.1. Общие положения

7.1.1. Инструменты идентификации проблем представляют собой совокупность средств по определению уровня сформированности Системы, причин, которые приводят к тому, что пациенты не оценивают уровень УПМП как максимальный, и включают в себя: опрос пациентов, анализ объективных данных и анализ клиентских путей.

7.1.2. МО должна определить локальным документом порядок и частоту применения инструментов и анализа получаемых данных. Регулярность не должна быть реже одного раза в год. По каждому инструменту должны быть назначены ответственные лица за применение, анализ и хранение результатов.

7.2. Требования к проведению опроса пациентов

7.2.1. Для организации эффективной системы сбора информации об уровне УПМП МО должна использовать методику опроса пациентов, соответствующую требованиям Стандарта.

7.2.2. Требования к организации оценки уровня УПМП с использованием опроса.

7.2.2.1. Для первичной, повторной и дальнейших регулярных индикаций уровня УПМП должна использоваться единая методология опроса пациентов, позволяющая сопоставлять получаемые данные.


7.2.2.2. МО должна защищать анонимность респондентов и не собирать персональные данные при прохождении опроса.

7.2.2.3. МО должна контролировать качество (достоверность) данных.

7.2.3. Требования к структуре опросника и механизму сбора данных

7.2.3.1. В случае, если данные собираются в цифровом виде, следует предоставлять пациентам специальный QR-код, который может быть размещен в МО или выдан персоналом МО. В случае сбора данных в бумажном виде пациентам следует выдавать опросные листы.

7.2.3.2. Первая секция опросника должна быть представлена одним вопросом (например, «Оцените, насколько вы удовлетворены качеством полученной медицинской услуги?»). Оценка должна проводиться по утвержденной МО шкале. В случае, если пациент оценил удовлетворенность полученной услугой на максимальное количество баллов, опрос следует завершить. При использовании нецифровой версии опросника после первой секции сле-



дует добавить отметку об отсутствии необходимости дальнейшего заполнения опросника в случае, если первый вопрос был оценен на максимальный балл. В случае, если пациент поставил оценку ниже максимального количества баллов, ему следует предоставить доступ ко второй секции опросника.

7.2.3.3. Вторая секция опросника следует представлять одним вопросом «Пожалуйста, укажите, чем вы остались не удовлетворены?», направленным на выявление конкретных проблем, связанных с опытом пациента в ходе получения медицинской услуги. В ответе следует предусмотреть множественный выбор из общего списка потенциальных проблем, сформированного на основе наполнения основных элементов Системы. Кроме того, в данный список следует включить вариант ответа «Свой вариант», подразумевающий ручной ввод описания проблемы, с которой столкнулся пациент. После заполнения второй секции опрос завершается.

7.2.3.4. Данные, полученные в ходе опроса, должны аккумулироваться в локальном или виртуальном хранилище данных.

7.3. Требования к проведению анализа объективных данных

7.3.1. Проверка объективных данных об эффективности внедрения и функционировании Системы и отдельных ее элементов проводится с помощью чек-листа. Данный инструмент позволяет структурировать и упростить анализ всех факторов, влияющих на уровень УПМП.

7.3.2. В ходе проверки объективных данных происходит оценка утвержденных локальных документов, создаваемых МО отчетов и знаний персонала о них.

7.3.3. Требования по работе с чек-листом анализа объективных данных.

7.3.3.1. МО должна утвердить перечень проверяемых позиций и форму чек-листа. Пример формы чек-листа представлен в Приложении 1.

7.3.3.2. Чек-лист должен быть разработан на основе блоков Системы (раздел 6 Стандарта). Перечень проверяемых позиций следует группировать по этим же блокам.

7.3.3.3. МО должна регулярно актуализировать чек-лист в зависимости от внедренных мероприятий (раздел 8 Стандарта) и изменений по результатам опроса пациентов. Каждая актуализация чек-листа должна быть согласована руководством МО.

7.3.3.4. Оценка, реализуемая с помощью чек-листа, должна охватывать все подразделения МО, осуществляющие прямое взаимодействие с пациентами.



7.4. Требования к проведению анализа клиентских путей

7.4.1. МО должна определять перечень наиболее часто встречающихся (более 90% случаев обращения за медицинской помощью) жизненных ситуаций и соответствующие им клиентские пути.

7.4.2. МО должна построить карту клиентского пути «как есть» (шаблон карты представлен в Приложении 2) на основе фактически сложившейся ситуации. На карте отображаются этапы, которые проходит пациент, его временные затраты, эмоции, которые он при этом испытывает, точки взаимодействия с МО и сложности, которые ведут к снижению уровня УПМП.

7.4.3. На основе выявленных различными инструментами проблем МО должна построить карту клиентского пути «как будет» (шаблон карты представлен в Приложении 3). К карте «как будет» устанавливаются такие же требования как к карте для состояния «как есть».

8. Разработка и реализация плана мероприятий

8.1. Разработка и реализация плана мероприятий относятся ко второму, третьему, четвертому и шестому этапам управленческого цикла.

8.2. МО должна закрепить локальным документом ответственного сотрудника за разработку плана мероприятий.

8.3. Требования к разработке плана мероприятий.

8.3.1. Перед составлением плана мероприятий МО должна провести анализ текущей ситуации инструментами идентификации проблем (раздел 7 Стандарта), но может не ограничиваться ими.

8.3.2. Для оценки текущего уровня УПМП и при анализе эффективности внедренных изменений используются результаты опроса пациентов. Кроме общего уровня удовлетворенности необходимо выделять основные тематики обращений граждан.

8.3.3. После оценки и анализа текущего уровня УПМП МО должна дополнить полученные данные, используя анализ клиентских путей. По результатам проведенного анализа МО формирует карту клиентского пути — состояние «как есть». Для анализа объективной информации используется чек-лист. Карта клиентского пути состояния «как есть», результаты анализа опроса пациентов и объективных данных используются при разработке плана мероприятий.

8.3.4. Цели изменений следует формулировать в соответствии с критериями: конкретные, измеримые, достижимые и ограниченные во времени.

8.3.5. Основной целью плана является повышение уровня УПМП.

8.3.6. При разработке мероприятий следует использовать методы и средства управления качеством.

8.3.7. Разрабатываемые мероприятия должны воздействовать на факторы удовлетворенности и быть выполнимы. Для реализации мероприятий должны быть назначены ответственные сотрудники, имеющие административную и ресурсную возможность обеспечить их выполнение. Результаты деятельности должны быть задокументированы.

8.3.8. МО следует оценить временные, финансовые, организационные и человеческие ресурсы, необходимые для выполнения плана мероприятий.

8.3.9. Документом, отражающим суть предлагаемых изменений по клиентским путям, является карта клиентского пути — состояние «как будет».

8.4. Требования к внедрению изменений.

8.4.1. В МО должна функционировать система документирования хода реализации изменений и внесения корректировок в утвержденные планы мероприятий.

8.4.2. Порядок выполнения работ по внедрению изменений.

8.4.2.1. До начала внедрения необходимо оценить корректность и соответствие друг другу, а также текущему состоянию среды определенных целей, разработанных мероприятий, индикаторов эффективности. При необходимости на данном этапе вносятся изменения в разработанный план мероприятий.

8.4.2.2. МО должна обеспечить информирование всех заинтересованных сторон о планируемых действиях и их целях в удобном и понятном для них формате, при необходимости провести обучающие мероприятия для персонала. На данном этапе МО должна получить обратную связь от заинтересованных сторон и при необходимости внести изменения в разработанные планы. Порядок обмена информацией по внедрению изменений должен быть регламентирован в разделе по коммуникациям плана мероприятий (частота, формы, результаты коммуникаций).

8.4.2.3. Составление ожидаемых сценариев с учетом возможного сопротивления изменениям с указанием предполагаемых действующих лиц (персонал, пациенты и др.) и предупредительных мероприятий.

8.4.2.4. Перераспределение ресурсов и пересмотр организационной структуры МО, если это предполагается планом мероприятий. Без необходимых ресурсов и полномочий структурные подразделения не смогут перейти к новым порядкам работы. Хронологическая последовательность изменений должна быть корректно отражена в плане мероприятий.

8.4.2.5. Текущий мониторинг реализации изменений с анализом причин существующих разрывов между фактическими и плановыми сроками и индикаторами эффективности мероприятий. Руководство МО должно проводить поиск причин разрывов и оперативно вносить изменения в план мероприятий.

9. Текущий мониторинг удовлетворенности и внутренний аудит

9.1. Общие положения

9.1.1. Результаты текущего мониторинга и внутреннего аудита должны передаваться руководителю МО.

9.1.2. МО должна закрепить локальным документом ответственных сотрудников за проведение текущего мониторинга и внутреннего аудита.

9.2. Требования к проведению текущего мониторинга

9.2.1. МО должна утвердить форму и периодичность текущего мониторинга.

9.2.2. МО должна документировать полученную информацию как свидетельства результатов текущего мониторинга.

9.3. Требования к проведению внутреннего аудита

9.3.1. МО должна регулярно проводить внутренние аудиты для получения информации о том, что Система соответствует внутренним требованиям, которые МО разработала для Системы, и требованиям настоящего Стандарта.

9.3.2. МО должна планировать, разрабатывать, реализовывать и поддерживать в актуальном состоянии программу внутренних аудитов, включая периодичность и методы их проведения. Программа внутренних аудитов должна разрабатываться с учетом важности проверяемых процессов, изменений, оказывающих влияние на МО, и результатов предыдущих внутренних аудитов и должна быть утверждена руководителем МО.

9.3.3. МО должна определять критерии внутренних аудитов и область проверки, отбирать аудиторов и проводить внутренние аудиты так, чтобы обеспечивалась объективность и беспристрастность данного процесса.

9.3.4. По результатам внутреннего аудита МО должна разрабатывать и осуществлять необходимые корректирующие действия.

9.3.5. МО должна документировать полученную информацию как свидетельства результатов внутренних аудитов.

10. Сертификация

10.1. Внешняя сертификация

10.1.1. В целях подтверждения факта внедрения Стандарта для всех заинтересованных сторон, сопоставления результатами деятельности других организаций и повышения качества работы МО может осуществить внешнюю сертификацию Системы, которая проводится представителями ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

10.1.2. На первом этапе МО заключает договор с ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, в котором определены сроки, порядок и прочие условия сертификации.

10.1.3. На выездном этапе сертификационной экспертизы члены комиссии проводят проверку соответствия МО каждому требованию Стандарта в разделах 6, 7, 8, 9 разработанными ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России инструментами. Если какие-либо из требований настоящего Стандарта регламентируются учредителем МО и не подлежат самостоятельному изменению, то они исключаются из оценки при сертификационной экспертизе. По итогам данного этапа МО получает заключение комиссии, содержащее основные рекомендации и итоговый балл оценки интегрального уровня функционирования Системы. Если итоговый балл составляет менее 3,5, то МО считается не прошедшей сертификацию и имеет возможность пройти повторно сертификацию не ранее чем через три месяца с момента окончания экспертизы. При итоговом балле 3,5 и выше МО получает сертификат соответствия установленной формы. Информация о факте прохождения сертификации, а также набранном балле, сроке действия сертификата, руководителе МО и членах комиссии фиксируется в депозитории и размещается в открытом доступе на официальном сайте ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

10.1.4. Длительность действия сертификата составляет три календарных года. По истечении данного срока МО может пройти процедуру ресертификации, аналогичную первичной сертификации. Если по итогам ресертификации итоговый балл составляет менее чем 3,5 или уровень УПМП снизился более чем на 25% от зафиксированного в рамках первичной сертификации действие сертификата не продляется.

10.1.5. МО может сертифицировать только часть своих территориально выделенных структурных подразделений. В случае успешного прохождения сертификации информация о сертифицированных подразделениях указывается в сертификате и в депозитории ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. В случае непрохождения сертификации в каком-либо подразделении МО, МО считается несертифицированной в целом.

10.2. Оценка функционирования Системы

10.2.1. Результатам оценки каждым инструментом присваивается удельный вес в процентах. Диапазон оценки по каждому инструменту составляет от 0,0 до 5,0 баллов. Формула для расчета итоговой оценки организации:

$$R = 0,5 * A + 0,3 * B + 0,2 * C,$$

где:

R — итоговая оценка организации;

A — уровень УПМП по итогам опроса;

B — оценка, полученная организацией по итогам анализа объективных данных;

C — оценка, полученная организацией по итогам анализа клиентских путей.


10.2.2. В целях сертификации представители ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России применяют 5 балльную шкалу оценки уровня УПМП. Формула для расчета уровня УПМП по итогам опроса:

$$A = \sum s / S,$$

где:

s — баллы, поставленные респондентами;

S — количество респондентов.



10.2.3. Формула для расчета оценки, полученной организацией по итогам анализа объективных данных:

$$B = q / Q \times 5,$$

где:

q — количество выполненных требований Стандарта;

Q — общее количество требований Стандарта.

10.2.4. Формула для расчета оценки, полученной организацией по итогам анализа клиентских путей:

$$C = k / K \times 5,$$

где:

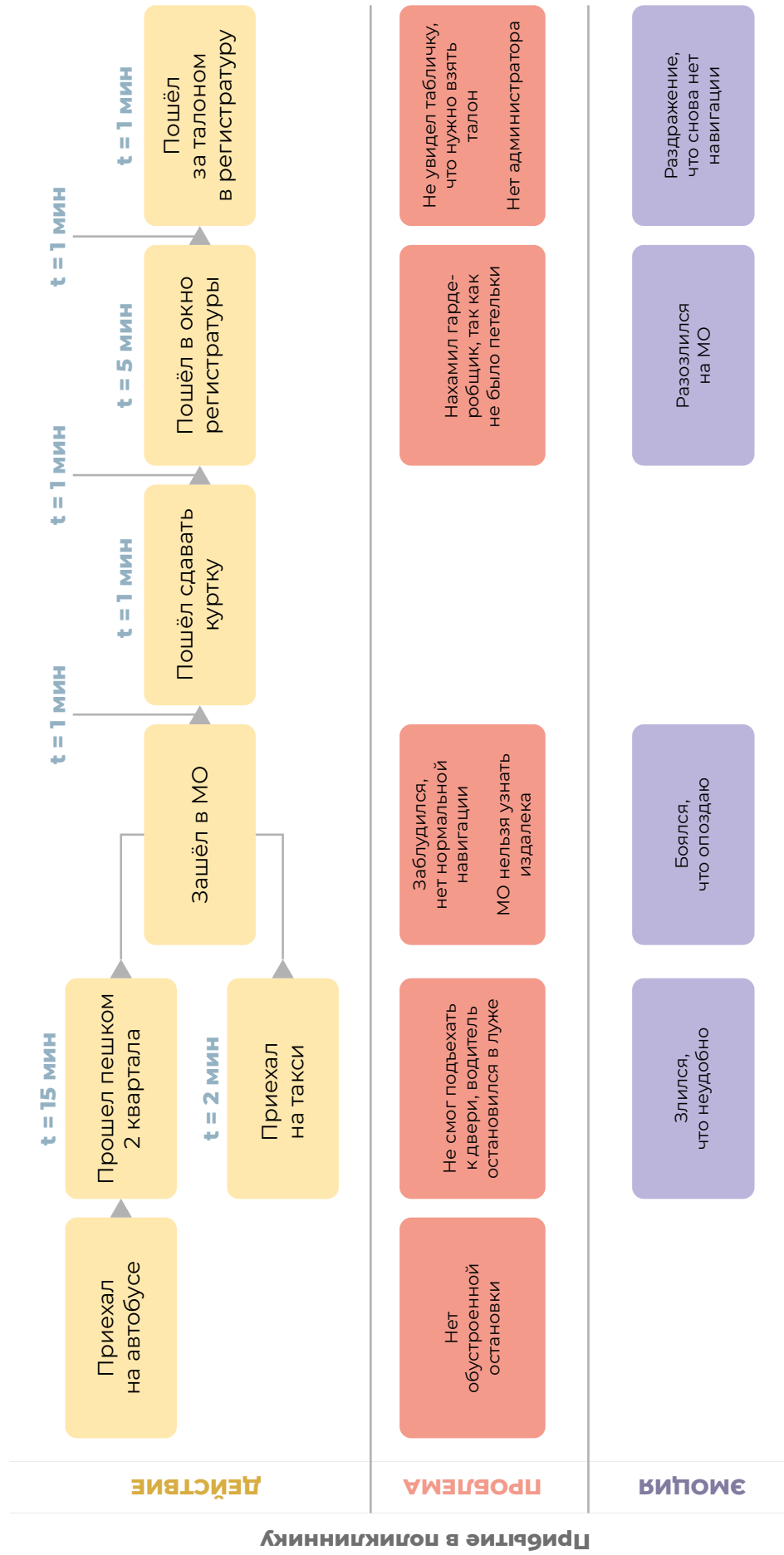
k — количество выполненных требований клиентских путей;

K — общее количество требований в клиентских путях.

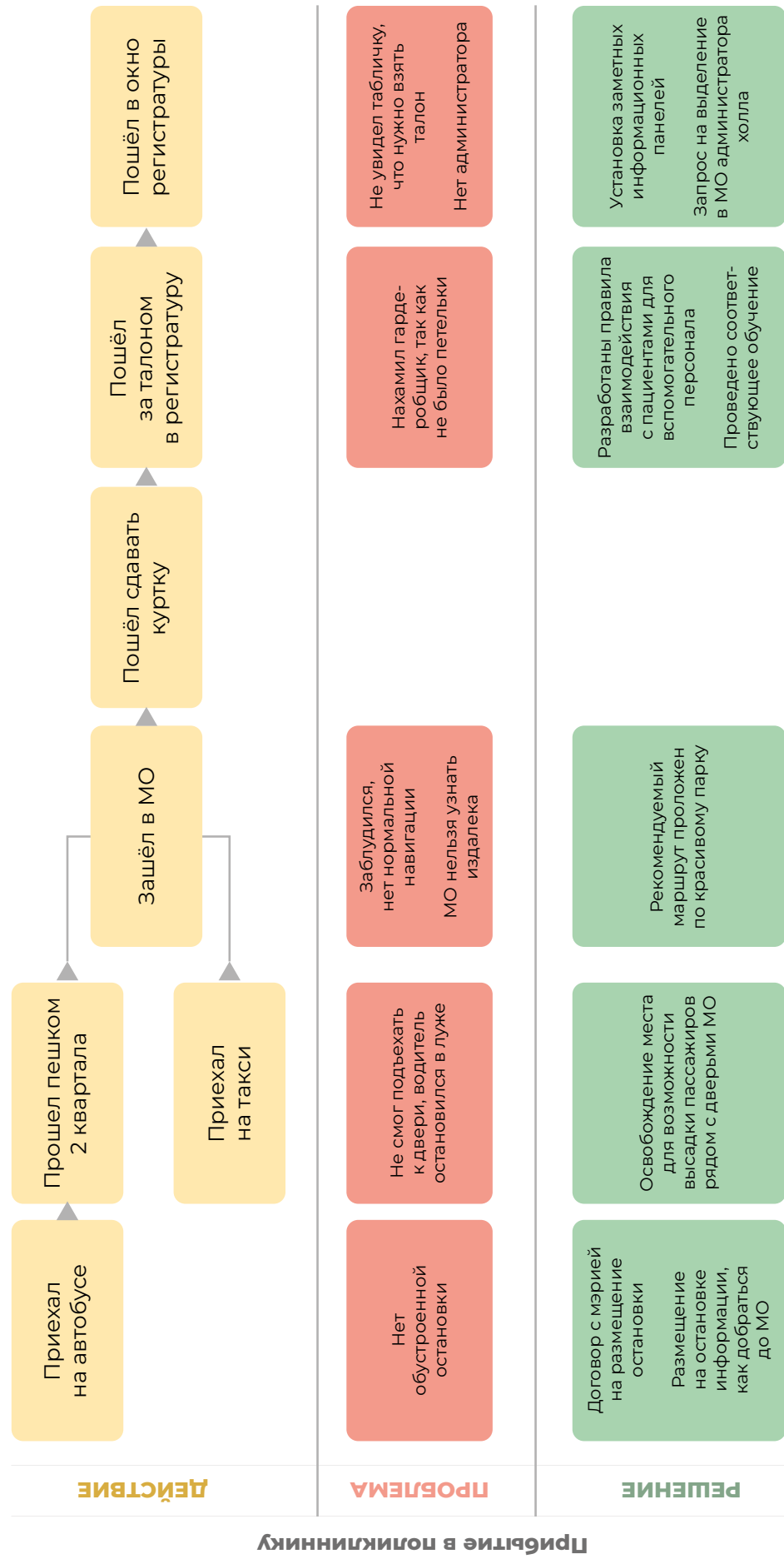
Приложение 1. Пример формы чек-листа для анализа объективных данных

Пункт Стандарта/дополнительно установленное требование МО	Проверяемый параметр	Отметка о выполнении (Дата)	Примечание
...
Раздел 6 Организационные факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов медицинской помощью			
6.1. Доступность медицинской помощи			
6.1.1. Подгруппа факторов «Работа контакт-центра»			
МО должна анализировать входящие телефонные звонки от пациентов (структура причин звонков, распределение по времени суток, продолжительность разговора, возникающие дефекты, скорость соединения с нужным пациенту сотрудником, удобство головного меню, заказ обратного звонка и др.) и реализовывать мероприятия по оптимизации данного процесса. Результаты деятельности должны быть задокументированы.	<p>- в медицинской организации есть локальный документ, регулирующий порядок анализа обращаемости пациентов путем телефонных звонков и принятия, корректирующих мер на его основе, а также закрепление лиц, ответственных за данную деятельность. Опрос случайных сотрудников подтверждает знание документа;</p> <p>- медицинская организация предоставила результаты фактически проведенного анализа обращений по телефону (в т. ч. возникших дефектов) и документ, подтверждающий принятие корректирующих мер (при необходимости по результатам анализа), в т. ч. по снижению средней ожидания ответа оператора, длительности разговора и снижению дефектов. Опрос случайных сотрудников подтверждает знание документа</p>	<p>Выполнено (22.04.2022)</p> <p>Не выполнено (22.04.2022)</p>	<p>Ответственный сотрудник предоставил положение «Об анализе телефонных обращений пациентов», утвержденное главным врачом 09.12.2021 г. Все присутствовавшие на момент проверки работники контакт-центра продемонстрировали знание документа</p> <p>Ответственный сотрудник не смог предоставить документы о проведенном анализе. Со слов, анализ проводится раз в неделю</p>
...

Приложение 2. Шаблон карты клиентского пути «как есть»



Приложение 3. Шаблон карты клиентского пути «как будет»





Центральный научно-исследовательский
институт организации и информатизации
здравоохранения

КОНТАКТЫ

www.mednet.ru

stimul@mednet.ru

[@cniioizofficial](https://www.instagram.com/cniioizofficial)

[@okobyakova](https://www.instagram.com/okobyakova)

Работа с удовлетворенностью:

