



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,  
Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

На № \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_

Руководителям органов  
исполнительной власти  
субъектов Российской Федерации  
в сфере охраны здоровья  
(по списку)

Вр-3368481

Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с резолюцией Председателя Правительства Российской Федерации М.В. Мишустина ММ-П10-13983 на письмо Заместителя Председателя Правительства Д.Н. Чернышенко (от 13.08.2022 № 3-П10-46772) в целях обеспечения доступности для граждан услуги по записи на прием к врачу через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) по 14 основным медицинским должностям в 2022 году открыт федеральный инцидент № 38 «Запись на прием к врачу» (далее – федеральный инцидент № 38).

Большинству субъектов Российской Федерации удалось устраниТЬ самые критичные проблемы при организации записи на прием к врачу в электронном виде. При этом в целом по стране результат остается на среднем уровне и требует более детальной проработки руководителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья. На текущий момент доля успешных записей составляет 57 % при целевом показателе в 90 % для каждого субъекта Российской Федерации (Приложение 1).

Дополнительно отмечаю, что при работе над разрешением федерального инцидента № 38 в субъектах Российской Федерации отсутствует комплексный подход к решению организационных и технических проблем.

Министерством здравоохранения Российской Федерации в целях достижения положительной динамики при разрешении федерального инцидента № 38 разработаны рекомендации «Модель зрелости пациентоцентричной записи на прием к врачу» для комплексного и системного подхода работы субъектов Российской Федерации (Приложение 2) (далее соответственно – Модель зрелости пациентоцентричной записи на прием к врачу, Модель зрелости).

На основании Модели зрелости будет производиться мониторинг исполнения рекомендаций и формирование общего рейтинга субъектов Российской Федерации, характеризующего уровень развития пациентоцентричной записи на прием к врачу в субъекте Российской Федерации.

Внедрение пациентоцентричной записи на прием к врачу на основе Модели зрелости будет проводиться поэтапно в соответствии с планом (Приложение 3).

В связи с вышеизложенным прошу в срок до 31.05.2024 года:

1) направить в Координационный центр Минздрава России копию приказа о назначении сотрудника (в должности не ниже заместителя руководителя органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья), ответственного за организацию пациентоцентричной записи на прием к врачу в субъекте Российской Федерации согласно Модели зрелости;

2) сформировать рабочую группу в целях внедрения в субъекте Российской Федерации пациентоцентричной записи на прием к врачу на основе Модели зрелости и направить в Координационный центр Минздрава России сведения об участниках рабочей группы по форме в Приложении 4 к письму.

3) ознакомить с положениями Модели зрелости всех сотрудников, задействованных в разрешении федерального инцидента № 38 в субъекте Российской Федерации (приложение 2).

Приложение: 1. Рейтинг успешных записей на прием врачу в разрезе субъектов Российской Федерации на 3 л. в 1 экз.

2. Рекомендации Минздрава России «Модель зрелости пациентоцентричной записи на прием к врачу» на 155 л. в 1 экз.
3. План внедрения пациентоцентричной записи на прием к врачу на основе Модели зрелости на 1 л. в 1 экз.
4. Форма для представления сведений о сотрудниках рабочей группы таблица в формате xls

П.С. Пугачев

### Список на рассылку письма

<b>№</b>	<b>Наименование исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья</b>	<b>Адрес</b>
1.	Министерство здравоохранения Алтайского края	656031, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Красноармейский, 95а
2.	Министерство здравоохранения Амурской области	675027, г. Благовещенск, ул. Воронкова, 26/2
3.	Министерство здравоохранения Архангельской области	163004, г. Архангельск, пр. Троицкий, 49
4.	Министерство здравоохранения Астраханской области	414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 16 В
5.	Министерство здравоохранения Белгородской области	308001, г. Белгород, Народный бульвар, 34 А
6.	Департамент здравоохранения Брянской области	241019, г. Брянск, пер. Осоавиахима, д. 3, корп. 1
7.	Министерство здравоохранения Владимирской области	600000, г. Владимир, ул. Большая Московская, д. 61
8.	Комитет здравоохранения Волгоградской области	400119, г. Волгоград, ул. Туркменская, 6
9.	Департамент здравоохранения Вологодской области	160019, Россия, г. Вологда, ул. Предтеченская, 19
10.	Министерство здравоохранения Воронежской области	394006 г. Воронеж, ул. Красноармейская д. 52д
11.	Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга	191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1
12.	Департамент здравоохранения г. Севастополя	299003, г. Севастополь, ул. Симферопольская, 2
13.	Департамент здравоохранения правительства Еврейской автономной области	679016, г. Биробиджан, ул. Шолом-Алейхема, 21
14.	Министерство здравоохранения Забайкальского края	672090, г. Чита, ул. Богомягкова, 23

<b>№</b>	<b>Наименование исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья</b>	<b>Адрес</b>
15.	Департамент здравоохранения Ивановской области	153000, г. Иваново, Шереметевский пр., д. 1
16.	Министерство здравоохранения Иркутской области	664003, г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 29
17.	Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики	360008, Кабардино-Балкарская Республика, г. Нальчик, ул. А. Кешокова д.100
18.	Министерство здравоохранения Калининградской области	236035, г. Калининград, ул. Дмитрия Донского, д. 7А
19.	Министерство здравоохранения Калужской области	248016, г. Калуга, ул. Пролетарская, д.111
20.	Министерство здравоохранения Камчатского края	683003, г. Петропавловск-Камчатский ул. Ленинградская, 118
21.	Министерство здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики	369000, г. Черкесск, ул. Красноармейская, 54
22.	Министерство здравоохранения Кузбасса	650099, г. Кемерово, пр. Советский, 58
23.	Министерство здравоохранения Кировской области	610019, Киров, ул. Карла Либкнехта, 69
24.	Департамент здравоохранения Костромской области	156029, г. Кострома, ул. Свердлова, д.129
25.	Министерство здравоохранения Краснодарского края	350020, г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276/1
26.	Министерство здравоохранения Красноярского края	660017, г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3
27.	Департамент здравоохранения Курганской области	640002, г. Курган, ул. Томина, 49
28.	Министерство здравоохранения Курской области	305000, г. Курск, Красная площадь, д.6
29.	Комитет по здравоохранению Ленинградской области	191124, г. Санкт-Петербург, ул. Лафонская, д.6, лит. А

<b>№</b>	<b>Наименование исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья</b>	<b>Адрес</b>
30.	Управление здравоохранения Липецкой области	398050, г. Липецк, ул. Зегеля, 6
31.	Министерство здравоохранения и демографической политики Магаданской области	685000, г. Магадан, ул. Пролетарская, д. 14
32.	Министерство здравоохранения Московской области	143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1
33.	Министерство здравоохранения Мурманской области	183032, г. Мурманск, ул. Кольский пр., 1
34.	Департамент здравоохранения, труда и социальной защиты населения Ненецкого автономного округа	166000, Ненецкий автономный округ, г. Нарьян-Мар, ул. Смидовича, д. 25
35.	Министерство здравоохранения Нижегородской области	603022, г. Нижний Новгород, ул. Малая Ямская, д. 78
36.	Министерство здравоохранения Новгородской области	173005, Великий Новгород, ул. Кооперативная, д. 5
37.	Министерство здравоохранения Новосибирской области	630007, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 18
38.	Министерство здравоохранения Омской области	644099, г. Омск, ул. Красный путь, д. 6
39.	Министерство здравоохранения Оренбургской области	460006 г. Оренбург, ул. Терешковой, 33
40.	Департамент здравоохранения Орловской области	302021 г. Орел, пл. Ленина, д. 1
41.	Министерство здравоохранения Пензенской области	440000, г. Пенза, ул. Пушкина, 163
42.	Министерство здравоохранения Пермского края	614006, г. Пермь, ул. Ленина, 51
43.	Министерство здравоохранения Приморского края	690007, г. Владивосток, ул.1-я Морская, 2

<b>№</b>	<b>Наименование исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья</b>	<b>Адрес</b>
44.	Комитет по здравоохранению Псковской области	180000, г. Псков, ул. Некрасова, 23
45.	Министерство здравоохранения Республики Адыгея	385000, г. Майкоп, ул. Советская, 176
46.	Министерство здравоохранения Республики Алтай	649000, г. Горно-Алтайск, пр. Коммунистический, 54
47.	Министерство здравоохранения Республика Башкортостан	450002, г. Уфа, ул. Тукаева, 23
48.	Министерство здравоохранения Республики Бурятия	670001, г. Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, Дом Правительства, ул. Ленина, 54
49.	Министерство здравоохранения Республики Дагестан	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Абубакарова, 10
50.	Министерство здравоохранения Республики Ингушетия	386101, Республика Ингушетия, г. Назрань, ул. Муталиева, 37
51.	Министерство здравоохранения Республики Калмыкия	358000, Республика Калмыкия, г. Элиста, ул. В.И. Ленина, 311
52.	Министерство здравоохранения Республики Карелия	185035, Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр. Ленина, 6
53.	Министерство здравоохранения Республики Коми	167981, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина, 73
54.	Министерство здравоохранения Республики Крым	295005, Республика Крым, г. Симферополь, пр. Кирова, 13
55.	Министерство здравоохранения Республики Марий Эл	424033, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Набережная Брюгге, 3
56.	Министерство здравоохранения Республики Мордовия	430005, Республика Мордовия, г. Саранск, Коммунистическая, дом 33/2

<b>№</b>	<b>Наименование исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья</b>	<b>Адрес</b>
57.	Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)	677011, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, ул. Лермонтова, 126
58.	Министерство здравоохранения Республики Северная Осетия – Алания	362003, Республика Северная Осетия – Алания, г. Владикавказ, ул. Нальчикская, 3а
59.	Министерство здравоохранения Республики Татарстан	420012, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Бутлерова, 40/11
60.	Министерство здравоохранения Республики Тыва	667000, Республика Тыва, г. Кызыл, ул. Московская, д. 2
61.	Министерство здравоохранения Республики Хакасия	655012, Республика Хакасия, г. Абакан, ул. Крылова 72
62.	Министерство здравоохранения Ростовской области	344029, г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33
63.	Министерство здравоохранения Рязанской области	390006, г. Рязань, ул. Свободы, д. 32
64.	Министерство здравоохранения Самарской области	443020, г. Самара, ул. Ленинская, 73
65.	Министерство здравоохранения Саратовской области	410000, г. Саратов, ул. Рабочая, д. 145/155
66.	Министерство здравоохранения Сахалинской области	693020 г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, 24
67.	Министерство здравоохранения Свердловской области	620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34-б
68.	Министерство здравоохранения Смоленской области	214008, г. Смоленск, ул. Ленина, 1
69.	Министерство здравоохранения Ставропольского края	355000, г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, 42/311
70.	Министерство здравоохранения Тамбовской области	392000, г. Тамбов, ул. Советская, 106/М.Горького,5

<b>№</b>	<b>Наименование исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья</b>	<b>Адрес</b>
71.	Министерство здравоохранения Тверской области	170100, г. Тверь, площадь Святого Благоверного Князя Михаила Тверского, д. 5
72.	Департамент здравоохранения Томской области	634041, г. Томск, пр. Кирова, 41
73.	Министерство здравоохранения Тульской области	300045, г. Тула, ул. Оборонная, 114-Г
74.	Департамент здравоохранения Тюменской области	625000, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48
75.	Министерство здравоохранения Удмуртской Республики	426008, Удмуртская Республика, г. Ижевск, пер. Интернациональный, д. 15
76.	Министерство здравоохранения Ульяновской области	432000, г Ульяновск, ул. Кузнецова, 18А
77.	Министерство здравоохранения Хабаровского края	680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32
78.	Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина д.75
79.	Министерство здравоохранения Челябинской области	454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165
80.	Министерство здравоохранения Чеченской Республики	364051, Чеченская Республика, г. Грозный, ул. Чехова, 4
81.	Министерство здравоохранения Чувашской Республики	428004, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Президентский бульвар, 17
82.	Департамент здравоохранения Чукотского автономного округа	689000, Чукотский автономный округ, г. Анадырь, ул. Беринга, 6
83.	Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа	629008, г. Салехард, ул. Республики, 72

<b>№</b>	<b>Наименование исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья</b>	<b>Адрес</b>
84.	Министерство здравоохранения Ярославской области	150000, г. Ярославль, ул. Советская, д. 11/9

Старый рейтинг	Субъект РФ	Доля успешных записей через ЕПГУ в общем числе попыток за исключение "черновиков" и "федеральных ошибок", включая данные с витрин ЕПГУ <b>(за последние 4 недели от указанной даты)</b>									
		MAX за весь период	25.09.2022 (старт)	10.03.2024	17.03.2024	24.03.2024	31.03.2024	07.04.2024	14.04.2024	21.04.2024	28.04.2024
1	Кабардино-Балкарская Республика	94%	48%	86%	88%	94%	94%	94%	94%	94%	94%
2	Чеченская Республика	93%	62%	89%	86%	83%	84%	85%	87%	92%	92%
3	Алтайский край	92%	52%	88%	89%	89%	91%	92%	91%	90%	89%
4	Карачаево-Черкесская Республика	89%	71%	56%	45%	48%	50%	54%	83%	85%	88%
5	Республика Северная Осетия - Алания	88%	66%	86%	87%	87%	88%	88%	88%	87%	86%
6	Орловская область	94%	49%	71%	69%	70%	76%	83%	88%	85%	85%
7	Республика Ингушетия	86%	45%	85%	86%	85%	86%	86%	86%	86%	85%
8	г. Севастополь	90%	40%	77%	83%	84%	87%	89%	88%	87%	84%
9	Московская область	88%	27%	80%	80%	78%	81%	85%	84%	88%	83%
10	Тюменская область	87%	24%	86%	86%	86%	87%	86%	85%	84%	82%
11	Республика Калмыкия	91%	26%	87%	86%	88%	91%	90%	91%	91%	82%
12	Краснодарский край	82%	11%	56%	61%	61%	76%	77%	77%	77%	80%
13	Чувашская Республика	89%	46%	52%	71%	76%	83%	83%	83%	82%	80%
14	Амурская область	84%	28%	68%	69%	71%	74%	77%	78%	79%	80%
15	Тамбовская область	88%	18%	73%	73%	76%	79%	82%	82%	80%	79%
16	Мурманская область	85%	8%	67%	61%	61%	63%	72%	80%	80%	78%
17	Смоленская область	77%	15%	62%	58%	56%	66%	72%	76%	77%	77%
18	Белгородская область	76%	41%	48%	50%	54%	61%	68%	66%	73%	76%
19	Республика Адыгея	89%	51%	81%	83%	85%	89%	88%	83%	79%	74%
20	Волгоградская область	87%	26%	30%	30%	42%	42%	70%	70%	72%	73%
21	Республика Татарстан	82%	30%	74%	74%	75%	74%	71%	71%	70%	71%
22	Красноярский край	80%	23%	74%	69%	69%	70%	68%	73%	73%	71%
23	Кемеровская область	80%	8%	73%	75%	76%	78%	79%	74%	72%	71%
24	Республика Саха (Якутия)	72%	23%	65%	66%	68%	69%	68%	68%	69%	70%
25	Республика Дагестан	81%	48%	76%	78%	81%	80%	80%	77%	72%	69%
26	Новгородская область	82%	39%	72%	73%	73%	82%	81%	79%	75%	68%
27	Республика Крым	76%	32%	63%	65%	69%	69%	69%	68%	69%	66%
28	Астраханская область	72%	32%	52%	54%	62%	62%	69%	67%	65%	66%
29	Ульяновская область	79%	39%	61%	65%	64%	64%	64%	74%	70%	66%
30	Приморский край	88%	37%	72%	76%	75%	75%	72%	70%	67%	66%
31	Воронежская область	78%	41%	67%	69%	71%	63%	63%	62%	61%	65%
32	Еврейская автономная область	87%	4%	79%	80%	83%	86%	86%	87%	70%	65%

Старый рейтинг	Субъект РФ	Доля успешных записей через ЕПГУ в общем числе попыток за исключение "черновиков" и "федеральных ошибок", включая данные с витрин ЕПГУ (за последние 4 недели от указанной даты)									
		MAX за весь период	25.09.2022 (старт)	10.03.2024	17.03.2024	24.03.2024	31.03.2024	07.04.2024	14.04.2024	21.04.2024	28.04.2024
33	Архангельская область	71%	10%	71%	70%	68%	63%	64%	65%	63%	63%
34	Сахалинская область	84%	23%	63%	65%	69%	79%	76%	70%	65%	63%
35	Саратовская область	71%	51%	70%	71%	70%	59%	58%	57%	55%	63%
36	Рязанская область	76%	35%	62%	64%	69%	68%	67%	66%	64%	62%
37	Курская область	77%	24%	64%	62%	62%	49%	50%	49%	49%	62%
38	Владимирская область	65%	31%	54%	56%	58%	56%	58%	58%	60%	62%
39	Хабаровский край	75%	30%	49%	49%	47%	47%	58%	60%	63%	61%
40	Кировская область	73%	31%	57%	58%	60%	60%	60%	59%	60%	60%
41	Оренбургская область	67%	17%	56%	57%	61%	56%	56%	56%	55%	60%
42	Республика Башкортостан	70%	38%	54%	57%	61%	63%	61%	61%	60%	59%
43	Нижегородская область	67%	35%	59%	62%	65%	66%	65%	64%	58%	57%
44	Республика Коми	64%	16%	51%	55%	61%	64%	62%	60%	58%	57%
45	Ямало-Ненецкий автономный округ	69%	32%	58%	60%	63%	63%	63%	62%	59%	56%
46	Ленинградская область	74%	11%	67%	66%	66%	67%	67%	58%	57%	56%
47	Калужская область	60%	27%	51%	49%	47%	39%	43%	46%	50%	56%
48	Пермский край	71%	33%	52%	54%	60%	61%	62%	61%	58%	56%
49	Республика Мордовия	58%	10%	20%	17%	17%	16%	15%	13%	20%	55%
50	Магаданская область	72%	26%	69%	71%	72%	72%	72%	72%	64%	55%
51	Республика Бурятия	77%	37%	55%	56%	56%	57%	57%	56%	56%	55%
52	Республика Тыва	94%	57%	94%	93%	94%	93%	90%	89%	68%	54%
53	Забайкальский край	65%	20%	62%	57%	61%	60%	51%	57%	55%	54%
54	Ивановская область	62%	30%	53%	45%	45%	47%	46%	55%	56%	54%
55	Самарская область	61%	48%	47%	49%	54%	60%	61%	61%	58%	54%
56	г. Санкт-Петербург	59%	17%	53%	53%	53%	55%	56%	56%	56%	53%
57	Свердловская область	65%	26%	47%	48%	50%	51%	55%	55%	54%	53%
58	Республика Марий Эл	66%	21%	51%	53%	55%	56%	56%	56%	53%	50%
59	Костромская область	78%	22%	55%	55%	57%	57%	78%	56%	55%	50%
60	Липецкая область	65%	42%	50%	59%	43%	32%	33%	31%	36%	49%
61	Ставропольский край	66%	8%	58%	60%	58%	48%	46%	45%	43%	49%
62	Омская область	56%	31%	51%	52%	53%	53%	56%	55%	52%	49%
63	Пензенская область	62%	8%	50%	51%	54%	52%	52%	49%	47%	47%
64	Иркутская область	63%	5%	53%	59%	63%	61%	58%	52%	49%	46%

Старый рейтинг	Субъект РФ	Доля успешных записей через ЕПГУ в общем числе попыток за исключение "черновиков" и "федеральных ошибок", включая данные с витрин ЕПГУ (за последние 4 недели от указанной даты)									
		MAX за весь период	25.09.2022 (старт)	10.03.2024	17.03.2024	24.03.2024	31.03.2024	07.04.2024	14.04.2024	21.04.2024	28.04.2024
65	Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	54%	38%	47%	37%	38%	38%	39%	51%	52%	46%
66	Челябинская область	62%	26%	48%	49%	49%	50%	50%	45%	44%	43%
67	Курганская область	55%	21%	44%	43%	44%	44%	42%	43%	42%	42%
68	Ярославская область	50%	18%	47%	48%	50%	48%	46%	45%	43%	41%
69	Удмуртская Республика	56%	13%	46%	47%	48%	47%	46%	46%	44%	41%
70	Республика Алтай	51%	5%	41%	43%	42%	41%	39%	39%	40%	41%
71	Республика Карелия	59%	24%	42%	44%	46%	44%	43%	42%	40%	39%
72	Камчатский край	58%	34%	42%	43%	44%	46%	45%	46%	42%	39%
73	Томская область	46%	14%	40%	44%	45%	46%	46%	44%	42%	39%
74	Калининградская область	62%	23%	54%	55%	57%	56%	55%	54%	42%	39%
75	Брянская область	66%	32%	35%	40%	46%	46%	44%	43%	40%	38%
76	Новосибирская область	68%	30%	55%	57%	56%	56%	54%	46%	42%	37%
77	Псковская область	71%	21%	46%	57%	71%	71%	68%	62%	46%	37%
78	Республика Хакасия	53%	24%	31%	37%	39%	40%	39%	37%	36%	33%
79	Тульская область	68%	32%	61%	62%	67%	67%	55%	48%	38%	33%
80	Ненецкий автономный округ	47%	33%	33%	35%	39%	43%	43%	43%	39%	33%
81	Чукотский автономный округ	73%	19%	58%	57%	53%	42%	36%	32%	27%	31%
82	Тверская область	48%	33%	36%	41%	41%	39%	35%	34%	32%	31%
83	Вологодская область	64%	15%	36%	36%	36%	34%	32%	31%	28%	27%
84	Ростовская область	42%	42%	14%	14%	15%	15%	15%	15%	14%	14%



КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2024

# Модель зрелости пациентоцентричной записи к врачу

Редакция 1

## Оглавление

<b>Оглавление .....</b>	<b>1</b>
<b>Термины и определения.....</b>	<b>4</b>
<b>Сокращения.....</b>	<b>6</b>
<b>Введение .....</b>	<b>7</b>
<b>Область 1: Нормативное регулирование.....</b>	<b>13</b>
<b>Показатель 1.1. Зрелость региональных НПА .....</b>	<b>15</b>
1.1.1. Степень принятия НПА, регулирующего нормы времени врачей-специалистов .....	17
1.1.2. Степень принятия НПА, регулирующего порядок и сроки формирования и согласования проекта расписания приемов врачей.....	18
1.1.3. Степень принятия НПА, регулирующего порядок внесения изменений, контроля актуальности расписания и информирования пациентов .....	19
1.1.4. Степень принятия НПА, регулирующего описание ролевой модели при формировании расписания и осуществлении записи на прием к врачу.....	20
1.1.5. Степень принятия НПА, регулирующего порядок осуществления контроля на уровне регионального органа исполнительной власти .....	21
1.1.6. Степень принятия НПА, регулирующего порядок осуществления контроля на уровне медицинской организации .....	22
<b>Показатель 1.2. Зрелость локальных нормативных актов .....</b>	<b>23</b>
1.2.1. Степень принятия ЛНА о назначении в медицинской организации лица, ответственного за ведение и актуализацию расписания .....	24
1.2.2. Степень принятия ЛНА об утверждении положения о порядке ведения расписания приемов врачей медицинской организации.....	25
1.2.3. Степень принятия ЛНА о порядке внедрения организационных решений для увеличения доли рабочего времени врачей для осуществления приема пациентов в медицинской организации.....	26
1.2.4. Степень принятия ЛНА об утверждении речевых модулей, алгоритмов работы, графика обучения сотрудников, порядка контроля .....	28
<b>Область 2: Система управления.....</b>	<b>29</b>
<b>Показатель 2.1. Зрелость системы управления на региональном уровне.....</b>	<b>30</b>
2.1.1. Создание рабочей группы на уровне субъекта РФ.....	31
2.1.2. Создание системы КПЭ на уровне субъекта РФ.....	33
<b>Показатель 2.2. Зрелость системы управления в медицинских организациях.....</b>	<b>35</b>
2.2.1. Создание рабочих групп на уровне медицинских организаций .....	37
2.2.2. Создание системы КПЭ на уровне медицинских организаций.....	38
<b>Область 3: Система контроля и отчетности .....</b>	<b>41</b>
<b>Показатель 3.1. Зрелость системы мониторинга.....</b>	<b>42</b>
3.1.1. Создание системы мониторинга на региональном уровне .....	43
3.1.2. Создание системы мониторинга на уровне медицинских организаций .....	45
<b>Показатель 3.2. Зрелость системы контроля.....</b>	<b>49</b>
3.2.1. Регламентировано проведение регулярных совещаний под председательством ответственного за пациентоцентричную запись.....	51

3.2.2. Регламентирован контроль исполнения поручений, данных в рамках инцидента	.53
<b>Область 4: Управление расписаниями .....</b>	<b>55</b>
<b>Показатель 4.1. Зрелость системы управления эффективностью использования слотов .....</b>	<b>56</b>
4.1.1. Наличие доработок в МИС, направленных на повышение утилизации слотов.....	57
<b>Показатель 4.2. Зрелость системы достижения полноты ведения расписания.....</b>	<b>59</b>
4.2.1. Регламентирована выверка штатных расписаний медицинских организаций и иной кадровой информации.....	59
4.2.2. Регламентированы процедуры контроля полноты ведения расписания в каждой медицинской организации .....	61
<b>Область 5: Интеграция ЕПГУ в региональную систему записи .....</b>	<b>62</b>
<b>Показатель 5.1. Зрелость синхронизации условий записи для различных каналов .....</b>	<b>64</b>
5.1.1. Синхронизация условий записи для различных каналов записи .....	65
<b>Показатель 5.2. Зрелость системы популяризации дистанционных сервисов записи.....</b>	<b>67</b>
5.2.1. Наличие плана популяризации дистанционных сервисов записи с учетом сегментации пациентов.....	70
<b>Область 6: Кол-центр .....</b>	<b>71</b>
<b>Показатель 6.1. Зрелость программного и технического обеспечения кол-центра .....</b>	<b>72</b>
6.1.1. Развитость программного обеспечения .....	73
6.1.2. Соответствие техническим требованиям.....	74
<b>Показатель 6.2. Зрелость организационных процессов кол-центра.....</b>	<b>75</b>
6.2.1. Наличие схем маршрутизации звонков .....	76
6.2.2. Управление кадрами кол-центра .....	77
<b>Область 7: Оптимизация процессов внутри медицинской организации.....</b>	<b>79</b>
<b>Показатель 7.1. Зрелость разделения потоков пациентов.....</b>	<b>80</b>
7.1.1. Оценка организации перераспределения потока пациентов, обращающихся с очными запросами информации.....	82
7.1.2. Оценка организации перераспределения потока пациентов, нуждающихся в оказании помощи в неотложной форме .....	83
7.1.3. Оценка перераспределения потока пациентов, обращающихся с профилактической целью.....	84
<b>Показатель 7.2. Зрелость перераспределения функций между персоналом.....</b>	<b>86</b>
7.2.1. Распределение функций на персонал без медицинского образования .....	88
7.2.2. Распределение функций на персонал со средним медицинским образованием ...	89
7.2.3. Передача функций на совместное исполнение врачам и среднему медицинскому персоналу.....	90
<b>Область 8: Валидация пользователей и техническая настройка сервисов записи.....</b>	<b>92</b>
<b>Показатель 8.1. Зрелость технического обеспечения сервисов записи .....</b>	<b>93</b>
8.1.1. Доступность сервисов записи, а также регулирование вопроса записи для пациентов из других субъектов РФ.....	93
<b>Показатель 8.2. Зрелость выверки базы данных прикрепления ГИС СЗ субъекта РФ.....</b>	<b>95</b>
8.2.1. Наличие регламента регулярной сверки информации о прикреплении пациентов к медицинским организациям .....	96

<b>Область 9: Механизмы обратной связи .....</b>	<b>98</b>
<b>Показатель 9.1. Зрелость процессов адресного информирования пациентов .....</b>	<b>100</b>
9.1.1. Развитость технических инструментов адресного информирования пациентов ...	102
<b>Область 10: Лист ожидания .....</b>	<b>103</b>
<b>Показатель 10.1. Зрелость технического обеспечения функционирования листа ожидания ...</b>	<b>103</b>
10.1.1. Единый электронный лист ожидания .....	105
10.1.2. Наличие механизмов автоматического управления листом ожидания .....	106
<b>Показатель 10.2. Зрелость построения маршрутизации между медицинскими организациями .....</b>	<b>107</b>
10.2.1. Наличие маршрутизации между МО в случаях недоступности ПМСП в МО прикрепления .....	107
<b>Приложения.....</b>	<b>109</b>
<b>Приложение 1. Чек-листы для оценки зрелости региональных НПА.....</b>	<b>109</b>
<b>Приложение 2. Чек-листы для оценки зрелости локальных НА .....</b>	<b>110</b>
<b>Приложение 3. Чек-лист для оценки НПА об утверждении ответственного и рабочей группы на уровне ОУЗ.....</b>	<b>111</b>
<b>Приложение 4. Чек-лист для оценки НПА об утверждении КПЭ на уровне ОУЗ и главных врачей .....</b>	<b>112</b>
<b>Приложение 5. Чек-лист для оценки ЛНА об утверждении ответственного и рабочей группы на уровне МО .....</b>	<b>114</b>
<b>Приложение 6. Чек-лист для оценки системы мониторинга показателей, характеризующих качество и доступность записи на прием к врачу .....</b>	<b>115</b>
<b>Приложение 7. Чек-лист для оценки системы контроля.....</b>	<b>120</b>
<b>Приложение 8. Чек-лист для оценки доработок в МИС, направленных на повышение утилизации слотов .....</b>	<b>121</b>
<b>Приложение 9. Чек-лист для оценки системы достижения охвата расписанием .....</b>	<b>122</b>
<b>Приложение 10. Чек-лист для оценки степени синхронизации условий записи для различных каналов .....</b>	<b>123</b>
<b>Приложение 11. Чек-лист для оценки плана популяризации дистанционных сервисов записи .....</b>	<b>136</b>
<b>Приложение 12. Чек-лист для оценки текущего состояния кол-центров медицинских организаций .....</b>	<b>137</b>
<b>Приложение 13. Чек-листы по проверке разделение потоков в зависимости от целей обращения гражданина.....</b>	<b>140</b>
<b>Приложение 14. Чек-листы по проверке перераспределения функций (для самопроверки) ..</b>	<b>143</b>
<b>Приложение 15. Чек-листы по оценке Зрелости технического обеспечения сервисов записи и оценке регламента проведения сверки .....</b>	<b>150</b>
<b>Приложение 16. Оценка развитости технических инструментов адресного информирования пациентов .....</b>	<b>152</b>
<b>Приложение 17. Чек-лист по оценке зрелости листа ожидания.....</b>	<b>154</b>

## Термины и определения

Термин	Определение
Модель зрелости пациентоцентричной записи на прием к врачу	Это документ, который предлагает способы оценки того, насколько хорошо и эффективно работает система записи на прием к врачу в амбулаторно-поликлиническом звене
Оценка зрелости	Процесс оценивания уровня качества системы организации записи на прием к врачу в амбулаторно-поликлиническом звене
Зрелость записи	Уровень качества системы организации записи на прием к врачу в амбулаторно-поликлиническом звене
Пациентоцентричная запись / модель записи	Модель, при которой фокус внимания направлен на пациента, его потребности и качество получаемой медицинской помощи
Ролевая система	Система, при которой за сотрудниками медицинской организации, а также кол-центров закреплены роли, выполняемые ими при реализации механизмов информирования в различных ситуациях в общении с пациентами
Провал проверки	Неудовлетворительный результат проверки
Вендор	Компания, поставляющая программное обеспечение медицинской информационной системы, отвечающая за поддержание ее корректной работы и предоставление данных о внесенном в систему расписании врачей в виде выгрузки отчетов
Врач / врач-специалист	Медицинский специалист с высшим образованием, занимающий должность из списка 14 основных медицинских должностей: Врач общей практики (семейный врач) Врач-оториноларинголог Врач-психиатр-нарколог Врач-педиатр участковый Врач-детский хирург Врач-акушер-гинеколог Врач-терапевт участковый Врач-стоматолог детский Врач-стоматолог Врач-хирург Врач-фтизиатр Врач-офтальмолог Врач-стоматолог-терапевт Врач-психиатр детский (подростковый)
Горизонт записи	Период времени (количество дней), начиная с текущего дня, на который разрешена запись на прием к врачу, диагностическое исследование, лечебную процедуру
Дистанционные обращения	Любые обращения пациентов или их законных представителей направляемые в медицинскую организацию опосредовано
Инфомат	Терминал, предназначенный для записи в медицинскую организацию и предоставления справочной информации

<b>Термин</b>	<b>Определение</b>
Слот	Период времени в расписании приема медицинского работника, установленный для оказания единичного случая первичной медико-санитарной помощи (в т.ч. приема одного пациента, проведения одного диагностического исследования, проведения одной лечебной процедуры)
Вакантный слот	Слот, доступный для записи
Конкурентный слот	Слот, доступный для всех каналов записи с целью первичного приема к врачу
Неконкурентный слот	Слот, доступный только для одного канала записи к врачу («врач-врач») с целью повторного приема или приема по направлению
Лист ожидания	Механизм сбора заявок на запись к врачу при отсутствии вакантных слотов в расписании с последующей записью в случае появления освободившегося слота
Немедицинские работники	Работники медицинских организаций, занимающие следующие должности: администратор, администратор врачебного приема, регистратор, оператор
Непрофильный функционал	Функции, не предусмотренные профессиональным стандартом соответствующего медицинского работника, не связанные напрямую с оказанием медицинской помощи, и для выполнения которых от исполнителя не требуется наличие высшего или среднего медицинского образования
Чек-лист	Check-list или проверочный список – форма для проверки (и / или самопроверки) с целью фиксации и учета текущих результатов, а также прогресса в дальнейшем в каждой из областей, описанных в Модели
Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) (ЕПГУ)	Единый веб-портал, обеспечивающий предоставление государственных и муниципальных услуг, в том числе записи на прием к врачу, в Российской Федерации
Региональный портал государственных услуг (РПГУ)	Веб-портал, обеспечивающий предоставление государственных и муниципальных услуг, в том числе записи на прием к врачу, в рамках субъекта Российской Федерации

## Сокращения

Сокращение	Расшифровка
Орган управления здравоохранением, ОУЗ, РОИВ	Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья
Амбулаторные СП	Структурные подразделения медицинской организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях
Региональный НПА	Нормативный правовой акт, разработанный и утвержденный ОУЗ
ЛНА	Локальный нормативный акт, утвержденный медицинской организацией
ГИС СЗ	Государственная информационная система в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации
ЕСИА	Единая система идентификации и аутентификации
ФЭР	Федеральная электронная регистратура
КУ ФЭР	Концентратор услуг ФЭР
МИС	Медицинская информационная система
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ТФОМС	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
ITIL (Information Technology Infrastructure Library — библиотека инфраструктуры информационных технологий)	Общепризнанный набор рекомендаций, призванный помочь организациям максимально эффективно использовать ИТ путем согласования ИТ-услуг с бизнес-стратегией

## Введение

Этот документ содержит рекомендации для создания удобной системы записи к врачу, ориентированной на потребности пациентов (пациентоцентричной записи к врачу) в Вашем субъекте РФ. Чтобы легче измерить прогресс, он представлен в виде Модели зрелости, которая поможет оценить достижения и сравнить их с другими регионами Российской Федерации. Оценка зрелости процессов помогает понять, насколько эффективной является система управления записью пациентов к врачу и выявить области, требующие улучшений.

Документ состоит из 10 тематических областей, каждая из которых содержит описание, объясняющее, какие меры внедрения в этой области могут улучшить систему записи к врачу, ориентированную на пациентов. Зрелость каждой области оценивается отдельно и зависит от оценки показателей, входящих в нее. Оценка зрелости показателей определяется степенью зрелости подпоказателей, составляющих каждый конкретный показатель.

Различные показатели имеют разную сложность развития и влияние на общее качество системы записи к врачу. Рекомендуется начать с работы над показателями, которые легче всего развивать и имеют наибольшее влияние на качество системы.

Однако для создания полноценной системы управления процессами, влияющими на доступность записи для пациентов, рекомендуется выполнить все рекомендации, представленные в данном документе.

Область	Показатель	Сложность развития (A – оч. сложно E – оч. легко)	Влияние показателя на общее качество (A – оч. высокое E – оч. низкое)
1. Нормативное регулирование	1.1. Зрелость региональных НПА	B	B
	1.2. Зрелость локальных НА	A	B
2. Система управления	2.1. Зрелость системы управления на региональном уровне	D	A
	2.2. Зрелость системы управления на уровне медицинских организаций	C	B
3. Система контроля и отчетности	3.1. Зрелость системы мониторинга	D	A
	3.2. Зрелость системы контроля	B	B
4. Управление расписаниями	4.1. Зрелость системы достижения эффективного использования слотов	B	B
	4.2. Зрелость системы достижения полноты ведения расписания	C	B
5. Интеграция ЕПГУ в региональную систему записи	5.1 Зрелость синхронизации условий записи для различных каналов	E	C
	5.2. Зрелость системы популяризации дистанционных сервисов записи	C	E
6. Кол-центр	6.1. Зрелость программного и технического обеспечения кол-центра	B	C
	6.2. Зрелость организационных процессов кол-центра	C	C

7. Оптимизация процессов внутри МО	7.1. Зрелость разделение потоков пациентов	A	A
	7.2. Зрелость перераспределения функций между персоналом	A	A
8. Валидация пользователей и техническая настройка сервисов записи	8.1. Зрелость технического обеспечения сервисов записи	B	E
	8.2. Зрелость выверки базы данных прикрепления ГИС СЗ субъекта РФ	B	D
9. Механизм обратной связи	9.1. Зрелость процессов адресного информирования пациентов	C	B
10. Лист ожидания	10.1 Зрелость технического обеспечения функционирования листа ожидания	B	B
	10.2. Зрелость построения маршрутизации между медицинскими организациями	C	B

Все показатели разделены на 5 групп в зависимости от того, насколько важно их развитие и как это повлияет на качество системы записи пациентов.

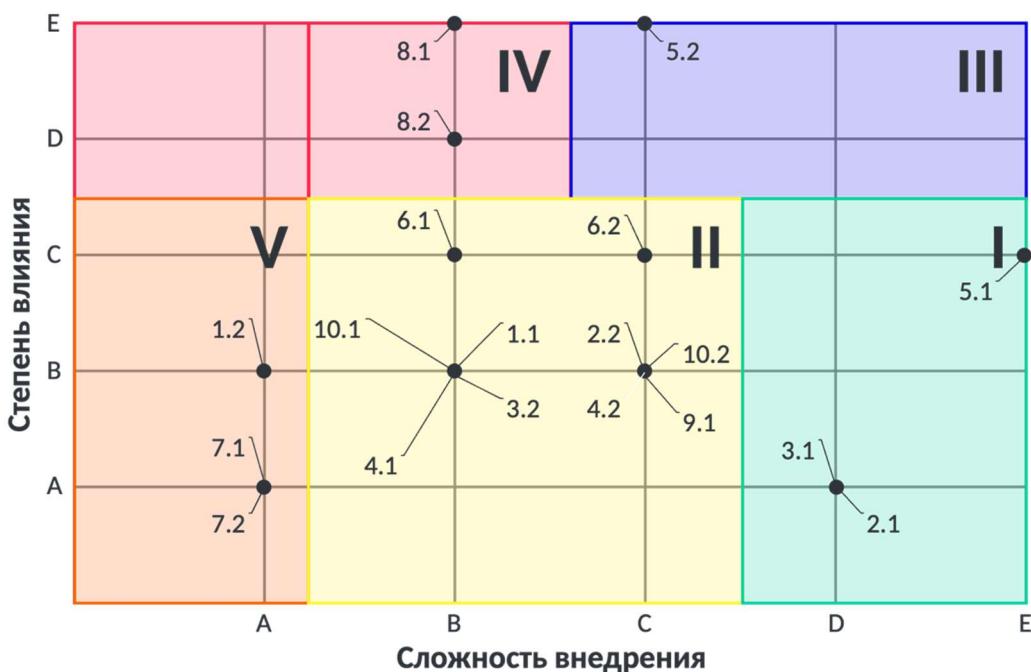
**I Группа** – показатели первого приоритета: легко развивающиеся показатели с большим влиянием на общее качество пациентоцентричной записи.

**II Группа** – показатели второго приоритета: показатели, которые имеют значительное влияние на качество процесса, но которые требуют некоторых усилий для развития.

**III Группа** – показатели третьего приоритета: показатели с низкой сложностью внедрения, но они не сильно влияют на общее качество процесса, так как скорее относятся к вспомогательным мероприятиям.

**IV Группа** – группа остаточного приоритета: показатели, которые сложно внедрить и которые влияют только на запись через ЕПГУ.

**V Группа** – показатели с максимальным эффектом: оказывают сильнейшее влияние на пациентоцентричную запись, но требуют длительной и системной работы. Их развитие рекомендуется в первую очередь, но результаты могут быть не сразу заметны. Требуют задействование значительных управленческих ресурсов.



Каждый субъект РФ оценивается отдельно по каждой тематической области на основании критериев, которые представлены в соответствующих главах. Общая оценка субъекта РФ в рейтинге основывается на суммировании балов за развитие каждого показателя.

Развитие каждого показателя оценивается как среднее значение достигнутых уровней по каждому подпоказателю, входящих в конкретный показатель, по единой формуле:

$$\text{Балл за показатель } X = \frac{\text{Сумма достигнутых уровней по всем подпоказателям показателя } X}{\text{Кол - во подпоказателей в показателе } X}$$

Каждый показатель в финальной оценке имеет собственный вес, основанный на влиянии показателя на общее качество процесса пациентоцентричной записи (A – 5 баллов; B – 4 балла; C – 3 балла; D – 2 балла; E – 1 балл).

Финальный рейтинг пациентоцентричной записи ( $R_{\text{паци}}$ ) рассчитывается по формуле:

$$R_{\text{паци}} = \frac{\sum B_x * V_x}{276} * 100\%, \text{ где}$$

$B_x$  – балл за показатель  $X$

$V_x$  – вес показателя  $X$

276 – максимально возможный балл (достижение 4 уровня по каждому показателю)

При окончательном подсчете оценки субъектов учитываются следующие ограничения:

- 1) Если уровень достижения показателей 2.1 и 2.2 не достигает 4 уровня, финальный балл не может превышать 25 %;
- 2) Если уровень достижения показателей 1.1, 3.2 и 3.1 не достигает 3 уровня, финальный балл не может превышать 25 %;
- 3) Если уровень достижения показателей 7.1, 7.2 и 1.2 не достигает 3 уровня, финальный балл не может превышать 50 %;
- 4) Если уровень достижения показателей 5.1, 7.1, 7.2 и 10.1 не достигает 4 уровня, финальный балл не может превышать 75 %;
- 5) Если уровень достижения показателей 10.2 и 9.1 не достигает 3 уровня, финальный балл не может превышать 75 %.

Для оценки зрелости пациентоцентричной записи также проводится расчет Индекса каждого субъекта РФ на основе 16 показателей, характеризующих доступность записи через ЕПГУ для пациентов. Каждый показатель имеет свой вес, отражающий его влияние на доступность записи через ЕПГУ.

Направление	Показатель	Вес
П1. Ключевые показатели (за последние 28 дней)	П1.1 Доля успешных записей через ЕПГУ в общем количестве успешных записей, организационных и технических ошибок	0,4
	П1.2 Исполнение целевого показателя по количеству уникальных записавшихся через ЕПГУ на 100 тыс. населения	0,3
	П1.3 Отношение количества уникальных записавшихся через ЕПГУ к общему количеству уникальных пользователей ЕПГУ (все услуги)	0,2
	П1.4 Количество жалоб через ПОС (без учета категории вопросов) на 100 тыс. уникальных записавшихся через ЕПГУ	0,1
П2. Организационные ошибки записи (за последние 7 дней)	П2.1 Доля успешных записей по должностям участковой службы (Врач общей практики (семейный врач); Врач-терапевт участковый; Врач-педиатр участковый) от общего числа пациентов, выбравших одну из данных должностей для записи (без учета технических ошибок и черновиков)	0,35
	П2.2 Доля успешных записей по должностям первичной специализированной помощи, пользующихся высоким спросом (Врач-оториноларинголог; Врач-офтальмолог; Врач-акушер-гинеколог; Врач-детский хирург; Врач-хирург) от общего числа пациентов, выбравших одну из данных должностей для записи (без учета технических ошибок и черновиков)	0,25
	П2.3 Доля успешных записей по должностям стоматологических специальностей (Врач-стоматолог детский; Врач-стоматолог; Врач-стоматолог-терапевт) от общего числа пациентов, выбравших одну из данных должностей для записи (без учета технических ошибок и черновиков)	0,15
	П2.4 Доля успешных записей по должностям первичной специализированной помощи, пользующихся низким спросом (Врач-психиатр детский (подростковый); Врач-психиатр-нарколог; Врач-фтизиатр) от общего числа пациентов, выбравших одну из данных должностей для записи (без учета технических ошибок и черновиков)	0,1
	П2.5 Доля успешных записей по должностям не из списка 14 от общего числа пациентов, выбравших одну из данных должностей для записи (без учета технических ошибок и черновиков)	0,05
	П2.6 Доля успешно выбравших должность от общего количества пациентов, кому было предложено выбрать должность (без учета технических ошибок и черновиков)	0,05
	П2.7 Доля черновиков, возникших на этапе выбора должности, от общего кол-ва пациентов, кому было предложено выбрать должность	0,05
П3. Технические ошибки записи и ошибки валидации (за последние 28 дней)	П3.1 Процент простоя сервиса записи через КУ ФЭР и Витрины ЕПГУ (часы простоя / 672 часа)	0,35
	П3.2 Доля технических ошибок записи (без учета ошибок валидации) в общем количестве попыток записи	0,25
	П3.3 Доля ошибок валидации в общем количестве попыток записи	0,15
	П3.4 Доля выявленных расхождений между данными ТФОМС и ГИСЗ субъекта РФ при проведении сверки информации о прикрепленном населении	0,15
	П3.5 Доля пациентов, кто дошел до выбора медицинской организации и кому было предложено выбрать медицинскую организацию (этап не закончился технической или организационной ошибкой записи)	0,1

Финальный индекс доступности записи через ЕПГУ ( $I_{EPGU}$ ) рассчитывается по формуле:

$$I_{EPGU} = \frac{\Pi_1 * 1 + \Pi_2 * 1 + \Pi_3 * 1}{3}, \text{ где}$$

$$\Pi_1 = \Pi_{1.1} * 0,4 + \Pi_{1.2} * 0,3 + \Pi_{1.3} * 0,2 + \Pi_{1.4} * 0,1$$

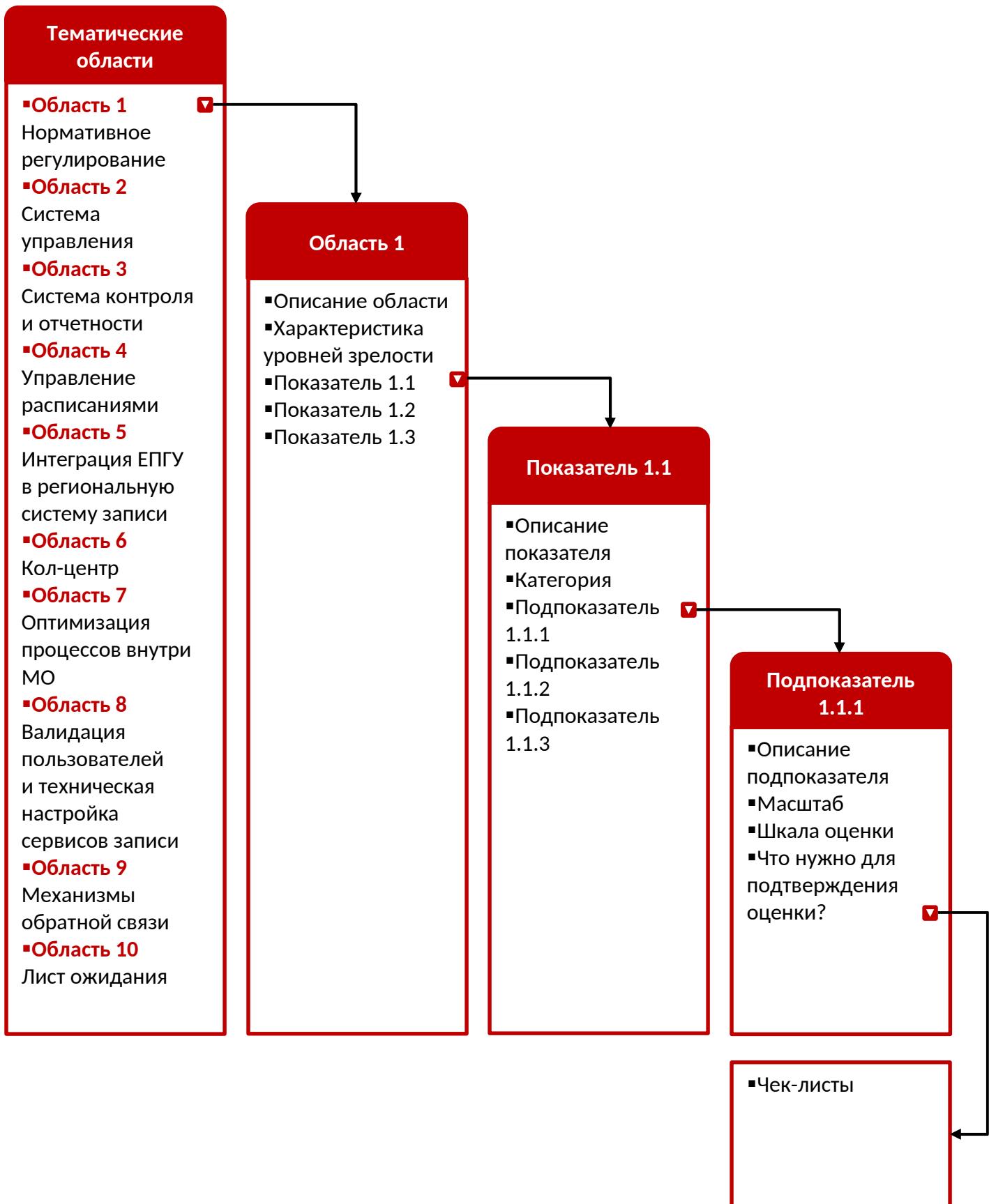
$$\Pi_2 = \Pi_{2.1} * 0,35 + \Pi_{2.2} * 0,25 + \Pi_{2.3} * 0,15 + \Pi_{2.4} * 0,1 + \Pi_{2.5} * 0,05 + \Pi_{2.6} * 0,05 + \Pi_{2.7} * 0,05$$

$$\Pi_3 = \Pi_{3.1} * 0,35 + \Pi_{3.2} * 0,25 + \Pi_{3.3} * 0,15 + \Pi_{3.4} * 0,15 + \Pi_{3.5} * 0,1$$

Таким образом, каждый субъект РФ единовременно получает две оценки:

- 1) Значение рейтинга пациентоцентричной записи ( $R_{паци}$ )
- 2) Значение индекса доступности записи через ЕПГУ ( $I_{EPGU}$ )

## Описание структуры документа



# Область 1: Нормативное регулирование

## Описание:

Нормативный правовой акт – официальный документ, который устанавливает, изменяет или отменяет нормы права. НПА является универсальным средством регулирования, позволяет утверждать единые правила поведения для всех участников в рамках правовой системы и одновременно помогает этим участникам прогнозировать правомерность своих действий в тех или иных случаях.

Согласно Методическим рекомендациям ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные кол-центры (издание третье, переработанное и дополненное)» утверждение НПА необходимо на двух уровнях:

- Региональном (уровень органа управления здравоохранением),
- Локальном (уровень каждой медицинской организации).

Для контроля и полного охвата аспектов пациентоцентричной записи в зависимости от уровня следует утвердить следующие документы:

### Региональные НПА (могут быть утверждены в рамках единого документа):

- Нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением пациентом врача (далее - нормы времени врачей-специалистов).
- Порядок и сроки формирования и согласования проекта расписания приемов врачей.
- Порядок внесения изменений, контроля актуальности расписания и информирования пациентов.
- Описание ролевой модели при формировании расписания и осуществлении записи на прием к врачу.
- Порядок осуществления контроля на уровне органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.
- Порядок осуществления контроля на уровне медицинской организации.

### ЛНА:

- О назначении в медицинской организации лица, ответственного за ведение и актуализацию расписания.
- Об утверждении положения о порядке ведения расписания приемов врачей медицинской организации.
- О порядке внедрения организационных решений для увеличения доли рабочего времени врачей для осуществления приема пациентов в медицинской организации.
- Об утверждении речевых модулей, алгоритмов работы, графика обучения сотрудников, порядка контроля за соблюдением алгоритмов.

Для унификации ЛНА сначала ОУЗ разрабатывает **типовую ЛНА**, который после проверки ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России используется медицинскими организациями при формировании своих документов.

Помимо наличия всех вышеперечисленных НПА в субъекте РФ для присвоения высшего уровня зрелости по данному показателю ОУЗ необходимо утвердить **регламент актуализации НПА и типового ЛНА** с главными врачами и иными участниками системы здравоохранения с целью их постоянного улучшения и актуализации. Важно: ежегодные обсуждения должны затрагивать каждый региональный и локальный НА.

**Рисунок 1 – Порядок разработки нормативного регулирования в субъекте РФ**



**Уровни зрелости:**

Уровень	1	2	3	4
Описание	<ul style="list-style-type: none"> <li>Не утвержден и (или) не прошел аудит ЦНИИОИЗ хотя бы 1 из 6 обязательных региональных НПА</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все региональные НПА разработаны, прошли аудит ЦНИИОИЗ и утверждены</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все региональные НПА разработаны, прошли аудит ЦНИИОИЗ и утверждены</li> <li>Типовой ЛНА разработан, прошел аудит ЦНИИОИЗ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все региональные НПА разработаны, прошли аудит ЦНИИОИЗ и утверждены</li> <li>Типовой локальный НА разработан, прошел аудит ЦНИИОИЗ</li> <li>Локальные НА приняты во всех МО, в рамках выборочной проверки ни одной МО не были даны замечания</li> <li>Утвержден регламент процедуры ежегодного обсуждения региональных и локальных НА с главными врачами и иными участниками системы здравоохранения, с целью их постоянного улучшения</li> </ul>

## Показатель 1.1. Зрелость региональных НПА

### Описание:

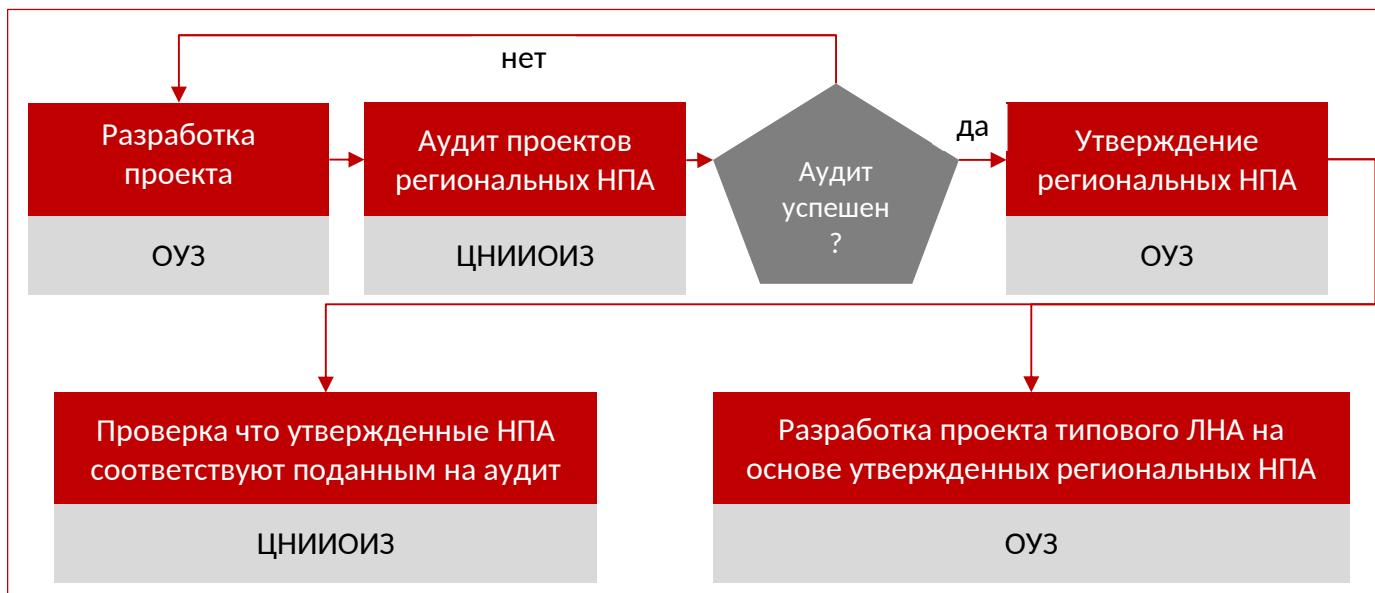
Оценка региональных нормативных правовых актов состоит из проверки следующих элементов:

- НПА, регулирующего нормы времени врачей-специалистов;
- НПА, регулирующего порядок и сроки формирования и согласования проекта расписания приемов врачей;
- НПА, регулирующего порядок внесения изменений, контроля актуальности расписания и информирования пациентов;
- НПА, регулирующего описание ролевой модели при формировании расписания и осуществлении записи на прием к врачу;
- НПА, регулирующего порядок осуществления контроля на уровне органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья;
- НПА, регулирующего порядок осуществления контроля на уровне медицинской организации.

Регламент процедуры ежегодного обсуждения региональных и локальных НА с руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и иными участниками системы здравоохранения для получения 4-го уровня оценки должен присутствовать в виде отдельного НПА или же в виде раздела в одном из указанных выше региональных НПА.

Региональные НПА должны пройти аудит ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России до их утверждения. Кроме этого, типовой ЛНА должен быть разработан на основе принятых НПА (т. е. после успешного аудита и утверждения).

Рисунок 2 – Алгоритм разработки региональных НПА



**Рекомендуется к изучению:**

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 14.02.2003 № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2016 № 973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2020 № 810н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога».
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».
7. Раздел 8.3.1 «Разработка нормативных актов, регламентирующих алгоритм формирования расписания и записи на прием в медицинских организациях» в методических рекомендациях ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).
8. Приложение 1 Таблица 12 – Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и продолжительность рабочего времени в неделю в методических рекомендациях ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России №12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).

**Категория:** нормативный

## 1.1.1. Степень принятия НПА, регулирующего нормы времени врачей-специалистов

### Описание:

Установление рекомендуемой нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, является обязательным этапом формирования расписания медицинскими организациями. Определять нормы времени рекомендуется с учетом федеральных нормативов. В случае отсутствия в федеральных НПА указания специальности врача, для которой установлены нормы времени, рекомендуемые нормы времени устанавливаются в зависимости от потребности, кадрового потенциала и других факторов в соответствующем НПА акте ОУЗ.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие НПА, регулирующего нормы времени врачей-специалистов. Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 1) путем изучения проекта НПА, предоставленного ОУЗ для подтверждения.

Что должно быть отражено в НПА:

- норма времени на прием одного пациента для первичного приема в связи с заболеванием;
- норма времени на прием одного пациента для первичного приема с профилактической целью;
- норма времени на прием одного пациента для повторного приема;
- норма времени на прием одного пациента для приема на дому;
- продолжительность рабочего времени на прием в день в минутах (для шестидневной рабочей недели и для пятидневной рабочей недели).

### Масштаб: Субъект РФ

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Проект НПА не создан / не прошел аудит ЦНИИОИЗ  или  Утвержден НПА, который не прошел аудит ЦНИИОИЗ	Проект НПА разработан, прошел аудит ЦНИИОИЗ, но не утвержден	НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ</li> <li>• На уровне субъекта закреплено требование о ежегодном обсуждении в т.ч. с представителями медицинских организаций актуальности данного НПА</li> </ul>

## 1.1.2. Степень принятия НПА, регулирующего порядок и сроки формирования и согласования проекта расписания приемов врачей

### Описание:

Для унификации и стандартизации алгоритма формирования графиков приема врачей разрабатывается НПА, регулирующий порядок формирования и ведения расписания, подходы к управлению медицинскими ресурсами, стандартные наборы слотов и расписаний, а также утверждается перечень врачебных должностей, для которых должна быть открыта самостоятельная запись на прием в электронном виде.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие НПА, регулирующего порядок и сроки формирования и согласования проекта расписания приемов врачей на уровне субъекта РФ. Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 1) путем изучения проекта НПА, предоставленных ОУЗ для подтверждения.

Что должно быть отражено в НПА:

- перечень должностей, на которые пациенты могут записаться самостоятельно;
- горизонт записи на прием;
- соотношение конкурентных / неконкурентных слотов;
- типовой набор слотов на 14 должностей;
- порядок (алгоритм) ведения расписания.

### Масштаб: Субъект РФ

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Проект НПА не создан / не прошел аудит ЦНИИОИЗ или Утвержден НПА, который не прошел аудит ЦНИИОИЗ	Проект НПА разработан, прошел аудит ЦНИИОИЗ, но не утвержден	НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ	<ul style="list-style-type: none"><li>• НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ</li><li>• На уровне субъекта закреплено требование о ежегодном обсуждении в т.ч. с представителями медицинских организаций актуальности данного НПА</li></ul>

### 1.1.3. Степень принятия НПА, регулирующего порядок внесения изменений, контроля актуальности расписания и информирования пациентов

#### Описание:

Обратная связь после записи пациента через канал ЕПГУ, региональный портал или инфомат является важным этапом. Она позволяет определить цели обращения пациента.

На этапе обратной связи, который происходит за 24-48 часов до визита пациента, медицинская организация связывается с ним для подтверждения записи и уточнения цели визита. Если пациент отказывается от приема, освободившееся время может быть предложено другим пациентам из списка ожидания.

Региональным НПА должны быть описаны процессы как ведения листа ожидания, так и порядок коммуникации медицинской организации до приема с целью предотвращения потенциальной неявки записанного пациента и уточнения цели визита. Кроме этого, НПА в обязательном порядке должен устанавливать ответственность медицинской организации об обязательном информировании пациента в случаях изменения расписания врачей, которое привело к отмене / переносу записи пациента.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие НПА, регулирующего порядок внесения изменений, контроля актуальности расписания и информирования пациентов. Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 1) путем изучения проекта НПА, предоставленных ОУЗ для подтверждения.

Что должно быть отражено в НПА:

- определен порядок ведения листа ожидания;
- определен порядок связи с пациентами за 24-48 часов до визита для уточнения актуальности записи и цели посещения пациента;
- определен порядок информирования пациента в случаях изменения расписания врачей, которое привело к отмене / переносу записи пациента.

#### Масштаб: Субъект РФ

#### Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Проект НПА не создан / не прошел аудит ЦНИИОИЗ или Утвержден НПА, который не прошел аудит ЦНИИОИЗ	Проект НПА разработан, прошел аудит ЦНИИОИЗ, но не утвержден	НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ	<ul style="list-style-type: none"><li>• НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ</li><li>• На уровне субъекта закреплено требование о ежегодном обсуждении в т.ч. с представителями медицинских организаций актуальности данного НПА</li></ul>

## 1.1.4. Степень принятия НПА, регулирующего описание ролевой модели при формировании расписания и осуществлении записи на прием к врачу

### Описание:

Необходимость принятия данного НПА обусловлена созданием единых подходов, правил работы при формировании расписания, конкретного распределения ответственности.

НПА должен содержать описание ролевой модели при формировании расписания и осуществления записи на прием к врачу: рекомендуемый перечень ролей пользователей МИС, распределение полномочий, рекомендуемые речевые модули.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие НПА, описание ролевой модели при формировании расписания и осуществлении записи на прием к врачу. Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 1) путем изучения проекта НПА, предоставленных ОУЗ для подтверждения.

Что должно быть отражено в НПА:

- определены речевые модули и алгоритмы действий (инструкции) для работников медицинских организаций, ответственных за работу с расписанием (главный врач / уполномоченное лицо; заведующий структурным подразделением; администратор медицинской организации; администратор МИС медицинской организации; сотрудник отдела кадров; оператор кол-центра; оператор регистратуры медицинской организации; администратор медицинской организации и т.д.);
- определен порядок перераспределения функций между врачами, медицинскими работниками со средним мед. образованием и немедицинскими работниками (более подробно: раздел 7.2 данного документа).

### Масштаб: Субъект РФ

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Проект НПА не создан / не прошел аудит ЦНИИОИЗ или Утвержден НПА, который не прошел аудит ЦНИИОИЗ	Проект НПА разработан, прошел аудит ЦНИИОИЗ, но не утвержден	НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ	<ul style="list-style-type: none"><li>• НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ</li><li>• На уровне субъекта закреплено требование о ежегодном обсуждении в т.ч. с представителями медицинских организаций актуальности данного НПА</li></ul>

## 1.1.5. Степень принятия НПА, регулирующего порядок осуществления контроля на уровне регионального органа исполнительной власти

### Описание:

В региональном НПА должна быть установлена ответственность лиц за централизованный (на уровне субъекта РФ) мониторинг и контроль исполнения положений, регулирующих процессы записи к врачу, установленных региональными НПА. А также утверждены процессы такого мониторинга и контроля.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие НПА, регулирующего порядок внесения изменений, контроля актуальности расписания и информирования пациентов. Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 1) путем изучения проекта НПА, предоставленных ОУЗ для подтверждения.

Что должно быть отражено в НПА:

- порядок контроля за внедрением эффективных процессов записи на прием к врачу на уровне субъекта РФ.

### Масштаб: Субъект РФ

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Проект НПА не создан / не прошел аудит ЦНИИОИЗ  или  Утвержден НПА, который не прошел аудит ЦНИИОИЗ	Проект НПА разработан, прошел аудит ЦНИИОИЗ, но не утвержден	НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ</li> <li>• На уровне субъекта закреплено требование о ежегодном обсуждении в т.ч. с представителями медицинских организаций актуальности данного НПА</li> </ul>

## 1.1.6. Степень принятия НПА, регулирующего порядок осуществления контроля на уровне медицинской организации

### Описание:

В региональном НПА должна быть установлена обязанность медицинских организаций назначать ответственных лиц, осуществляющих мониторинг и контроль исполнения положений, регулирующих процессы записи к врачу, установленных региональными НПА. А также утверждены процессы такого мониторинга и контроля.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие НПА, регулирующего порядок внесения изменений, контроля актуальности расписания и информирования пациентов. Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 1) путем изучения проекта НПА, предоставленных ОУЗ для подтверждения.

Что должно быть отражено в НПА:

- порядок контроля за внедрением эффективных процессов записи на прием к врачу на уровне медицинской организации.

### Масштаб: Субъект РФ

#### Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Проект НПА не создан / не прошел аудит ЦНИИОИЗ или Утвержден НПА, который не прошел аудит ЦНИИОИЗ	Проект НПА разработан, прошел аудит ЦНИИОИЗ, но не утвержден	НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ	<ul style="list-style-type: none"><li>• НПА утвержден после успешного аудита ЦНИИОИЗ</li><li>• На уровне субъекта закреплено требование о ежегодном обсуждении в т.ч. с представителями медицинских организаций актуальности данного НПА</li></ul>

## Показатель 1.2. Зрелость локальных нормативных актов

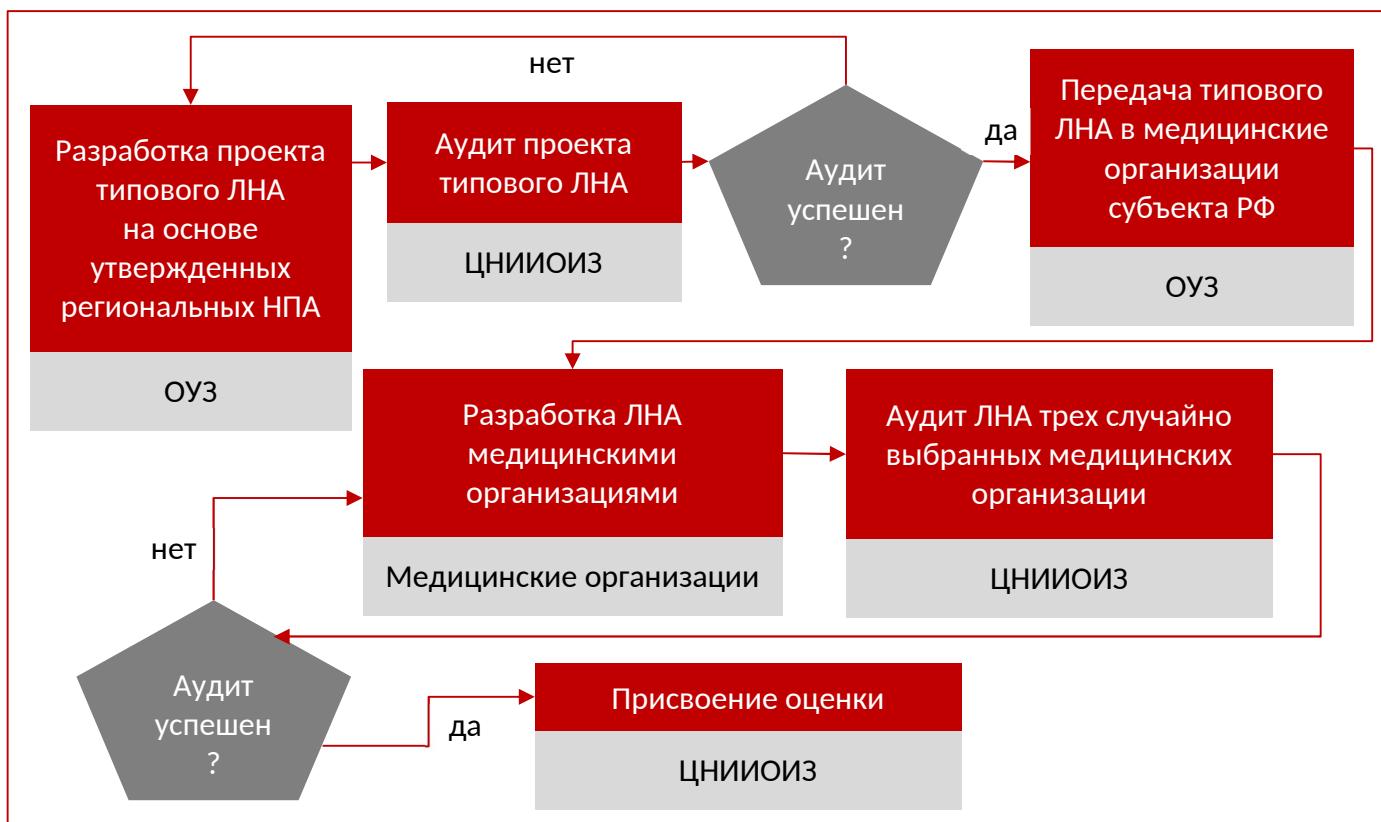
### Описание:

Руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, на основании соответствующих приказов / распоряжений РОИВ рекомендуется разработать и утвердить ЛНА с учетом специфики работы возглавляемой медицинской организации. В случае применения децентрализованной модели необходимо разработать на уровне медицинской организации ЛНА, устанавливающие порядок и сроки формирования и согласования проекта расписания внутри медицинской организации, порядок внесения изменений в действующее расписание, контроля актуальности расписания, информирования пациентов о расписании работы врачей регистратурой.

Оценка ЛНА состоит из проверки сотрудниками ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России типового ЛНА и случайно отобранных ЛНА нескольких МО:

- ЛНА о назначении в медицинской организации лица, ответственного за ведение и актуализацию расписания;
- ЛНА об утверждении положения о порядке ведения расписания приемов врачей медицинской организации;
- ЛНА о порядке внедрения организационных решений для увеличения доли рабочего времени врачей для осуществления приема пациентов в медицинской организации;
- ЛНА об утверждении речевых модулей, алгоритмов работы, графика обучения сотрудников, порядка контроля за соблюдением алгоритмов.

**Рисунок 3 – Алгоритм разработки ЛНА**



**Рекомендуется к изучению:**

1. Раздел 8.3.2 «Локальные нормативные акты» методических рекомендациях ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).

**Категория:** нормативный

### 1.2.1. Степень принятия ЛНА о назначении в медицинской организации лица, ответственного за ведение и актуализацию расписания

**Описание:**

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие типового ЛНА, а также ЛНА медицинских организаций, в рамках которых будет назначено лицо, ответственное за ведение и актуализацию расписания.

Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 2) путем изучения проекта типового ЛНА, предоставленных ОУЗ для подтверждения, а также, впоследствии, изучения трех случайно выбранных ЛНА (ОУЗ предоставляет в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России ЛНА всех медицинских организаций).

**Масштаб:** медицинская организация

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Типовой ЛНА не создан или не прошел аудит ЦНИИОИЗ	Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ	<ul style="list-style-type: none"><li>• Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ</li><li>• Субъект РФ прислал ЛНА всех МО ЦНИИОИЗ, но при выборочной проверке ЦНИИОИЗ ЛНА хотя бы одной МО не прошел проверку</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ</li><li>• Субъект РФ прислал ЛНА всех МО ЦНИИОИЗ, замечаний в ходе выборочной проверки ЦНИИОИЗ для всех проверенных МО не выявлено</li><li>• На уровне субъекта РФ закреплено требование о ежегодном обсуждении в т.ч. с представителями МО актуальности данного НПА</li></ul>

## 1.2.2. Степень принятия ЛНА об утверждении положения о порядке ведения расписания приемов врачей медицинской организации

---

### Описание:

В данном ЛНА подробно расписывается и регламентируется процесс формирования и утверждения расписания на один месяц на основании графиков сменности рабочего времени с учетом структуры рабочего времени медицинских работников медицинской организации и графика работы медицинской организации.

Процесс формирования и ведения расписания включает этапы, выполняемые последовательно: согласование, формирование и утверждение расписания, внесение электронного расписания в МИС; внесение изменений в действующее (утвержденное) расписание; контроль актуальности действующего расписания.

Важнейшей характеристикой действующего расписания является горизонт доступной записи. Рекомендуемый горизонт доступной записи составляет 14 календарных дней.

Расписание приема медицинского персонала и работы лечебно-диагностических кабинетов следует составлять на срок не менее одного месяца. Если оно составлено на более длительный срок, то должно подтверждаться ежемесячно. Проект расписания согласовывается руководителями структурных подразделений медицинской организации, вносится в МИС, где расписанию присваивается статус «действующее».

Дата начала периода действия расписания должна быть первым числом соответствующего месяца. Дата окончания периода действия расписания должна быть последним числом соответствующего месяца.

В ЛНА также необходимо закрепить обязанность установление связи с пациентов перед их визитом: перед явкой пациента требуется информирование о времени записи в медицинскую организацию заблаговременно (24 – 48 часов до момента записи). Рекомендуемым действием является отметка в МИС об информировании пациента. Это позволит снизить число неявок.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие типового ЛНА, а также ЛНА медицинских организаций, в рамках которых утверждается Положение о порядке ведения расписания приемов врачей медицинской организации. Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 2) путем изучения проекта типового ЛНА, предоставленных ОУЗ для подтверждения, а также, впоследствии, изучения трех случайно выбранных ЛНА (ОУЗ предоставляет в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России ЛНА всех медицинских организаций).

### Что должно быть отражено в ЛНА:

- установлены нормативы продолжительности приема на 14 должностей;
- определен порядок ведения расписания;
- определен перечень должностей для самостоятельной записи (14);
- определен горизонт записи (14 календарных дней);
- установлено соотношение доли конкурентных / неконкурентных слотов;
- установлен типовой набор слотов на 14 должностей;
- определен порядок ведения листа ожидания;
- определен порядок обзвона пациентов за 24 – 48 часов до визита.

## Масштаб: медицинская организация

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Типовой ЛНА не создан или не прошел аудит ЦНИИОИЗ	Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ</li> <li>• Субъект РФ прислал ЛНА всех МО в ЦНИИОИЗ, но при выборочной проверке ЦНИИОИЗ ЛНА хотя бы одной МО не прошел проверку</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ</li> <li>• Субъект РФ прислал ЛНА всех МО в ЦНИИОИЗ, замечаний в ходе выборочной проверки ЦНИИОИЗ для всех проверенных МО не выявлено</li> <li>• На уровне субъекта РФ закреплено требование о ежегодном обсуждении в т.ч. с представителями МО актуальности данного НПА</li> </ul>

### 1.2.3. Степень принятия ЛНА о порядке внедрения организационных решений для увеличения доли рабочего времени врачей для осуществления приема пациентов в медицинской организации

#### Описание:

Рекомендуемые изменения организационных подходов к оказанию первичной медико-санитарной помощи предусматривают передачу части функций, не связанных непосредственно с процессом оказания медицинской помощи, но предусматривающих выполнение административных функций немедицинскими работниками, отвечающими за техническое внесение данных о пациенте, диспетчеризацию потоков пациентов, внесение сведений в электронное расписание медицинской организации, подтверждение явки пациентом, информирование пациента о предстоящем приеме, в том числе, в рамках диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения.

В целях оптимизации нагрузки на врачей и увеличения доли рабочего времени врачей для непосредственного оказания медицинской помощи, в том числе проведения профилактических мероприятий, могут быть приняты следующие организационные решения, которые необходимо закрепить в данном ЛНА:

- перераспределение функций между врачами, работниками медицинской организации со средним медицинским образованием и немедицинскими работниками;

- перераспределение потоков пациентов с различными целями обращений между структурными подразделениями медицинской организации.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие типового ЛНА, а также ЛНА медицинских организаций, в рамках которых утверждается порядок внедрения организационных решений для увеличения доли рабочего времени врачей для осуществления приема пациентов в медицинской организации. Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 2) путем изучения проекта типового ЛНА, предоставленных ОУЗ для подтверждения, а также, впоследствии, изучения трех случайно выбранных ЛНА (ОУЗ предоставляет в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России ЛНА всех медицинских организаций).

Что должно быть отражено в ЛНА:

- определены организационные решения по разделению потоков (кабинеты (отделения) неотложной помощи, профилактики, выдачи справок);
- определен порядок перераспределения функций между врачами, медицинскими работниками со средним мед. образованием и немедицинскими работниками.

### **Масштаб: медицинская организация**

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Типовой ЛНА не создан или не прошел аудит ЦНИИОИЗ	Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ</li> <li>• Субъект РФ прислал ЛНА всех МО в ЦНИИОИЗ, но при выборочной проверке ЦНИИОИЗ ЛНА хотя бы одной МО не прошел проверку</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ</li> <li>• Субъект РФ прислал ЛНА всех МО в ЦНИИОИЗ, замечаний в ходе выборочной проверки ЦНИИОИЗ для всех проверенных МО не выявлено</li> <li>• На уровне субъекта РФ закреплено требование о ежегодном обсуждении в т.ч. с представителями МО актуальности данного НПА</li> </ul>

## 1.2.4. Степень принятия ЛНА об утверждении речевых модулей, алгоритмов работы, графика обучения сотрудников, порядка контроля

### Описание:

При реализации механизмов информирования в различных ситуациях в общении с пациентом необходимо задействовать различные группы специалистов:

- в медицинской организации – это администраторы, регистраторы и медицинские сестры,
- при информировании кол-центром – это операторы и дежурные врачи.

Все эти сотрудники должны знать правила общения с пациентом по телефону, включая соответствующие скрипты и речевые модули. Ролевая система, как и применяемые скрипты (речевые модули) должны быть закреплены соответствующим ЛНА. Другим важнейшим элементом локального нормативного регулирования выступает регулирование системы контроля не только за соблюдением всех алгоритмов, но и за публикацией расписания. Контроль соответствия опубликованного расписания приема врачей в медицинской организации действительной ситуации должен осуществляться уполномоченными лицами ежедневно.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие типового ЛНА, а также ЛНА медицинских организаций, в рамках которых утверждаются речевые модули, алгоритмы работы, графики обучения сотрудников, порядки контроля за соблюдением алгоритмов. Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 2) путем изучения проекта типового ЛНА, предоставленных ОУЗ для подтверждения, а также, впоследствии, изучения трех случайно выбранных ЛНА (ОУЗ предоставляет в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» ЛНА всех медицинских организаций).

Что должно быть отражено в ЛНА:

- определены речевые модули и алгоритмы действий (инструкции);
- установлен порядок контроля.

### Масштаб: медицинская организация

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Типовой ЛНА не создан или не прошел аудит ЦНИИОИЗ	Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ	<ul style="list-style-type: none"><li>• Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ</li><li>• Субъект РФ прислал ЛНА всех МО в ЦНИИОИЗ, замечаний в ходе выборочной проверки ЦНИИОИЗ для всех проверенных МО не выявлено</li><li>• На уровне субъекта закреплено требование о ежегодном обсуждении в т.ч. с представителями МО актуальности данного НПА</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ</li><li>• Субъект РФ прислал ЛНА всех МО в ЦНИИОИЗ, замечаний в ходе выборочной проверки ЦНИИОИЗ для всех проверенных МО не выявлено</li><li>• На уровне субъекта закреплено требование о ежегодном обсуждении в т.ч. с представителями МО актуальности данного НПА</li></ul>

## Область 2: Система управления

### Описание:

Система управления в контексте пациентоцентричной записи играет ключевую роль в обеспечении эффективной деятельности и достижении поставленных целей. Для обеспечения устойчивого контроля показателей на уровне отдельного учреждения здравоохранения (ОУЗ) и на уровне каждой медицинской организации (МО) необходимы определенные элементы управления:

1. Назначение ответственного лица за развитие системы пациентоцентричной записи в регионе.
2. Формирование рабочей группы на уровне региона с руководителем группы, который утверждает состав группы через нормативно-правовые акты.
3. Создание рабочих групп в каждой МО под руководством главных врачей с утверждением состава группы через локальные нормативные акты.
4. Установление ключевых показателей эффективности (КПЭ), которые четко отражают цели системы пациентоцентричной записи, для ответственных лиц на уровне региона.
5. Установление КПЭ для главных врачей, отражающих целевые показатели системы пациентоцентричной записи.

### Уровни зрелости:

Уровень	1	2	3	4
Описание	Назначен ответственный за работу над развитием пациентоцентричной записи на уровне субъект РФ или Ничего	Сформирована и утверждена НПА рабочая группа на уровне субъекта РФ, назначен ее руководитель	<ul style="list-style-type: none"><li>• Установлены КПЭ для главных врачей за достижение показателей ЗНП</li><li>• На уровне МО сформированы рабочие группы, состав данных групп утвержден ЛНА</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Все, что ранее</li><li>• Для всех участников региональной рабочей группы (включая ее руководителя) утверждены КПЭ по ЗНП</li></ul>

## Показатель 2.1. Зрелость системы управления на региональном уровне

### Описание:

Ответственный за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ должен назначаться руководителем ОУЗ, этот факт подтверждается изданием НПА с указанием Ф.И.О., должности сотрудника, четким указанием возложения ответственности за развитие пациентоцентричной записи.

Должность ответственного на уровне субъекта РФ должна соответствовать уровню федерального инцидента – рекомендуется утверждать на данную роль сотрудника с должностью не ниже заместителя руководителя ОУЗ.

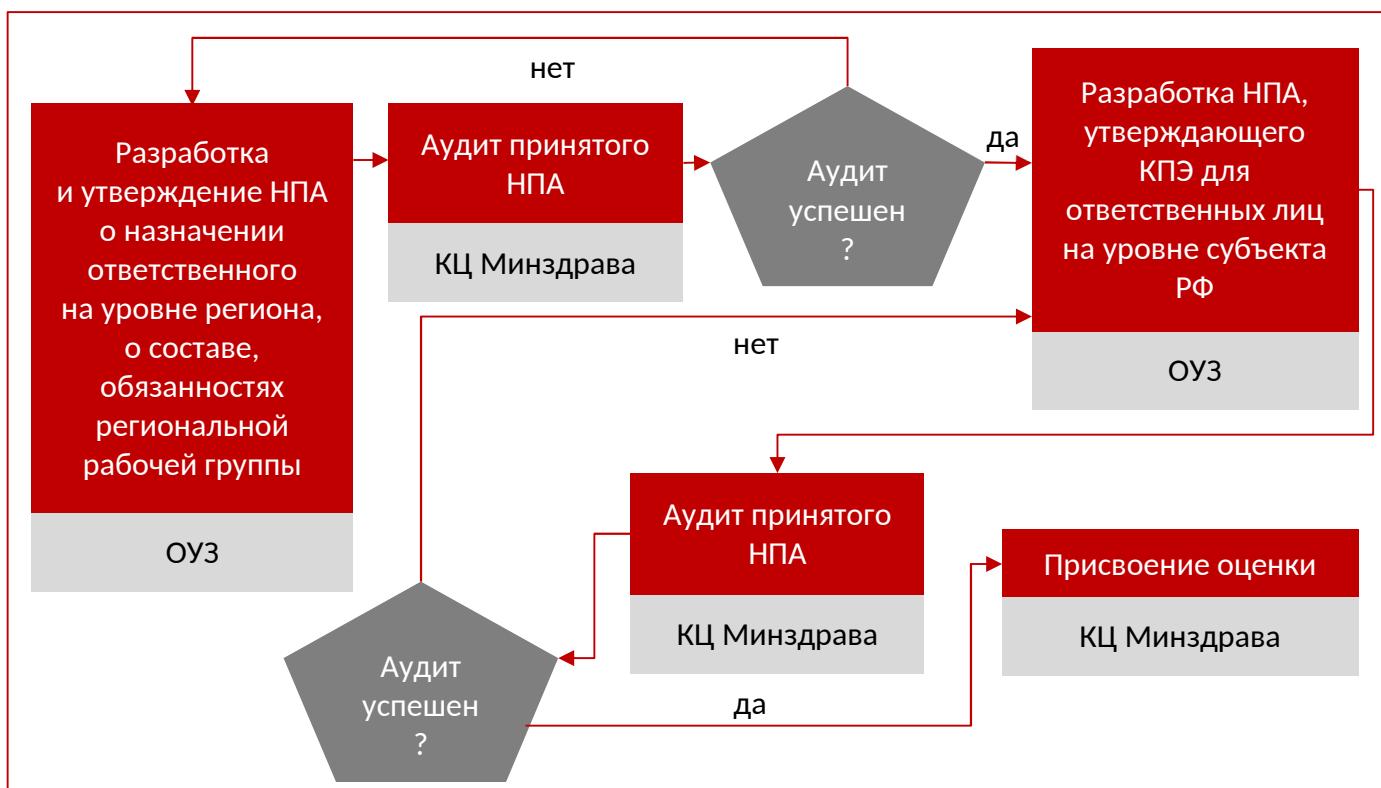
Создание рабочей группы на уровне субъекта РФ подтверждается НПА, в который должны быть включены: Ф.И.О. участников, должность и организация, роль (председатель, заместитель председателя, секретарь, член рабочей группы); описание ролей и зон ответственности; регламент взаимодействия группы; цели и задачи рабочей группы; периодичность обновления состава. Председателем рабочей группы необходимо назначать то же должностное лицо, которое уже является ответственным за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ.

Также в виде отдельного НПА для всех участников региональной рабочей группы (включая ее руководителя) должны быть утверждены КПЭ, которые бы позволяли объективно оценить работу группы.

Оценка системы управления на уровне ОУЗ состоит из проверки следующих элементов:

- НПА, утверждающих ответственного на уровне субъекта РФ, состав, обязанности региональной рабочей группы;
- НПА, утверждающий КПЭ на основе целевых показателей пациентоцентричной записи, для участников региональной рабочей группы на уровне субъекта РФ.

**Рисунок 4 – Алгоритм разработки НПА системы управления на региональном уровне**



**Рекомендуется к изучению:**

1.Методические рекомендации «Методические подходы к формированию структуры органа государственной власти в сфере охраны здоровья в субъекте Российской Федерации» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 25.01.2023).

**Категория:** качество управления

### **2.1.1. Создание рабочей группы на уровне субъекта РФ**

**Описание:**

Должность ответственного за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ должна соответствовать уровню федерального инцидента – рекомендуется утверждать на данную роль сотрудника с должностью не ниже заместителя руководителя ОУЗ.

Рабочая группа на уровне субъекта РФ создается в целях контроля и координации деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также эффективного взаимодействия участников всех процессов, обеспечивающих функционирование записи на прием к врачу.

Рекомендуемый состав региональной рабочей группы и зоны ответственности:

<b>Действующие лица</b>	<b>Сфера ответственности</b>
Сотрудники ОУЗ, отвечающие за организацию здравоохранения	Маршрутизация пациентов, перераспределение потоков, управление очередями, доступность специалистов
Сотрудники ОУЗ, отвечающие за информатизацию	Техническое и программное обеспечение МИАЦ, МИС, медицинских организаций, техническое оснащение медицинских организаций
Сотрудники МИАЦ, отвечающие за информатизацию	Мониторинг технической работоспособности систем; разработка мониторингов и анализ технических ошибок записи
Сотрудники МИАЦ, отвечающие за организацию здравоохранения	Анализ показателей доступности медицинской помощи и кадровой обеспеченности; мониторинг ведения расписания врачей
Представители вендоров	Работоспособность ГИС СЗ и МИС; техническая поддержка пользователей
Сотрудники ТФОМС	Списки застрахованного прикрепленного населения, информационный обмен МО, СМО и ТФОМС
Главные врачи крупнейших медицинских организаций, оказывающих ПМСП (руководители медицинских организаций)	Актуальные проблемы медицинских организаций; апробация и исследование лучшего опыта

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие НПА, утверждающего ответственного за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ, а также состав рабочей группы на уровне субъекта РФ. Соответствие рекомендациям проверяется Координационным центром

Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 3) путем изучения утвержденного НПА, предоставленных ОУЗ для подтверждения.

Что должно быть отражено в НПА:

- ответственный за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ;
- цели и задачи рабочей группы;
- регламент взаимодействия;
- периодичность обновления состава;
- ответственный за маршрутизацию пациентов, перераспределение потоков, управление очередями, доступность специалистов;
- ответственный за техническое и программное обеспечение МИАЦ, МИС, медицинских организаций, техническое оснащение медицинских организаций;
- ответственный за мониторинг технической работоспособности систем; разработку мониторингов и анализ технических ошибок записи;
- ответственный за анализ показателей доступности медицинской помощи и кадровой обеспеченности; мониторинг ведения расписания врачей;
- ответственный за работоспособность ГИС СЗ и МИС; техническую поддержку пользователей;
- ответственный за списки застрахованного прикрепленного населения, информационный обмен МО, СМО и ТФОМС;
- ответственный за представление актуальных проблем медицинских организаций; аprobацию и исследование лучшего опыта.

### **Масштаб: Субъект РФ**

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	<p>НПА о создании рабочей группы на уровне субъекта РФ не утвержден</p> <p>или</p> <p>НПА о создании рабочей группы на уровне субъекта РФ утвержден, но в нем не указан ответственный за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ</p>	<p>НПА о создании рабочей группы на уровне субъекта РФ утвержден, в нем указан ответственный за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Создана региональная рабочая группа с регламентацией всех рекомендуемых зон ответственности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Описан регламент взаимодействия участников рабочей группы,</li> <li>• Утверждены цели и задачи рабочей группы,</li> <li>• Периодичность обновления состава</li> </ul>

## 2.1.2. Создание системы КПЭ на уровне субъекта РФ

### Описание:

Ключевые показатели эффективности (КПЭ) – это инструмент мотивации сотрудников, наличие которого позволяет достигать больших результатов деятельности.

На применение КПЭ рекомендуется для всех участников рабочей группы в зависимости от контролируемых ими сфер, а также для ответственного за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ. Достижение или недостижение КПЭ должно напрямую влиять на принятие решений о соответствии занимаемой должности и (или) на денежную мотивацию сотрудника (в зависимости от занимаемой должности).

Рекомендуемые КПЭ для ответственного в субъекте РФ и региональной рабочей группы:

	Наименование КПЭ	Источник данных	Существует ли методика расчета, принятая на федеральном уровне	Где содержится актуальная версия описания методики и референтные значения
1	Доля успешных записей на прием к врачу через ЕПГУ относительно всех попыток записи через ЕПГУ (без учета федеральных ошибок и черновиков)	КУ ФЭР + Минцифры России	ДА	
2	Доля ставок с расписанием от общего количества занятых ставок в разрезе должности	ГИС СЗ субъекта РФ	ДА	Дайджест «Запись на прием к врачу. Еженедельные данные»
3	Укомплектованность амбулаторных структурных подразделений всех МО	ФРМР	ДА	
4	Среднее количество слотов на ставку с расписанием в день в разрезе должности	ГИС СЗ субъекта РФ	ДА	
5	Доля конкурентных слотов в разрезе должностей	ГИС СЗ субъекта РФ	ДА	
6	Соблюдение требований ТПГГ в отношении доступности МП (средний срок ожидания записи к специальности)	ГИС СЗ субъекта РФ	ДА	Пилотный проект ФГБУ «ЦНИИОИЗ» по организации записи на прием к врачу
7	Наличие актуальных ЛНА по пациентоцентричной записи во всех подведомственных ОУЗ МО с амбулаторным типом СП	-	НЕТ	-
8	Количество человек, находящихся в листе ожидания более нормативного срока	ГИС СЗ субъекта РФ	НЕТ	-

Методика расчета показателей определяется на уровне субъекта РФ, в зависимости от технических возможностей ГИС СЗ субъекта РФ, однако не должна противоречить федеральным методикам расчета аналогичных показателей. Также в дополнение могут применяться иные КПЭ (на усмотрение субъекта РФ).

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие НПА, утверждающего систему КПЭ для всех участников рабочей группы в зависимости от контролируемых ими сфер, а также для ответственного за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ. Соответствие рекомендациям проверяется Координационным центром Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 4) путем изучения утвержденного НПА, предоставленных ОУЗ для подтверждения.

Что должно быть отражено в НПА:

- минимум 8 рекомендуемых КПЭ;
- описание методологии расчета КПЭ с указанием источников данных;
- привязка КПЭ к конкретным участникам рабочей группы в зависимости от контролируемых ими сфер;
- указание последствий выполнения / невыполнения КПЭ (рекомендуется варьировать последствия с учетом степени достижения каждого КПЭ).

#### **Масштаб: Субъект РФ**

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Отсутствие утвержденного НПА с КПЭ на уровне субъекта РФ  или  НПА утвержден, но в нем менее 3 КПЭ из перечня рекомендуемых	НПА утвержден и в нем имеются как минимум 3 КПЭ из перечня рекомендуемых	НПА утвержден и в нем имеются все 8 рекомендуемых КПЭ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Описание методологии расчета КПЭ с указанием источников данных</li> <li>• Привязка КПЭ к конкретным участникам рабочей группы в зависимости от контролируемых ими сфер</li> <li>• Указанием последствий выполнения / невыполнения КПЭ для каждого участника</li> </ul>

## Показатель 2.2. Зрелость системы управления в медицинских организациях

### Описание:

Для успешного развития пациентоцентричной записи в медицинских организациях ЛНА должна быть закреплена ответственность за ее развитие в каждой МО, где имеются амбулаторные структурные подразделения.

Ответственный за работу над развитием пациентоцентричной записи на уровне МО – всегда руководитель медицинской организации (главный врач). При этом остальной состав рабочей группы определяется руководителем медицинской организации (главный врач) исходя из потребности включить в ее состав участников, которые своими должностными обязанностями и компетенциями смогут отвечать за все области, оказывающие влияние на эффективность записи на прием к врачу.

Создание рабочей группы на уровне МО подтверждается ЛНА, в который должны быть включены: Ф.И.О. участников, должность и организация, роль (председатель, заместитель председателя, секретарь, член рабочей группы); описание ролей и зон ответственности; регламент взаимодействия группы; цели и задачи рабочей группы; периодичность обновления состава. Председателем рабочей группы необходимо назначать руководителя медицинской организации (главного врача).

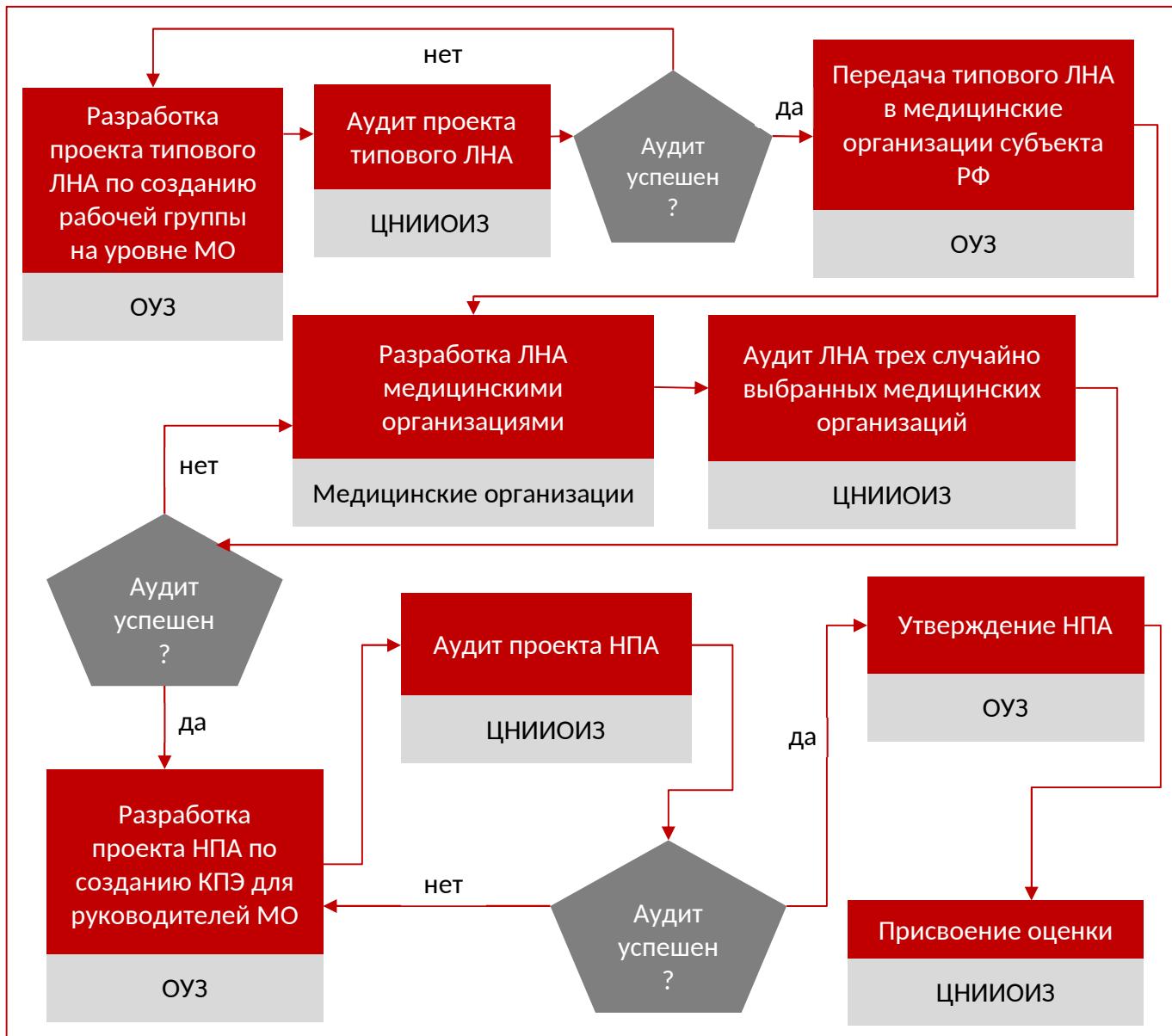
Также в виде отдельного НПА регионального уровня для всех руководителей медицинских организаций (главных врачей), оказывающих ПМСП, должны быть утверждены КПЭ, которые бы позволяли объективно оценить их работу по развитию пациентоцентричной записи на уровне их МО.

Оценка локальных нормативных актов состоит из проверки сотрудниками ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России типового ЛНА и случайно отобранных ЛНА нескольких МО.

Оценка системы управления на уровне медицинских организаций состоит из

- проверки сотрудниками ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России типового ЛНА и случайно отобранных ЛНА нескольких МО на предмет наличия в них утверждения ответственного на уровне МО, состава, обязанности рабочей группы МО;
- проверки сотрудниками ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России НПА, утверждающий КПЭ на основе целевых показателей пациентоцентричной записи, для главных врачей.

**Рисунок 5 – Алгоритм разработки ЛНА, утверждающих состав рабочих групп на уровне МО**



**Рекомендуется к изучению:**

1. Раздел 10 «Установление руководителям медицинских организаций показателей эффективности деятельности» методических рекомендациях ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).

2. Стандарт системы управления медицинской организацией, направленной на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью (Доступ: <https://mednet.ru/napravleniya/rabota-s-udovletvorennostyu/>).

**Категория:** качества управления

## 2.2.1. Создание рабочих групп на уровне медицинских организаций

### Описание:

Ответственный за работу над развитием пациентоцентричной записи на уровне МО – всегда руководитель медицинской организации (главный врач).

Рабочая группа на уровне МО необходима для мониторинга и контроля показателей каждой медицинской организации, организации и оптимизации деятельности структурных подразделений согласно региональным и локальным НА, а также продуктивного и своевременного взаимодействия с представителями вендора.

Рекомендуемый состав рабочей группы МО и зоны ответственности:

Действующие лица	Зона ответственности
Сотрудники МО, отвечающие за лечебную работу	Маршрутизация пациентов, перераспределение потоков, управление очередями, доступность медицинской помощи
Сотрудники МО, отвечающие за информатизацию	Техническое и программное обеспечение; работоспособность МИС; техническое оснащение медицинских организаций
Сотрудники отдела работы с прикрепленным населением (отдел выставления счетов ОМС)	Списки застрахованного прикрепленного населения; информационный обмен со страховыми медицинскими организациями
Заведующие структурными подразделениями	Полнота расписаний врачей; корректность ведения расписаний; штатная укомплектованность; компетентность сотрудников

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие типового ЛНА, а также ЛНА медицинских организаций, в рамках которых утверждается состав рабочей группы на уровне медицинских организаций. Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 5) путем изучения проекта типового ЛНА, предоставленных ОУЗ для подтверждения, а также, впоследствии, изучения трех случайно выбранных ЛНА (ОУЗ предоставляет в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России ЛНА всех медицинских организаций, имеющих в составе хотя бы одно амбулаторное структурное подразделение).

### Что должно быть отражено в ЛНА:

- ответственный за работу над развитием пациентоцентричной записи на уровне МО;
- цели и задачи рабочей группы;
- регламент взаимодействия;
- периодичность обновления состава;
- ответственный за маршрутизацию пациентов; перераспределение потоков; управление очередями; доступность медицинской помощи;
- ответственный за техническое и программное обеспечение, работоспособность МИС, техническое оснащение медицинских организаций;
- ответственный за списки застрахованного прикрепленного населения, информационный обмен со страховыми медицинскими организациями;
- ответственные за полноту расписаний врачей, корректность ведения расписаний, штатную укомплектованность, компетентность сотрудников.

## Масштаб: Медицинская организация

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Типовой ЛНА не создан или не прошел аудит ЦНИИОИЗ	Типовой ЛНА разработан и прошел аудит ЦНИИОИЗ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Типовой ЛНА разработан и прошел проверку ЦНИИОИЗ</li> <li>• Субъект РФ прислал ЛНА всех МО в ЦНИИОИЗ, но при выборочной проверке ЦНИИОИЗ ЛНА хотя бы одной МО не прошел проверку</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Типовой ЛНА разработан и прошел проверку ЦНИИОИЗ</li> <li>• Субъект РФ прислал ЛНА всех МО в ЦНИИОИЗ, замечаний в ходе выборочной проверки ЦНИИОИЗ для всех проверенных МО не выявлено</li> </ul>

### 2.2.2. Создание системы КПЭ на уровне медицинских организаций

#### Описание:

В целях обеспечения постоянного контроля со стороны руководителей медицинских организаций за процессами, связанными с записью на прием к врачу, целесообразно установление механизмов зависимости уровня оплаты труда руководителей медицинских организаций от качества их работы в части организации записи на прием к врачу в рамках эффективного контракта.

Органам государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья при заключении трудовых договоров с руководителями медицинских организаций рекомендуется включать в состав показателей эффективности деятельности, выполнение которых дает право на начисление им выплат стимулирующего характера, показатели, характеризующие организацию записи на прием к врачу в медицинской организации.

Установление показателей может осуществляться посредством заключения дополнительных соглашений к трудовым договорам с руководителями медицинских организаций в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

Источники данных, а также методы сбора и обработки данных для расчета показателей определяются региональным медицинским информационно-аналитическим центром или органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, с учетом архитектуры и функциональных возможностей государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта РФ и / или медицинских информационных систем медицинских организаций.

Рекомендуется использовать следующие показатели для главных врачей:

№ п/п	Показатель	Способ расчета	Источник
1.	Доля конкурентных слотов по 14 должностям и дополнительным, если для них предусмотрена самостоятельная запись пациентом	Соотношение количества конкурентных слотов к общему количеству слотов в расписании медицинской организации по 14 должностям и дополнительным, если для них предусмотрена самостоятельная запись пациентом, за отчетный период	ГИС СЗ субъекта РФ
2.	Доля врачей с расписанием от общего количества врачей по 14 должностям	Соотношение количества врачей, к которым открыта запись на прием в расписании, к общему количеству занятых ставок врачей по 14 должностям в медицинской организации, за отчетный период	ГИС СЗ субъекта РФ
3.	Соответствие количества слотов на 1 ставку врача-специалиста по 14 должностям нормативу, установленному региональным НПА по организации записи на прием к врачу	Соотношение количества слотов, установленных в типовом наборе слотов в региональном НПА по организации записи на прием к врачу, по 14 должностям, к количеству слотов, фактически выложенных в расписании к указанным врачам, за отчетный период	ГИС СЗ субъекта РФ
4.	Доля успешных записей через ЕПГУ в общем количестве попыток записей через ЕПГУ	Соотношение количества успешных записей через ЕПГУ к общему количеству попыток записей на ЕПГУ, за отчетный период без учета федеральных ошибок, черновиков и технических ошибок ГИС СЗ субъекта РФ	КУ ФЭР + Минцифры России
5.	Соблюдение сроков ожидания приема по записи к врачам-специалистам 14 должностей, установленного территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	Среднее время ожидания приема по записи к врачам-специалистам 14 должностей, за отчетный период	ГИС СЗ субъекта РФ

Рекомендуемые значения показателей могут устанавливаться индивидуально для каждой медицинской организации, в зависимости от ее типа, ресурсной обеспеченности и сложившейся нагрузки на данную медицинскую организацию в конкретный момент времени (например, эпидемические подъемы заболеваемости).

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие НПА, утверждающего систему КПЭ для руководителей медицинских организаций (главных врачей). Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 4) путем изучения утвержденного НПА, предоставленного ОУЗ для подтверждения.

Что должно быть отражено в НПА:

- минимум 3 из 5 рекомендуемых КПЭ;
- описание методологии расчета КПЭ с указанием источников данных;
- список руководителей МО (главных врачей), на которых распространяются КПЭ;
- указание последствий выполнения / невыполнения КПЭ (рекомендуется варьировать последствия с учетом степени достижения каждого КПЭ).

**Масштаб: Субъект РФ**

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Отсутствие утвержденного НПА с КПЭ на уровне субъекта РФ  или  НПА утвержден, но в нем менее 3 КПЭ из перечня рекомендуемых	НПА утвержден и в нем имеются как минимум 3 КПЭ из перечня рекомендуемых	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Список руководителей МО (главных врачей), на которых распространяются КПЭ, при этом в списке приведены все МО, где имеются амбулаторные структурные подразделения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Описание методологии расчета КПЭ с указанием источников данных</li> <li>• Указание последствий выполнения / невыполнения КПЭ</li> </ul>

## Область 3: Система контроля и отчетности

### Описание:

Эффективное управление невозможно без отлаженной системы контроля, функционирующей на основе понятной, доступной и регулярной отчетности (система мониторинга).

При этом система мониторинга должна быть разработана как на уровне субъекта РФ в целом, так и на уровне каждой отдельной МО и покрывать все контролируемые показатели.

В основу системы контроля пациентоцентричной записи рекомендуется положить модель федерального инцидента, т.е. проведение совещаний по конкретному сценарию с руководителями медицинских организаций с рекомендуемой еженедельной периодичностью и обязательным ведением протокола (целями, задачами, сроками выполнения поручений и предоставления отчетности о ходе выполнения). Задача таких совещаний: разобраться в проблемах отстающих (проблемных) МО и выработать системные меры устранения проблем.

Эффективная система контроля и отчетности требует следующих элементов:

- система мониторинга на региональном уровне;
- система мониторинга на уровне медицинских организаций;
- регулярные совещаний под председательством ответственного за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ;
- регламентация контроля исполнения поручений, данных в рамках таких совещаний.

### Уровни зрелости:

Уровень	1	2	3	4
Описание	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В субъекте РФ есть отчетность, которая позволяет мониторировать до 50 % рекомендуемых показателей до уровня МО</li> <li>• Совещания по проблематике ЗНП проводятся реже, чем раз в неделю и (или) не со всеми главными врачами</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Совещания по проблематике ЗНП проводятся еженедельно со всеми главными врачами</li> <li>• Ведется протокол таких совещаний</li> <li>• Региональная отчетность позволяет мониторировать до 75 % рекомендуемых показателей до уровня врача</li> <li>• Отчеты доступны главным врачам и обновляются ежедневно</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Совещания по проблематике ЗНП проводятся еженедельно со всеми главными врачами</li> <li>• Ведется протокол таких совещаний</li> <li>• Региональная отчетность позволяет мониторировать до 100 % рекомендуемых показателей до уровня врача</li> <li>• Отчеты доступны главным врачам и обновляются ежедневно</li> <li>• Протоколы и подход к проведению совещаний соответствуют требованиям КЦ Минздрава</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что на уровне 3</li> <li>• Утвержден персонифицированный контроль за исполнением поручений</li> </ul>

## **Показатель 3.1. Зрелость системы мониторинга**

### Описание:

Система мониторинга необходима для контроля с целью своевременного принятия мер по разрешению проблем и управлению процессами записи на прием к врачу.

Система мониторинга включает в себя:

- мониторинг на региональном уровне (т.е. мониторинг показателей на уровне МО с погружением до показателей СП в случае необходимости изучения проблемы более глубоко);
  - мониторинг на уровне медицинских организаций (т.е. мониторинг показателей на уровне СП с возможностью детализации до конкретного врача).

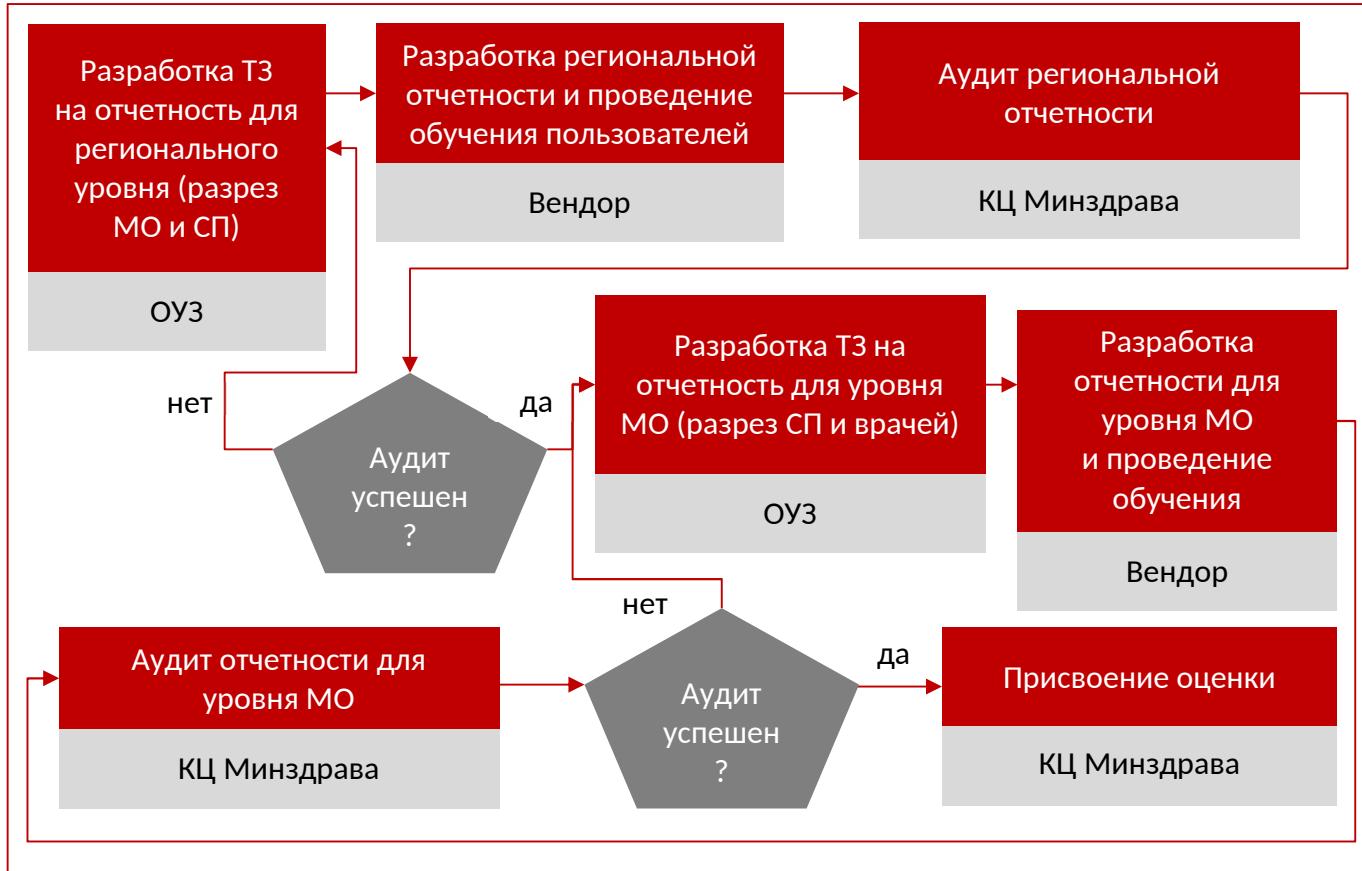
Уровень мониторинга различается не только степенью детализации, но и категорией пользователей: для регионального уровня основными пользователями будут выступать члены рабочей группы на уровне субъекта РФ и руководитель ОУЗ; для уровня медицинской организации – члены рабочей группы на уровне МО и главные врачи. Это важно учитывать при разработке макетов визуализации отчетности.

Кроме этого, отчетность обоих уровней должна соответствовать следующим требованиям: ежедневно обновляться; покрывать все рекомендуемые показатели; быть доступной и понятной для пользователя.

Оценка системы мониторинга состоит из:

- проверки сотрудниками КЦ Минздрава России полноты региональной отчетности;
  - проверки сотрудниками КЦ Минздрава России полноты отчетности для уровня МО.

## **Рисунок 6 – Алгоритм создания системы мониторинга**



**Рекомендуется к изучению:**

1. Презентация к докладу П.С. Пугачева на заседании Оперштаба Минздрава России от 02.11.2023.

**Категория:** качества управления

### 3.1.1. Создание системы мониторинга на региональном уровне

**Описание:**

Отчетность регионального уровня должна главным образом позволять членам рабочей группы на уровне субъекта РФ и руководителю ОУЗ мониторировать ключевые показатели, характеризующие качество пациентоцентричной записи и факторы, которые оказывают влияние на это качество в разрезе медицинских организаций и должностей (главным образом) с возможностью детального изучения конкретных МО до уровня СП (проваливаться до структурных подразделений).

Отчетность должна обновляться не реже чем раз в 24 часа.

После ввода регулярной отчетности в эксплуатацию (после завершения ее разработки и принятия ее со стороны ОУЗ), необходимо провести обучение членов рабочей группы на уровне субъекта РФ на предмет того, как использовать данную отчетность. Без проведения предварительного обучения потенциальных пользователей, разработка не считается завершенной.

Отчетность должна покрывать следующие показатели (показатели должны быть в разрезе каждой МО, имеющей амбулаторные СП, и каждого амбулаторного СП внутри таких МО).

Блок показателей	Показатель в разрезе должностей, МО и СП
Показатели кадровой обеспеченности	Кол-во ставок
	Кол-во занятых ставок
	Кол-во физ. лиц
	Укомплектованность, %
Охват расписанием сотрудников	Кол-во ставок, на которые заведено расписание
	Кол-во физ. лиц, на которые заведено расписание
	Доля ставок с расписанием от общего количества занятых ставок
	Доля физ. лиц с расписанием от общего количества физ. лиц
	Кол-во дней, в которые ни на одного врача не создано расписания
Полнота ведения расписания и конкурентность	Кол-во созданных слотов, доступных для ЕПГУ
	Кол-во созданных слотов, не доступных для ЕПГУ
	Среднее количество слотов на 1 ставку с расписанием в день
	Доля слотов, доступных для ЕПГУ
	Доля конкурентных слотов
Корректность формирования расписания	Средняя длительность одного слота, минут
	Доля слотов, которые больше среднего значения на 35 % от общего числа созданных слотов
	Доля слотов, которые меньше среднего значения на 35 % от общего числа созданных слотов
	Кол-во занятых слотов среди доступных на ЕПГУ
	Кол-во занятых слотов среди НЕ доступных на ЕПГУ

Блок показателей	Показатель в разрезе должностей, МО и СП
Эффективность формирования расписания	Кол-во свободных слотов среди доступных на ЕПГУ
	Кол-во свободных слотов среди НЕ доступных на ЕПГУ
	Кол-во неявок по записи на слоты, доступные для ЕПГУ
	Кол-во неявок по записи на слоты, не доступные для ЕПГУ
	Кол-во посещений на слоты, доступные для ЕПГУ (по предварительной записи)
	Кол-во посещений на слоты, не доступные для ЕПГУ (по предварительной записи)
	Кол-во посещений без предварительной записи
	Занятость слотов всего (доля от общего числа созданных и количество)
	Занятость слотов из числа доступных для ЕПГУ, %
	Занятость слотов из числа НЕ доступных для ЕПГУ, %
	Доля неявок от общего числа записей (доступные на ЕПГУ слоты)
	Доля неявок от общего числа записей (не доступные на ЕПГУ слоты)
	Доля пациентов, принятых без предварительной записи
Ключевые показатели	% успешных записей через ЕПГУ
	% записей через ЕПГУ среди общего количества записей
	% записей через врача-врача среди общего количества записей
	% записей через регистратуру среди общего количества записей

Подходы к визуализации и отображению этих показателей выбираются ОУЗ. Рекомендуется при разработке визуализации также для каждого показателя установить целевые значения. При установлении целевых значений следует ознакомиться с рекомендуемыми значениями (для тех показателей, где имеются такие значения) – подробнее в разделе 2.1.2.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие и полнота региональной отчетности. Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 6) путем изучения примеров отчетности (скриншоты, выгрузки) и иной дополнительной информации, предоставленных ОУЗ для подтверждения.

Что должно быть представлено:

- в регулярной отчетности должны быть представлены 35 рекомендуемых показателей в разрезе каждой МО, имеющей хотя бы одно амбулаторное структурное подразделение, в разрезе каждого амбулаторного СП у таких МО, а также должностей;
- дополнительная информация о том, кому предоставлен доступ к этой отчетности;
- дополнительная информация о регулярности обновления информации в этой отчетности;
- протокол проведения обучения сотрудников ОУЗ, МИАЦ и членов региональной группы по использованию созданной системы мониторинга на региональном уровне (в протоколе отражается перечень обученных лиц, дата и время проведения обучения, а также программа обучения).

## Масштаб: Субъект РФ

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	<p>В представленной отчёtnости менее 18 показателей из числа рекомендуемых</p> <p>или</p> <p>Отсутствует детализация до СП</p> <p>или</p> <p>Отчёtnость представлена не в разрезе каждой МО, имеющей хотя бы одно амбулаторное СП и каждого амбулаторного СП</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>В представленной отчёtnости от 18 рекомендуемых показателей в разрезе каждой МО, имеющей хотя бы одно амбулаторное СП и каждого амбулаторного СП</li> <li>Среди тех, кому доступна эта отчёtnость перечислены все члены рабочей группы на уровне субъекта РФ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все что ранее</li> <li>В представленной отчёtnости все 35 рекомендуемых показателей в разрезе каждой МО, имеющей хотя бы одно амбулаторное СП и каждого амбулаторного СП</li> <li>Заявлено ежедневное обновление отчёtnости</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все что ранее</li> <li>В протоколе проведения обучения перечислены все члены рабочей группы на уровне субъекта РФ</li> </ul>

### 3.1.2. Создание системы мониторинга на уровне медицинских организаций

#### Описание:

Отчёtnость уровня медицинских организаций должна главным образом позволять руководителям МО (главным врачам) мониторировать ключевые показатели, характеризующие качество пациентоцентричной записи и факторы, которые оказывают влияние на это качество в разрезе структурных подразделений и должностей (главным образом) с возможностью детального изучения конкретных врачей (детализация до врача) в своих медицинских организациях.

Отчёtnость должна обновляться не реже чем раз в 24 часа.

После ввода регулярной отчёtnости в эксплуатацию (после завершения ее разработки и принятия ее со стороны ОУЗ), необходимо провести обучение всех главных врачей и членов рабочих групп МО на предмет того, как использовать данную отчёtnость. Без проведения предварительного обучения потенциальных пользователей, разработка не считается завершенной.

Отчёtnость должна покрывать следующие показатели (показатели должны быть в разрезе каждого амбулаторного СП, в разрезе каждого врача таких СП).

<b>Блок показателей</b>	<b>Показатель в разрезе СП</b>
Показатели кадровой обеспеченности	Кол-во ставок
	Кол-во занятых ставок
	Кол-во физ. лиц
	Укомплектованность, %
Охват расписанием сотрудниками	Кол-во ставок, на которые заведено расписание
	Кол-во физ. лиц, на которые заведено расписание
	Доля ставок с расписанием от общего количества занятых ставок
	Доля физ. лиц с расписанием от общего количества физ. лиц
	Кол-во дней, в которые ни на одного врача не создано расписания
Полнота ведения расписания и конкурентность	Кол-во созданных слотов, доступных для ЕПГУ
	Кол-во созданных слотов, не доступных для ЕПГУ
	Среднее количество слотов на ставку с расписанием в день
	Доля слотов, доступных для ЕПГУ
Корректность формирования расписания	Средняя длительность одного слота, минут
	Доля слотов, которые больше среднего значения на 35 % от общего числа созданных слотов
	Доля слотов, которые меньше среднего значения на 35 % от общего числа созданных слотов
Эффективность формирования расписания	Кол-во занятых слотов среди доступных на ЕПГУ
	Кол-во занятых слотов среди НЕ доступных на ЕПГУ
	Кол-во свободных слотов среди доступных на ЕПГУ
	Кол-во свободных слотов среди НЕ доступных на ЕПГУ
	Кол-во неявок по записи на слоты, доступные для ЕПГУ
	Кол-во неявок по записи на слоты, не доступные для ЕПГУ
	Кол-во посещений на слоты, доступные для ЕПГУ (по предварительной записи)
	Кол-во посещений на слоты, не доступные для ЕПГУ (по предварительной записи)
	Кол-во посещений без предварительной записи
	Занятость слотов всего (доля от общего числа созданных и количество)
	Занятость слотов из числа доступных для ЕПГУ, %
	Занятость слотов из числа НЕ доступных для ЕПГУ, %
Ключевые показатели	Доля неявок от общего числа записей (доступные на ЕПГУ слоты)
	Доля неявок от общего числа записей (не доступные на ЕПГУ слоты)
	Доля пациентов, принятых без предварительной записи
	% успешных записей через ЕПГУ
	% записей через ЕПГУ среди общего количества записей
	% записей через врача-врача среди общего количества записей
	% записей через регистратуру среди общего количества записей

Блок показателей	Показатель в разрезе врачей
Охват расписанием сотрудников, полнота ведения расписания и конкурентность	Кол-во занятых ставок
	Кол-во созданных слотов, доступных для ЕПГУ
	Кол-во созданных слотов, не доступных для ЕПГУ
	Среднее количество слотов на ставку с расписанием в день
	Доля слотов, доступных для ЕПГУ
	Признак: заведено расписание на сотрудника: ДА или НЕТ
Корректность формирования расписания	Средняя длительность одного слота, минут
	Доля слотов, которые больше среднего значения на 35 % от общего числа созданных слотов
	Доля слотов, которые меньше среднего значения на 35 % от общего числа созданных слотов
Эффективность формирования расписания	Кол-во занятых слотов среди доступных на ЕПГУ
	Кол-во занятых слотов среди НЕ доступных на ЕПГУ
	Кол-во свободных слотов среди доступных на ЕПГУ
	Кол-во свободных слотов среди НЕ доступных на ЕПГУ
	Кол-во неявок по записи на слоты, доступные для ЕПГУ
	Кол-во неявок по записи на слоты, не доступные для ЕПГУ
	Кол-во посещений на слоты, доступные для ЕПГУ (по предварительной записи)
	Кол-во посещений на слоты, не доступные для ЕПГУ (по предварительной записи)
	Кол-во посещений без предварительной записи
	Занятость слотов всего (доля от общего числа созданных и количества)
	Занятость слотов из числа доступных для ЕПГУ, %
	Занятость слотов из числа НЕ доступных для ЕПГУ, %
	Доля неявок от общего числа записей (доступные на ЕПГУ слоты)
	Доля неявок от общего числа записей (не доступные на ЕПГУ слоты)
	Доля пациентов, принятых без предварительной записи

Подходы к визуализации и отображению этих показателей выбираются ОУЗ. Рекомендуется при разработке визуализации также для каждого показателя установить целевые значения. При этом важно ознакомиться с рекомендуемыми значениями (если они доступны) для соответствующих показателей. Дополнительные рекомендации можно найти в разделе 2.2.2..

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие и полнота отчетности на уровне медицинских организаций. Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 6) путем изучения примеров отчетности (скриншоты, выгрузки) и иной дополнительной информации, предоставленных ОУЗ для подтверждения.

Что должно быть представлено:

- в регулярной отчетности должны быть представлены 35 рекомендуемых показателей в разрезе каждого амбулаторного СП каждой МО;
- в регулярной отчетности должны быть представлены 24 рекомендуемых показателей в разрезе каждого врача амбулаторных СП каждой МО;
- дополнительная информация о том, кому предоставлен доступ к этой отчетности;

- дополнительная информация о регулярности обновления информации в этой отчетности;
- протокол проведения обучения сотрудников медицинских организаций, МИАЦ и членов региональной группы по использованию созданной системы мониторинга на уровне медицинских организаций (в протоколе отражается перечень обученных лиц, дата и время проведения обучения, а также программа обучения).

### **Масштаб: Субъект РФ**

#### **Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:**

Уровень	1	2	3	4
Критерий	<p>В представленной отчёtnости менее 18 показателей из числа рекомендуемых для СП</p> <p>или</p> <p>В представленной отчёtnости менее 12 показателей из числа рекомендуемых для детализации до врача</p> <p>или</p> <p>Отчетность представлена не в разрезе каждой МО, имеющей хотя бы одно амбулаторное структурное подразделение и каждого амбулаторного СП</p> <p>или</p> <p>Из отчетности не следует, что возможна детализация до врача</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В представленной отчёtnости от 18 рекомендуемых показателей в разрезе каждой каждого амбулаторного СП</li> <li>• В представленной отчёtnости от 12 рекомендуемых показателей для детализации до врача</li> <li>• Среди тех, кому доступна эта отчетность перечислены все руководители МО (главные врачи)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Среди тех, кому доступна эта отчетность перечислены все руководители МО (главные врачи)</li> <li>• В представленной отчёtnости все 35 рекомендуемых показателей в разрезе каждого амбулаторного СП</li> <li>• В представленной отчёtnости все 24 рекомендуемых показателя для детализации до врача</li> <li>• Заявлено ежедневное обновление отчетности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что на уровне 3</li> <li>• В протоколе проведения обучения перечислены все руководители МО (главные врачи)</li> </ul>

## Показатель 3.2. Зрелость системы контроля

### Описание:

Для успешного развития пациентоцентричной записи в медицинских организациях важно установить систему контроля, сформированную по принципу федерального инцидента, т.е. проведение совещаний по конкретному сценарию с руководителями медицинских организаций с рекомендуемой еженедельной периодичностью с обязательным ведением протокола (целями, задачами и сроками их выполнения и предоставления отчетности о ходе выполнения). Задача таких совещаний: разобраться в проблемах отстающих (проблемных) МО и выработать системные меры устранения проблем.

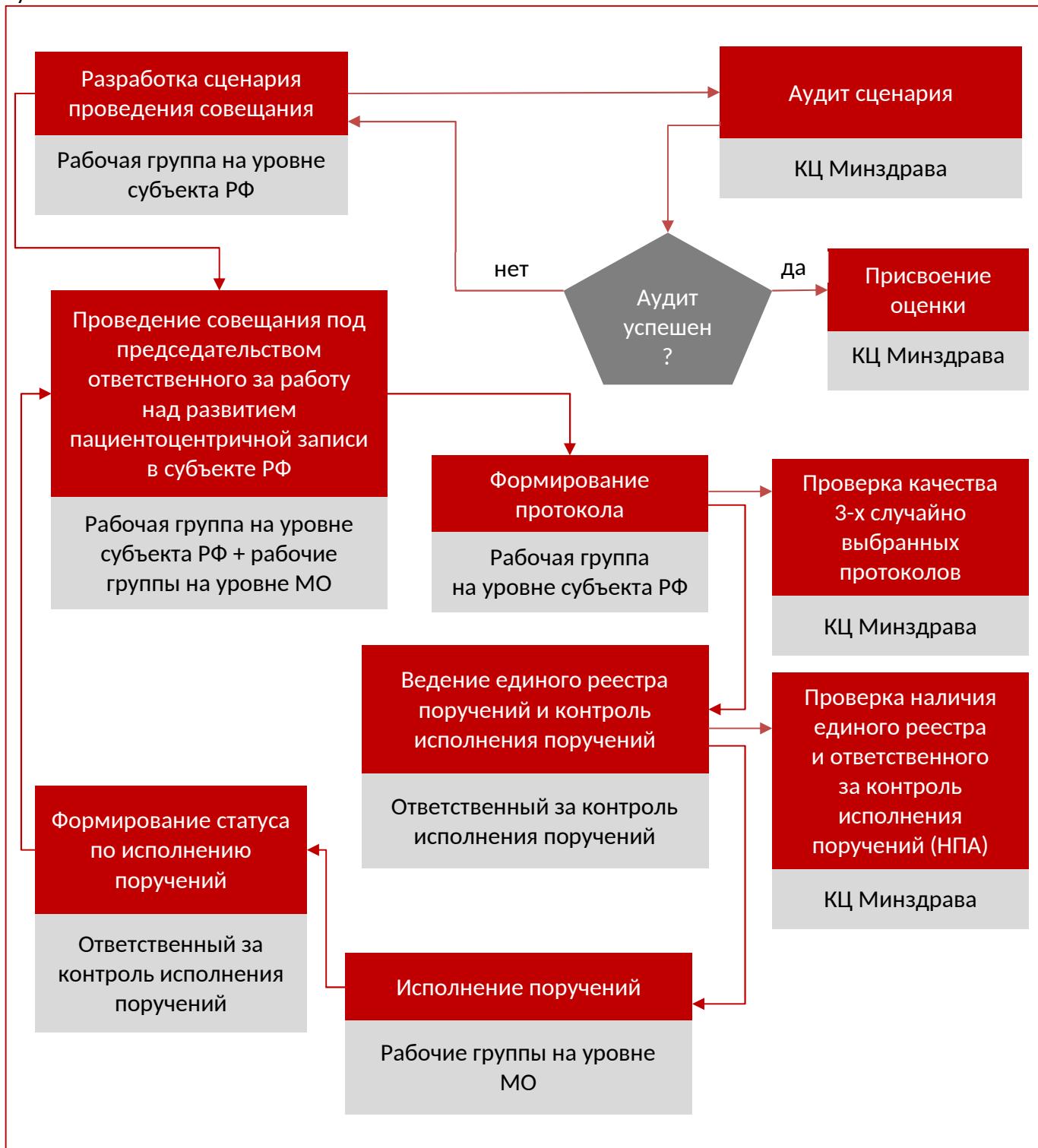
Характеристики высокой зрелости системы контроля включают:

- проведение еженедельных совещаний с руководителями медицинских организаций под председательством ответственного за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ;
- сценарий проведения совещания, который позволит эффективно обсуждать текущие проблемы в процессах пациентоцентричной записи;
- ведение протоколов совещаний с фиксацией всех поручений в соответствии со стандартами КЦ Минздрава России (адресные задачи участникам совещаний на основе обоснованных выводов по результатам докладов; указание проверяющего исполнение поручений и форму проверки; четкие сроки);
- ведение единого реестра поручений на уровне субъекта РФ с отслеживанием статусов исполнения и соблюдения сроков;
- назначение ответственного на уровне субъекта РФ за контроль исполнения поручений, способного отличить «отписку» от реального исполнения поручений, и в чьи обязанности входит ведение реестра поручений;
- эскалация просроченных поручений на уровень ответственного за пациентоцентричную запись на уровне субъекта РФ на еженедельных совещаниях.

Оценка зрелости системы контроля состоит из проверки сотрудниками КЦ Минздрава России:

- наличия единого реестра поручений со статусами исполнения и соблюдения сроков поручений;
- наличия ответственного за контроль исполнения поручений;
- качества сценария проведения совещания;
- качества трех случайно выбранных протоколов.

## **Рисунок 7 – Функционирование системы контроля пациентоцентричной записи на уровне субъекта РФ**



### **Рекомендуется к изучению:**

1.Презентация к докладу П.С. Пугачева на заседании Оперштаба Минздрава России от 02.11.2023.

## **Категория:** качества управления

### 3.2.1. Регламентировано проведение регулярных совещаний под председательством ответственного за пациентоцентричную запись

#### Описание:

Для эффективного проведения регулярных совещаний в первую очередь участники рабочей группы на уровне субъекта РФ должны разработать сценарий проведения совещания. Рекомендуется придерживаться следующего типового сценария (корректировки в сторону расширения докладной части допускаются):

Название доклада	Докладчик	Что лежит в основе доклада?
Доклад по ситуации в целом по региону (место в федеральном рейтинге; какие МО негативно влияют на рейтинг; основные проблемы субъекта РФ), а также о нововведениях, влияющих на ЗНП	Директор МИАЦ или руководитель структурного подразделения ОУЗ, курирующий вопросы записи к врачу	<ul style="list-style-type: none"> <li>региональные отчеты МИС</li> <li>федеральные рейтинги и дашборды</li> <li>обзоры НПА; писем Минздрава России; обновлений Методических рекомендаций ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России и ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России</li> </ul>
Доклад о технических ошибках записи (общий обзор технических ошибок субъекта РФ; разбор типовых технических проблем актуальных для главных врачей)	Руководитель группы, отвечающей за мониторинг и отработку технических ошибок совместно с представителем вендора	<ul style="list-style-type: none"> <li>Выгрузки логов ошибок сессий КЦ Минздрава России (выгружается каждому субъекту РФ в региональный чат-бот)</li> <li>Результаты анализа ошибок</li> </ul>
Доклад о внедрении методических рекомендаций по записи к врачу (обзор исполнения плана по разработке ЛНА, перераспределению функций и разведению потоков пациентов в разрезе МО; комментарии главных врачей, чьи МО отстают от графика)	Директор МИАЦ или руководитель структурного подразделения ОУЗ, курирующий вопросы записи к врачу	<ul style="list-style-type: none"> <li>Результаты чек-листов</li> <li>Анализ ЛНА</li> </ul>
Обзор публикаций в СМИ, социальных сетях и аналитика обращений в ПОС по теме запись на прием к врачу (включая фиктивные записи). Комментарии главных врачей МО, которые упоминались в докладе	Представитель ЦУР совместно с ответственным за отработку обращений в ПОС	<ul style="list-style-type: none"> <li>Выгрузка обращений из ПОС</li> <li>Статистика рассмотрения обращений в ПОС</li> <li>Обзор инфополя и медиа</li> </ul>
Доклад по корректности ведения расписаний во всех МО: охват врачей расписаниями;	Директор МИАЦ или руководитель структурного	<ul style="list-style-type: none"> <li>Региональные отчеты МИС;</li> <li>Рейтинг КЦ Минздрава в разрезе МО</li> </ul>

кол-во слотов на ставку; доля конкурентных слотов; использование слотов в разрезе конкурентных и неконкурентных. Заслушивание комментариев главных врачей МО, не соблюдающих нормы, в каждом блоке.	подразделения ОУЗ, курирующий вопросы записи к врачу	• ФРМР
Заслушивание главных врачей 3 МО с самыми низкими показателями доли успешных записей. Разбор их проблем. Формирование адресных поручений.	Главные врачи МО с самой низкой долей успешных записей	Доклады главных врачей
Вопросы и предложения главных врачей	Главные врачи всех МО	Вопросы главных врачей

Другими важными условиями, отражающим зрелость процессов контроля выступает:

1. регулярность проведения - рекомендуется проводить такие совещания не реже одного раза в неделю;
2. протоколирование совещаний – создан архив протоколов.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие и качество сценария проведения совещания, еженедельная регулярность проведения совещаний под протокол (подтверждаемая архивом протоколов). Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 7) путем изучения представленного сценария и проверки наличия архива протоколов.

Что должно быть представлено:

- сценарий проведения совещания;
- архив протоколов.

### Масштаб: Субъект РФ

#### Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Сценарий проведения совещания не прошел аудит (не был направлен или получил критические замечания)	Сценарий проведения совещания прошел аудит	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что на уровне 2</li> <li>• Архив протоколов совещаний, проведенных по согласованному сценарию, содержит более 6 протоколов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что на уровне 3</li> <li>• Последние 6 протоколов демонстрируют, что совещания проводятся каждую неделю</li> </ul>

### 3.2.2. Регламентирован контроль исполнения поручений, данных в рамках инцидента

#### Описание:

Целью проведения регулярных совещаний является фиксация проблем и совместная выработка их решений. Решения проблем должны фиксироваться в виде конкретных адресных поручений с четкими сроками и обозначением формы контроля исполнения.

**Рисунок 8 – Правила формулирования поручений**

Как надо делать?	Требование:	Как не надо делать?
Главному врачу Ахтубинской ЦРБ (Грицай В.И.) скорректировать расписание на следующие 14 дней по врачам терапевтам-участковым: <ul style="list-style-type: none"> <li>• увеличить общую долю конкурентных слотов до 75%;</li> <li>• увеличить количество слотов для врача Изотовой И.А. до 23 в день;</li> <li>• скорректировать продолжительность первичного приема (длительность слота) до 15 минут для врача Петрова В.И.</li> </ul>	Адресные задачи участникам совещаний на основе обоснованных выводов по результатам докладов	«Главным врачам медицинских организаций привести расписания в соответствие с методическими рекомендациями. Директору МИАЦ; Главным врачам проводить анализ отчетов»
Отчет по результат проделанных мероприятий с подтверждением в виде скриншотов из МИС представить Директору МИАЦ Иванову В.В.	Указание проверяющего исполнение поручений и форму проверки	–
Срок: 13.05.2023	Четкие сроки	«Постоянно»; «Немедленно»; «Всегда»



Все поручения должны заводится в отдельный единый реестр со статусами исполнения и соблюдения сроков поручений.

**Рисунок 9 – Рекомендуемая «шапка» реестра**

№	Протокол поручений №	Пункт поручения	Текст поручения	Суть поручения	Ответственный	Срок исполнения	Статус поручения	Комментарий
---	----------------------	-----------------	-----------------	----------------	---------------	-----------------	------------------	-------------

Для эффективного контроля за исполнением поручений важно определить ответственного на уровне субъекта РФ, кто будет следить за тем, чтобы поручения выполнялись на самом деле, а не только формально.

Просроченные поручения должны быть эскалированы на уровень ответственного за пациентоцентричную запись на еженедельных совещаниях.

Ответственность за персонифицированный контроль исполнения поручений и ведения реестра поручений, а также регламент такого контроля и ведения должны быть закреплены в виде НПА.

В рамках данного подпоказателя оценивается качество 3х протоколов (отобранных КЦ Минздрава России случайным образом) и наличие единого реестра поручений. Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 7) путем изучения 3х случайно отобранных протоколов из архива протоколов и факта наличия единого реестра поручений.

Что должно быть представлено:

- полная выгрузка из реестра поручений;
- архив протоколов совещаний;
- НПА, утверждающий персонифицированный контроль за исполнением поручений, а также регламент ведения реестра.

**Масштаб: Субъект РФ**

### Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Архив протоколов совещаний, проведенных по согласованному сценарию, содержит более 6 протоколов, при этом 3 случайно выбранных из них признаны соответствующими критериям качества (в соотв. с чек-листом)	Архив протоколов совещаний, проведенных по согласованному сценарию, содержит более 6 протоколов, при этом 3 случайно выбранных из них признаны соответствующими критериям качества (в соотв. с чек-листом)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что на уровне 2</li> <li>• Выгрузка из реестра поручения признана соответствующей критериям качества (в соотв. с чек-листом)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что на уровне 3</li> <li>• Имеется НПА, утверждающий персонифицированный контроль за исполнением поручений, а также регламент ведения реестра поручений</li> </ul>

## Область 4: Управление расписаниями

### Описание:

Одним из важнейших факторов, который влияет на доступность услуги записи на прием к врачу является наличие выстроенного системного процесса по управлению расписаниями, который приводит к максимально эффективному использованию ограниченных человеческих ресурсов.

Основные проблемы, связанные с неэффективным управлением расписанием, выражены в отсутствии полноты ведения расписания (расписание заведено не на всех врачей или заведено в неполном объеме), а также в неэффективном распределении слотов между конкурентными и неконкурентными (ситуации, когда конкурентные слоты заканчиваются и пациент не может записаться, а слоты «врач-врач» остаются невостребованными и сгорают).

Эффективная система управления расписаниями требует следующих элементов:

- система контроля и автоматического перераспределения слотов между конкурентными и неконкурентными;
- регламентация выверки штатных расписаний, информации в ФРМР и МИС;
- регламентация процессов контроля полноты ведения расписания.

### Уровни зрелости:

Уровень	1	2	3	4
Описание	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствует автоматический контроль за перераспределением невостребованных слотов «врач-врач»</li> <li>• Отсутствует регламент выверки штатных расписаний, информации в ФРМР и МИС, а также контроля полноты ведения расписания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Регламентированы процессы выверки информации о кадрах: своевременной актуализации информации в ФРМР и сверки информации между ФРМР, МИС и штатными расписаниями</li> <li>• Регламентированы процессы контроля полноты ведения расписания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что ранее</li> <li>• Информация в ФРМР автоматически синхронизирована с МИС</li> <li>• На протяжении последних 4 недель охват расписанием составляет более 90 % во всех амбулаторных СП</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Функционал ГИС СЗ субъекта позволяет автоматически перераспределять невостребованные неконкурентные слоты за 24 часа до приема</li> </ul>

## Показатель 4.1. Зрелость системы управления эффективностью использования слотов

### Описание:

В условиях ограниченных кадровых ресурсов необходимо обеспечить использование 100 % рабочего времени врачей, отведенного для приема по предварительной записи. Т.е. каждый выделенный слот в расписании должен быть занят, а визит пациента должен состояться. Одной из актуальных проблем является то, что зачастую конкурентные слоты занимаются пациентами в полном объеме, в то время как неконкурентные слоты остаются невостребованными и сгорают.

Неполная занятость неконкурентных слотов может объясняться как их низкой востребованностью в определенные периоды (у врача не было такого большого числа повторных пациентов), так и некорректным управлением записью: врач записывает пациентов на повторный прием на конкурентные слоты (при наличии неконкурентных), врач отправляет пациентов записываться самостоятельно на повторный прием через иные источники записи и т.д.

С целью избегания таких подобных ситуаций, негативно сказывающихся на доступности врача, необходимо держать на контроле занятость слотов в разрезе конкурентных и неконкурентных и в случаях, когда становится очевидным, что неконкурентный слот останется невостребованным и сгорит – принудительно изменять его тип, превращая в конкурентный и делая доступным для самостоятельной записи пациента через любой источник записи.

С этой целью рекомендуется организовать механизм перевода неконкурентных слотов в конкурентные за сутки до даты приема. Если неконкурентный слот в любое время на дату послезавтра остается свободным, то в 00 час. 00 мин. предыдущего дня он становится конкурентным. Таким образом, невостребованный неконкурентный слот рекомендуется перевести в конкурентный вид минимум за 24 часа до даты приема (см. пример в 4.1.1).

Оценка зрелости системы контроля состоит из проверки сотрудниками КЦ Минздрава России:

- наличия функционала ГИС СЗ субъекта, позволяющего автоматически перераспределять невостребованные неконкурентные слоты за 24 часа;
- прогресса в достижении и удержании показателя утилизации (т.е. использования) неконкурентных слотов на требуемом уровне (100 %).

### Рекомендуется к изучению:

1.Раздел 4.1.3 «Разработка типового набора слотов и типовых наборов расписания приема врачей» методических рекомендаций ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).

**Категория:** качества управления

#### 4.1.1. Наличие доработок в МИС, направленных на повышение утилизации слотов

##### Описание:

Механизм перевода неконкурентных слотов в конкурентные за сутки до даты приема должен функционировать по определенным правилам:

- Если неконкурентный слот в любое время на дату послезавтра остается свободным, то в 00 час. 00 мин. предыдущего дня он становится конкурентным.
- Рекомендуется переводить невостребованные слоты в конкурентный вид минимум за 24 часа до даты приема, что означает, что допустимо постепенно переводить невостребованные неконкурентные слоты и за несколько дней (а не только за 24 часа), если это не приведет к снижению эффективности организации записи на повторный прием (не создаст рисков для пациентов, которые должны попасть к врачу на повторный прием или по направлению от другого врача).

Рисунок 10 – Пример работы механизма неконкурентных слотов в конкурентные

##### Свободные слоты на 25.11



Механизм должен применяться ко всем должностям из списка 14, которые должны быть доступны для самостоятельной записи во всех амбулаторных СП.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие механизма перевода неконкурентных слотов в конкурентные. Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 8) путем изучения функционального описания работы данного механизма, а также оценивается какое количество неконкурентных слотов осталось невостребованным.

Что должно быть представлено:

- письмо, описывающее функционал работы механизма, а также перечень медицинских организаций, где он применяется.

## Масштаб: Субъект РФ

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Достигну- тый уровень	1	2	3	4
Критерий	ОУЗ не прислал письмо, описывающее функционал работы механизма, а также перечень МО, где он применяется	ОУЗ прислал письмо, описывающее функционал работы механизма, а также перечень МО, где он применяется, но представленное описание не соответствует рекомендациям	ОУЗ прислал письмо, описывающее функционал работы механизма, а также перечень МО, где он применяется.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Последние 4 недели сотрудниками КЦ Минздрава не обнаружено ни одного невостребованного неконкурентного слота по 14 должностям в амбулаторных СП</li> </ul>

## Показатель 4.2. Зрелость системы достижения полноты ведения расписания

### Описание:

В медицинских организациях субъекта РФ должен быть обеспечен единый подход к формированию расписания, где первым этапом является проведение оценки укомплектованности штатного расписания медицинских организаций субъекта РФ, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

Для выполнения данного этапа необходимо, чтобы кадровая информация в системе ГИС СЗ субъекта РФ и ФРМР соответствовала сведениям из отделов кадров медицинских организаций (например, из формы Т-2).

Корректное исполнение процесса формирование расписания подразумевает, что расписание будет заведено на каждого врача, кто работает в амбулаторном СП, кроме тех, кто является временно нетрудоспособным или официально находится в отпуске (информация об этом также должна быть отражена в ГИС СЗ субъекта РФ / ФРМР).

Ситуации, когда расписание на врача не заведено, хотя в соответствии с Табелем учета рабочего времени врач должен был работать – недопустимы.

Оценка зрелости системы достижения полноты ведения расписания состоит из проверки сотрудниками КЦ Минздрава России:

- наличия регламента выверки штатных расписаний, информации в ФРМР и ГИС СЗ субъекта РФ;
- наличия регламента контроля полноты ведения расписания;
- наличия синхронизации информации о кадрах между ГИС СЗ субъекта РФ и ФРМР;
- факта отсутствия расхождений между информацией в регулярной отчетности и ФРМР.

### Рекомендуется к изучению:

1.Раздел 4.1.3 «Разработка типового набора слотов и типовых наборов расписания приема врачей» методических рекомендаций ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).

2.ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕГИСТР МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. РУКОВОДСТВО ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ.  
(Доступ: <https://portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/425>).

3.ФРМР 2.0 Описание интеграционных профилей.

(Доступ: <https://portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/4135>).

### Категория: качества управления

## 4.2.1. Регламентирована выверка штатных расписаний медицинских организаций и иной кадровой информации

### Описание:

Для создания полного и корректного ведения расписания необходимо обеспечить корректное внесение информации в ГИС СЗ субъекта РФ (МИС медицинских организаций) о штатном расписании и сотрудниках состава всех медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-

санитарную помощь населению в амбулаторных условиях (независимо от типа медицинской организации).

Регламент выверки информации между ФРМР, ГИС СЗ субъекта РФ и документами о кадровом документообороте должен:

- устанавливать ответственность за выверку информации о кадрах как на региональном уровне, так и на уровне каждой МО;
- регулировать процесс выверки названия должностей в соответствии с номенклатурой должностей;
- регулировать процесс выверки информации о занимаемом количестве ставок;
- регулировать процесс выверки информации о месте трудоустройства (до уровня СП) и типе занятия ставки;
- регулировать процесс выверки персональной информации сотрудников;
- регулировать процесс выверки и своевременной актуализации информации о временной нетрудоспособности сотрудников.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие и качество Регламента выверки кадровой информации. Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 9), а также наличие синхронизации между ГИС СЗ субъекта РФ и ФРМР.

Что должно быть представлено:

- Регламент выверки кадровой информации;
- информация о наличии синхронизации между ГИС СЗ субъекта РФ и ФРМР.

### **Масштаб: Субъект РФ**

**Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:**

Достигнутый уровень	1	2	3	4
Критерий	Отсутствие регламента выверки кадровой информации, соответствующего требованиям чек-листа	Разработан регламент выверки кадровой информации, который соответствует требованиям чек-листа	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Представлена информация о наличии синхронизации между ГИС СЗ субъекта РФ и ФРМР, соответствующей требованиям чек-листа</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Последние 4 недели сотрудниками КЦ Минздрава не выявлены случаи расхождения информации между ФРМР и ГИС СЗ субъекта РФ</li> </ul>

## 4.2.2. Регламентированы процедуры контроля полноты ведения расписания в каждой медицинской организации

### Описание:

Для обеспечения доступной записи к врачам необходимо обеспечить полноту ведения расписания, которая в первую очередь характеризуется тем, что на каждого врача, который работает в амбулаторном структурном подразделении, кроме тех, кто является временно нетрудоспособным или официально находится в отпуске (информация об этом также должна быть отражена в ГИС СЗ субъекта РФ / ФРМР) в каждой медицинской информации заведено расписание.

Необходимо регламентировать процесс централизованного контроля за полнотой ведения расписания, который бы обеспечивал наличие расписания у 100 % врачей 14 основных специальностей, ведущих плановый прием, с охватом 90 % их рабочего времени слотами.

С этой целью должен быть заведен регламент, который должен:

- устанавливать ответственность за централизованный контроль полноты ведения расписания в каждой медицинской организации;
- определять форму и виды контроля;
- регулировать процесс контроля;
- определять перечень случаев, когда расписание может быть не заведено на врача, и порядок действий, которые необходимо в таком случае осуществить медицинской организацией.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие и качество регламента контроля полноты ведения расписания. Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России с помощью чек-листа (Приложение 9).

Что должно быть представлено:

- Регламент контроля полноты ведения расписания.

### Масштаб: Субъект РФ

#### Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Достигнутый уровень	1	2	3	4
Критерий	Отсутствие регламента контроля полноты ведения расписания, соответствующего требованиям чек-листа	Разработан регламент контроля полноты ведения расписания, который соответствует требованиям чек-листа	<ul style="list-style-type: none"><li>• Все что ранее</li><li>• Последние 4 недели сотрудниками КЦ Минздрава не выявлены медицинские организации, где охват расписанием ниже 90 % для 14 должностей врачей в амбулаторных СП</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Все что ранее</li><li>• Последние 4 недели сотрудниками КЦ Минздрава не выявлены медицинские организации, где охват расписанием ниже 90 % для всех должностей врачей в амбулаторных СП</li></ul>

## Область 5: Интеграция ЕПГУ в региональную систему записи

### Описание:

Разнообразие каналов, через которые можно осуществить запись на прием к врачу имеет как плюсы (пациент имеет право выбора наиболее удобного лично для него канала; каждый из каналов можно настроить под определенные задачи), так и минусы (усложняется контроль; медицинские организации начинают дискриминировать максимально контролируемые каналы записи; при разных подходах к ведению расписания для разных каналов пациенты вынуждены изучать особенности каждого из каналов).

Дискриминация определенных каналов записи (в основном ЕПГУ) зачастую происходит в следующих формах:

- для дискриминируемых каналов записи выкладывается меньше слотов по должностям из списка 14 обязательных, что снижает возможность записи;

- горизонты записи различных каналов записи не синхронизированы: например, через РПГУ можно записаться на большее количество дней (например, на 30), что приводит к тому, что слоты занимаются через РПГУ в тот момент, когда на ЕПГУ они еще не появились;

- период обновления расписания не синхронизирован: расписание на одном канале записи обновляется быстрее, чем на ЕПГУ, т.е. слоты для записи становятся доступны быстрее.

Таким образом, одной из ключевых задач для ОУЗ является выстраивание понятной и удобной для каждого пациента системы записи с учетом особенностей каждого из каналов записи.

С этой целью необходимо:

- определить целевые сегменты пациентов для каждого канала записи;
- устранить дискриминацию любого канала записи;
- разработать план по массовому информированию жителей субъекта РФ о преимуществах каждого канала записи и их адресности;
- обеспечить доступность записи через каждый канал.

Важно обеспечить соблюдение следующего принципа: пациент должен иметь возможность успешно записаться через тот канал записи, который считает наиболее удобным.

Успешная интеграция ЕПГУ в региональную систему записи требует следующих элементов:

- в системе ГИС СЗ позволено создавать только два типа слотов: конкурентные (доступные для любых источников записи) и неконкурентные слоты типа «Врач-врач»;
- горизонты записи синхронизированы между всеми источниками записями;
- период обновления синхронизирован между всеми источниками записи;
- разработан план информирования граждан о дистанционных каналах записи с учетом их преимуществ для разных сегментов пациентов.

### Уровни зрелости:

Уровень	1	2	3	4
Описание	<p>В системе ГИС СЗ позволено создавать слоты, которые доступны не для всех дистанционных каналов записи</p> <p>или</p> <p>Горизонты записи не синхронизированы между всеми источниками записями</p> <p>или</p> <p>Период обновления не синхронизирован между всеми источниками записи</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В системе ГИС СЗ позволено создавать только два типа слотов: конкурентные (доступные для любых источников записи) и слоты типа «Врач-врач»;</li> <li>• Горизонты записи синхронизированы между всеми источниками записями;</li> <li>• Период обновления синхронизирован между всеми источниками записи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что ранее</li> <li>• Произведена сегментация пациентов и для каждого сегмента определены наиболее удобные каналы записи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Разработан план адресной популяризации дистанционных сервисов записи с учетом ранее произведенной сегментации</li> </ul>

## Показатель 5.1. Зрелость синхронизации условий записи для различных каналов

### Описание:

Синхронизация условий записи для различных каналов необходима с целью исключения дискриминации одних каналов записи по сравнению с другими.

Для исключения дискриминации между различными каналами записи, необходимо соблюдать следующие условия:

- для всех каналов записи и типов слотов должна быть доступна конкурентная запись в одинаковом объеме, исключение составляют слоты для записи врачом;
- горизонты записи различных каналов записи должны быть синхронизированы и приведены к единому значению - 14 календарных дней без учета текущей даты;
- период обновления расписания должен быть синхронизирован: обновление расписания должно происходить ежедневно в 00.00.

Единственным допустимым исключением является ограничение доступности некоторых каналов записи из-за невозможности обеспечения круглосуточной работы.

Канал записи	График доступа к каналу записи
С использованием ЕПГУ	Запись доступна в круглосуточном режиме
С использованием регионального портала государственных и муниципальных услуг	Запись доступна в круглосуточном режиме
Путем личного обращения в регистратуру медицинской организации или с использованием информационного киоска (инфомата)	Запись доступна в часы работы медицинской организации
Путем личного обращения в кол-центр	Запись доступна в часы работы кол-центра

Оценка зрелости синхронизации условий записи для различных каналов состоит из проверки сотрудниками КЦ Минздрава России и территориального органа Росздравнадзора:

- наличия доработок ГИС СЗ субъектов РФ, призванных исключить возможность дискриминации, а также всех рекомендуемых настроек;
- факта отсутствия дискриминации, выявляемого методом «тайного пациента» в ходе профилактического мероприятия.

**Рисунок 11 – Алгоритм проверки отсутствия дискриминации для различных каналов записи**



**Рекомендуется к изучению:**

1.Раздел 5.2 «Каналы записи на прием в медицинские организации» в методических рекомендациях ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России №1 2-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).

**Категория:** качества управления

### 5.1.1. Синхронизация условий записи для различных каналов записи

**Описание:**

Синхронизация условий записи для различных каналов записи производится путем доработки ГИС СЗ субъекта РФ и ее корректной настройки таким образом, чтобы у пользователей не было возможности формировать расписание, дискриминирующие тот или иной канал записи.

Отсутствие необходимых доработок и настроек не будет гарантировать системного исключения дискриминации и потребует постоянного контроля, и, таким образом, признается неэффективным подходом.

После того как ГИС СЗ субъекта будет доработана и корректно настроена, необходимо осуществить очную проверку отсутствия дискриминации.

С этой целью КЦ Минздрава России случайным образом отбирает несколько медицинских организаций так, чтобы среди них обязательно были: взрослые поликлиники; детские поликлиники; стоматологические поликлиники; женские консультации.

После этого ТО РЗН производит проверку отсутствия дискриминации для различных каналов записи при попытке записи в выбранные МО методом «тайного пациента».

Для проверки наличия дискриминации в системе записи на прием к врачу используется следующий метод: сотрудники ТО РЗН выступают в роли обычных пациентов и пытаются записаться на все возможные должности (на те должности, которые доступны в соответствии со штатным расписанием МО) через все каналы записи с целью выявления случаев, когда запись через один канал записи доступна, а через другой - нет. Такие случаи называются дискриминацией. Важно отметить, что, если запись недоступна ни через один из каналов, это не рассматривается как дискриминация.

В случае выявления факта дискриминации КЦ Минздрава России информирует об этом ОУЗ. Для проведения повторной проверки необходимо повторно уведомить КЦ Минздрава России о произведенных доработках и настройках ГИС СЗ субъекта. Повторная проверка возможна только спустя минимум через 28 дней после окончания проведения предыдущей проверки.

В рамках данного подпоказателя оценивается факт отсутствия дискриминации того или иного канала записи путем проведения контроля сотрудниками ТО РЗН методом «тайного пациента» с помощью чек-листа (Приложение 10).

Что должно быть представлено:

- уведомление КЦ Минздрава России о факте доработок и настроек ГИС СЗ, направленных на исключение дискриминации различных каналов записи;
- пройдена независимая очная проверка ТО РЗН в случайно выбранных МО в соответствии с чек-листом (Приложение 10).

#### **Масштаб: Субъект РФ**

**Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:**

Достигнутый уровень	Полное отсутствие	Начальный уровень	Средний уровень	Продвинутый уровень
Критерий	Отсутствие уведомления о том, что: 1) в системе ГИС СЗ позволено создавать только два типа слотов: конкурентные (доступные для любых источников записи) и слоты типа «Врач-врач»; 2) Горизонты записи синхронизированы между всеми источниками записями; 3) Период обновления синхронизирован между всеми источниками записи	В КЦ Минздрава направлено уведомление о том, что 1) В системе ГИС СЗ позволено создавать только два типа слотов: конкурентные (доступные для любых источников записи) и слоты типа «Врач-врач»; 2) Горизонты записи синхронизированы между всеми источниками записями; 3) Период обновления синхронизирован между всеми источниками записи	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• В рамках проверки ТО РЗН выявлены факты дискриминации не выше уровня «низкий» в отношении любых источников дистанционной записи, кроме ЕПГУ (в соотв. с чек-листом)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• В рамках проверки ТО РЗН не выявлено фактов дискриминации ни одного из источников (в соотв. с чек-листом)</li> </ul>

## Показатель 5.2. Зрелость системы популяризации дистанционных сервисов записи

### Описание:

Каждый из каналов записи обладает собственными преимуществами и недостатками, что означает, что каждый из них может учитывать те или иные условия и быть более подходящим для определенной категории пациентов.

Канал записи	В каких случаях рекомендуется использовать
С использованием ЕПГУ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Запись к врачу из списка 14 основных должностей, когда пациент точно знает к какому врачу нужно записаться;</li> <li>- Запись по направлениям;</li> </ul>
С использованием регионального портала государственных и муниципальных услуг	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Запись к врачу из списка 14 основных должностей, когда пациент точно знает к какому врачу нужно записаться;</li> <li>- Запись по направлениям;</li> <li>- Запись к врачу из списка должностей, которые должны быть доступны для самостоятельной записи, если пациент находится на диспансерном учете;</li> <li>- Запись на услуги, которые не доступны на ЕПГУ (например, исследования);</li> </ul>
Путем личного обращения в регистратуру медицинской организации или с использованием информационного киоска (инфомата)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Запись к врачу из списка 14 основных должностей, когда пациент точно не знает к какому врачу нужно записаться;</li> <li>- Запись к врачу из списка должностей, которые должны быть доступны для самостоятельной записи, если пациент находится на диспансерном учете;</li> <li>- Запись на услуги, которые не доступны на ЕПГУ (например, исследования);</li> </ul>
Путем личного обращения в кол-центр	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Запись к врачу из списка 14 основных должностей, когда пациент точно не знает к какому врачу нужно записаться;</li> <li>- Запись по направлениям;</li> <li>- Запись к врачу из списка должностей, которые должны быть доступны для самостоятельной записи, если пациент находится на диспансерном учете;</li> <li>- Запись на услуги, которые не доступны на ЕПГУ (например, исследования).</li> </ul>

Соответственно, подобная дифференциация каналов должна быть зафиксирована и доведена до пациентов с целью предоставления им возможности выбора наиболее удобного способа записи исходя из их текущей потребности.

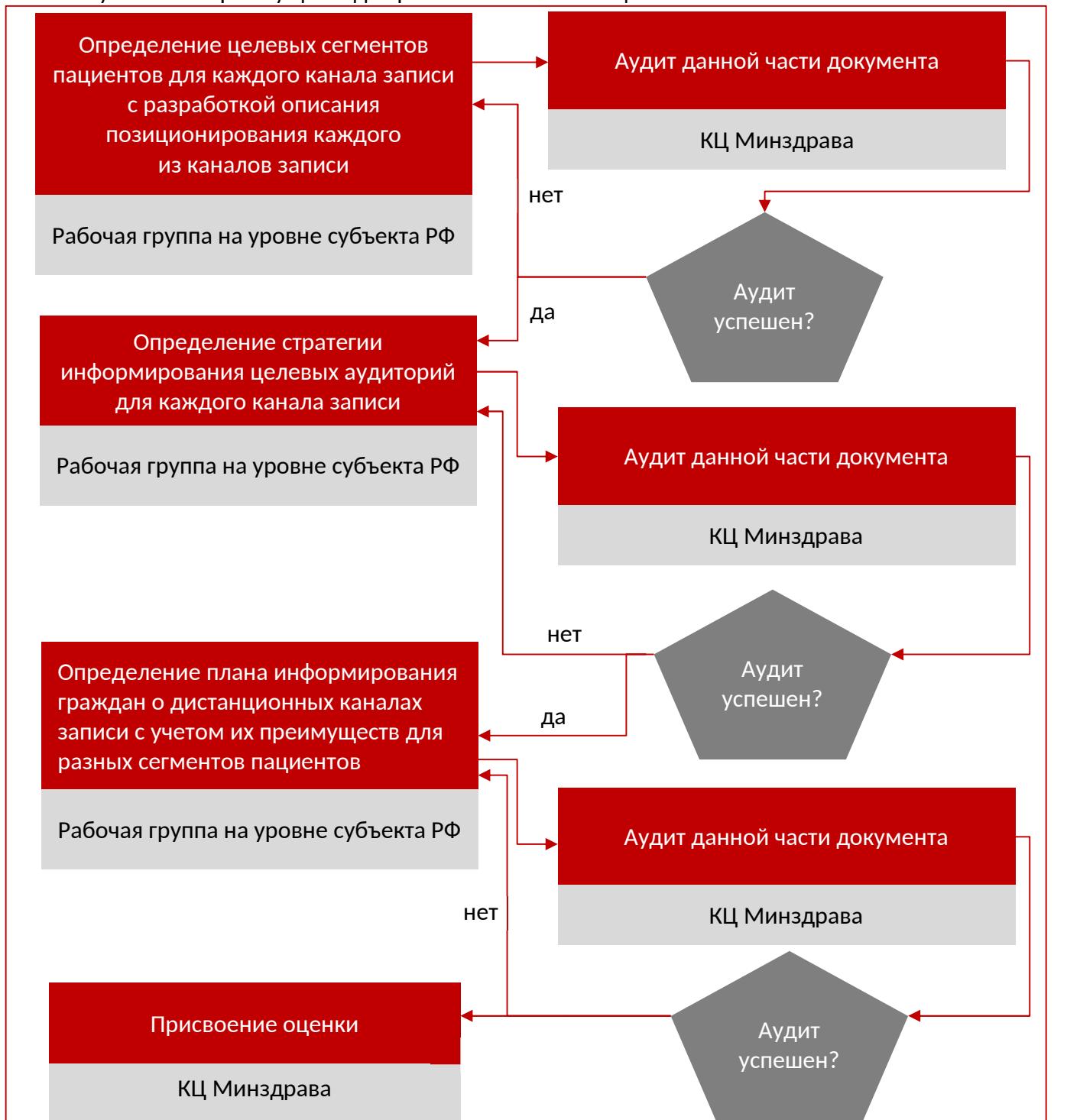
Рабочей группе на уровне субъекта РФ необходимо:

- определить целевые сегменты пациентов для каждого канала записи с разработкой описания позиционирования каждого из канала записей;
- определить стратегию информирования целевых аудиторий, которая должна включать в себя:
  - 1) описание сущности каждого канала записи;
  - 2) недостатки и преимущества каждого из каналов записи;
  - 3) как, когда и где можно воспользоваться каждым из каналов записи;
  - 4) ключевые послания, которые должны быть донесены целевым сегментам по каждому каналу записи;
- разработать план информирования граждан о дистанционных каналах записи с учетом их преимуществ для разных сегментов пациентов с описанием того, кто, когда и что должен делать.

Оценка зрелости системы популяризации дистанционных сервисов записи состоит из проверки сотрудниками КЦ Минздрава России:

- наличия описания целевых сегментов для каждого канала записи;
- наличия стратегии информирования целевых аудиторий;
- плана информирования граждан о дистанционных каналах записи с учетом их преимуществ для разных сегментов пациентов.

**Рисунок 12 – Алгоритм разработки плана информирования граждан о дистанционных каналах записи с учетом их преимуществ для разных сегментов пациентов**



**Рекомендуется к изучению:**

- 1.Организация мероприятий по популяризации электронной услуги «Запись на прием к врачу» на Едином портале государственных и муниципальных услуг (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в 2023 г.).
  - 2.Маркетинг для государственных и общественных организаций. Котлер Филип, Ли Нэнси.

## **Категория:** качества управления

## 5.2.1. Наличие плана популяризации дистанционных сервисов записи с учетом сегментации пациентов

### Описание:

План популяризации дистанционных сервисов записи с учетом сегментации пациентов состоит из трех частей:

Часть	Частота актуализации
Описание целевых сегментов для каждого канала записи	Разрабатывается единожды. Актуализируется по потребности
Стратегия информирования целевых аудиторий	Разрабатывается единожды. Актуализируется по потребности
План информирования граждан о дистанционных каналах записи с учетом их преимуществ для разных сегментов пациентов	Разрабатывается каждый год. Актуализируется каждый квартал

План разрабатывается последовательно с обязательной промежуточной оценкой каждой части документа со стороны КЦ Минздрава России. Пока не принята предыдущая часть – последующая часть не проверяется.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие и качество в соответствии с чек-листом (Приложение 11) плана информирования граждан о дистанционных каналах записи с учетом их преимуществ для разных сегментов пациентов, состоящего из трех частей.

Что должно быть представлено:

- описание целевых сегментов для каждого канала записи;
- стратегия информирования целевых аудиторий;
- план информирования граждан о дистанционных каналах записи с учетом их преимуществ для разных сегментов пациентов.

**Масштаб:** Субъект РФ

**Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:**

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Не представлено описание целевых сегментов пациентов для каждого канала записи с разработкой описания позиционирования каждого из канала записей, которое соответствует требованиями чек-листа	Представлено описание целевых сегментов пациентов для каждого канала записи с разработкой описания позиционирования каждого из канала записей, которое соответствует требованиями чек-листа	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Представлена стратегия информированья целевых аудиторий, которая соответствует требованиями чек-листа</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Представлен план информировани я граждан о дистанционных каналах записи с учетом их преимуществ для разных сегментов пациентов</li> </ul>

## Область 6: Кол-центр

### Описание:

Одной из структур, обеспечивающей прозрачное и доступное формирование расписания и записи на прием в медицинские организации, являются кол-центр.

Кол-центр – это выделенное структурное подразделение медицинской или иной организации либо отдельное юридическое лицо, выполняющее функции по обработке дистанционных обращений граждан, связанных с записью на прием, для получения той или иной медицинской услуги, или получения информации о медицинской организации и порядке ее работы.

Существуют три модели кол-центров:

- 1) Централизованная – представляет собой наличие единого кол-центра, организованного на уровне субъекта РФ, с одним многоканальным телефонным номером. В рамках этой модели все входящие звонки и запросы от пациентов обрабатываются и регистрируются в едином центре, где специалисты предоставляют необходимую информацию, помочь и услуги записи. Медицинские организации регулярно предоставляют информацию о плановом графике работы врачей в региональный проектный офис или координационный центр.
- 2) Децентрализованная – предусматривает наличие собственных кол-центров, организованных в каждой отдельной медицинской организации. Каждый кол-центр не зависит от другого, имеет свой собственный телефонный номер и специалистов, отвечающих за обработку запросов и обслуживание пациентов. В данной модели недопустимо совмещать кол-центр с регистратурой медицинской организации.
- 3) Смешанная – это комбинация централизованного и децентрализованного подходов. В данной модели региональный кол-центр принимает и обрабатывает основную часть входящих звонков и запросов от пациентов, предоставляя информацию и помощь. Однако каждая отдельная медицинская организация сохраняет определенную часть функционала в своем кол-центре, такую как, например, подтверждение приема, которое осуществляется непосредственно работниками медицинской организации.

При проектировании колл-центра есть несколько вопросов, принимаемое решение по которым оказывает влияние на концепцию и организацию колл-центра:

1. Цели и виды услуг: определение того, какие задачи будет выполнять колл-центр – принимать входящие звонки, осуществлять исходящие звонки для информирования или проведения опросов, обрабатывать входящие запросы, работать с жалобами или предоставлять консультации.
2. Организационная структура: решение о том, будет ли колл-центр обслуживать одну организацию или несколько (локальный или удаленный).
3. Режим работы: определение временных рамок работы колл-центра – только в рабочие часы или круглосуточно (24/7).
4. Омниканальность: уровень доступности и способы общения с клиентами, включая голосовые вызовы, чаты, электронную почту и запросы через электронные документооборотные системы (ЭДО).

Независимо от выбранной модели на региональном уровне следует утвердить НПА, регулирующий работу и взаимодействие всех участников, обеспечивающих функционирование услуг, оказываемых кол-центром.

## Уровни зрелости:

Уровень	1	2	3	4
Описание	<p>Не представлен заполненный чек-лист</p> <p style="text-align: center;">или</p> <p>Выявлено несоответствие техническим требованиям</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Выявлено соответствие техническим требованиям</li> <li>Программное обеспечение кол-центра признано достаточным</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все, что ранее</li> <li>Представленная схема маршрутизации звонков признана эффективной</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Все что ранее</li> <li>Управление кадрами кол-центра признано эффективным</li> </ul>

## Показатель 6.1. Зрелость программного и технического обеспечения кол-центра

### Описание:

Не смотря на выбранную модель кол-центра, программное и техническое обеспечение должно быть достаточным для выполнения кол-центром возложенных на него функций. Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России путем изучения заполненного ОУЗ чек-листа (Приложение 12) в разрезе МО и/или субъекта РФ.

Оценка зрелости программного и технического обеспечения кол-центра состоит из проверки сотрудниками КЦ Минздрава России:

- развитости программного обеспечения (наличие рекомендуемого функционала);
- соответствия техническим требованиям для обеспечения достаточной производительности и масштабируемости, а также надежности и отказоустойчивости;
- соответствия рекомендациям по техническому оснащению рабочего места оператора кол-центра.

### Рекомендуется к изучению:

1.Раздел 6 «Рекомендации по программному и техническому обеспечению контакт-центра» в Методических рекомендациях № 19-23 «Организация контакт-центра в медицинских организациях» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 28.11.2023).

**Категория:** качества управления

## 6.1.1. Развитость программного обеспечения

### Описание:

Оцениваются следующие функциональные возможности АТС:

-управление вызовами – для оптимизации распределения вызовов между операторами необходима функция управления вызовами: удержание, перевод, поддержка различных методов маршрутизации (например, на основе расписания работы операторов) и т.д.;

-интерактивное голосовое меню (IVR – interactive voice response) - для снижения нагрузки на операторов кол-центра и ускорения ответа звонящим пациентам должен быть предоставлен автоматического набора опций меню. IVR также может предоставлять информацию о текущем статусе вызова, например, время ожидания или положение в очереди, что повышает удовлетворенность пациентов;

-протокол передачи голосовой связи – следует использовать протокол VoIP для передачи голосовой связи по сети Интернет. Качество связи должно быть высоким, с минимальной задержкой и потерей пакетов данных;

-запись разговоров – опция является важным инструментом для контроля качества обслуживания, обучения персонала и решения спорных ситуаций с пациентами. Эта функция позволяет повысить профессионализм операторов и обеспечить прозрачность взаимодействия с пациентами в рамках работы кол-центра;

-мониторинг и аналитика вызовов – функционал необходим для оценки производительности операторов и качества путем прослушивания вызовов для и анализа параметров вызовов. Система должна предоставлять статистику по продолжительности вызовов, время ожидания, время обработки и другие метрики для оценки эффективности работы кол-центра и выявления областей для улучшения.

-безопасность и конфиденциальность данных – для предотвращения несанкционированного доступа к закрытой информации, в том числе к персональным данным пациентов, необходимо обеспечить контроль доступа к информации и предоставлять возможность аудита всех совершенных операций.

-МИС должна быть интегрирована с АТС кол-центра - при поступлении вызова в МИС автоматически открывается окно, содержащее персональные данные пациента. Доступ к специальной категории персональных данных пациентов, которые составляют врачебную тайну, для сотрудников кол-центров должен быть ограничен. Сотрудник кол-центра сверяет персональные данные в МИС с целью его идентификации;

-наличие базы знаний с ответами на наиболее популярные вопросы, информацией о контактах, а также заготовленными речевыми модулями.

В рамках данного подпоказателя оцениваются функциональные возможности АТС в соответствии с чек-листом (Приложение 12).

Что должно быть представлено:

- заполненный чек-лист и подтверждающие документы.

## Масштаб: Субъект РФ

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Заполненный чек-лист не представлен  или  Кол-центр отсутствует	Развитость программного обеспечения оценена на уровень «Низкий»	Развитость программного обеспечения оценена на уровень «Средний»	Развитость программного обеспечения оценена на уровень «Высокий»

### 6.1.2. Соответствие техническим требованиям

#### Описание:

При использовании цифрового типа АТС необходимо обеспечить кол-центр надежным и производительным серверным оборудованием для обработки большого объема вызовов и обеспечения стабильной работы АТС и другого ПО кол-центра.

В качестве альтернативы вместо закупки собственных мощных серверов можно выбрать облачный тип АТС, это также обеспечивает повышенную надежность и безопасность данных, так как облачные поставщики обычно имеют высокие стандарты защиты информации и системы резервного копирования.

Показатели, по которым оценивается соответствие серверов техническим требованиям:

-Производительность и масштабируемость – процессорная мощность, объем оперативной памяти (ОЗУ) и скорость обработки данных на жестких дисках или твердотельных накопителях (SSD) должны соответствовать масштабам обрабатываемой информации и легко адаптироваться к росту нагрузки в будущем.

-Надежность и отказоустойчивость – во избежание простоев и сбоев в работе кол-центра следует использовать серверы с дублированными или горячими резервными блоками питания, RAID-массивами для обеспечения защиты данных, а такжестроенными механизмами резервного копирования данных и их восстановления. Оборудование требуется размещать в отдельных серверных комнатах или центрах обработки данных с соответствующей системой резервного электропитания и системами охлаждения.

-Сетевое подключение – для обеспечения высокой пропускной способности и минимальной задержки необходимы сетевые адAPTERЫ с поддержкой Gigabit Ethernet или быстрее. При использовании облачных серверов требуется установка защищенного канала связи, например, с помощью аппаратного и ПО ViPNet. Важно выделить отдельный от основного канал интернет-соединения для функционирования VoIP связи кол-центра, а также резервный канал другого интернет-провайдера на случай сбоев у основного.

-Системное ПО – ПО на серверах должно быть включено в единый реестр российского ПО и (или) единый реестр евразийского ПО, регулярно обновляться, быть надежным, безопасным и совместимым с используемыми приложениями.

-Резервное копирование и восстановление данных – для обеспечения защиты от потери данных в случае сбоев или чрезвычайных ситуаций следует ежедневно автоматически создавать

резервные копии данных, хранимые на удаленных серверах или отдельных носителях и иметь систему восстановления.

-Рекомендации по техническому оснащению рабочего места оператора кол-центра – соблюдены рекомендации по выбору телефонов и выбору гарнитур для операторов

В рамках данного подпоказателя оценивается соответствие техническим требованиям в соответствии с чек-листом (Приложение 12).

Что должно быть представлено:

- заполненный чек-лист и подтверждающие документы.

#### **Масштаб: Субъект РФ**

**Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:**

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Заполненный чек-лист не представлен  или  Кол-центр отсутствует	Соответствие техническим требованиям оценено на уровень «Низкий»	Соответствие техническим требованиям оценено на «Средний»	Соответствие техническим требованиям оценено на уровень «Высокий»

## **Показатель 6.2. Зрелость организационных процессов кол-центра**

### **Описание:**

Зрелость организационных процессов представляет собой использование наиболее эффективных схем маршрутизации звонков, в том числе между операторами, а также применение интерактивного голосового меню.

Грамотное управление кадрами позволяет обеспечить организацию квалифицированными кадрами, которые способны качественно и в срок исполнять свои трудовые функции, закрывая текущие рабочие задачи.

Для эффективного управления нагрузкой кол-центра помимо собственных ресурсов организации можно использовать такие инструменты как:

-Аутсорсинг – это передача части функций и обязанностей по обработке звонков и записи на прием третьей стороне или внешней компании, специализирующейся на оказании подобных услуг. Аутсорсинговая организация нанимает своих работников, обучает их и предоставляет им необходимую инфраструктуру для работы, что позволяет снизить нагрузку на внутренние ресурсы медицинской организации и обеспечить более эффективное управление процессом записи на прием.

-Предоставление работников - привлечение временных работников или обращение к внешним агентствам, чтобы покрыть потребности в кадрах кол-центра во время пиковой нагрузки или при особых событиях. Этот способ позволяет быстро адаптироваться к изменениям в объеме работы и гибко управлять ресурсами кол-центра. Представленные работники выполняют свои функции под наблюдением и с руководством медицинской организации, следя ее стандартам и процедурам.

Оценка зрелости организационных процессов кол-центра состоит из проверки сотрудниками КЦ Минздрава России:

- наличия схем маршрутизации звонков и алгоритмов работы;
- качества кадрового менеджмента в кол-центре.

**Рекомендуется к изучению:**

1.Раздел 7 «Маршрутизация звонков» в Методических рекомендациях № 19-23 «Организация контакт-центра в медицинских организациях» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 28.11.2023).

2.Раздел 8 «Работа с кадрами» в Методических рекомендациях № 19-23 «Организация контакт-центра в медицинских организациях» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 28.11.2023).

3.Раздел 9 «Маршрутизация пациента и речевые модули» в Методических рекомендациях № 19-23 «Организация контакт-центра в медицинских организациях» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 28.11.2023).

**Категория:** качества управления

### 6.2.1. Наличие схем маршрутизации звонков

**Описание:**

Схема маршрутизации звонков применяется в кол-центрах для распределения поступивших одновременно телефонных звонков. При поступлении звонка АТС выполняет функцию «поднять трубку», затем этот звонок направляется либо к свободному оператору (статический тип), либо по заложенному алгоритму (динамический тип) по одной из принятых моделей маршрутизации.

Выбранная схема маршрутизации должна соответствовать требованиям ITIL и должна включать:

-схему маршрутизации звонков между операторами, учитывающую загрузку и доступность операторов (звонок поступает свободному сотруднику, обработавшему наименьшее число звонков за определенный временной промежуток);

-иерархию сотрудников, т.е. звонки должны поступать сначала операторам первого уровня и в случаях, когда они не могут ответить на вопрос, должна осуществляться маршрутизация на более опытных сотрудников;

-наличие интерактивного голосового меню (IVR).

Интерактивное голосовое меню (IVR) - система предварительно записанных голосовых сообщений, выполняющих функцию маршрутизации позвонивших с использованием тонального набора или голосовых команд.

IVR распределяет звонки по тематикам, что позволяет маршрутизировать их по разным веткам алгоритма.

Для организации IVR в кол-центре необходимы следующие шаги:

- Составить «дерево» или алгоритм маршрутизации.
- Подготовить текст, сопровождающий маршрутизацию.
- Привлечь профессионального диктора для голосовой записи текста.
- Подготовить музыкальное сопровождение для очереди ожидания.

В рамках данного подпоказателя оценивается соответствие техническим требованиям в соответствии с чек-листом (Приложение 12).

Что должно быть представлено:

- заполненный чек-лист и подтверждающие документы.

### **Масштаб: Субъект РФ**

**Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:**

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Заполненный чек-лист не представлен  или  Кол-центр отсутствует	Качество схем маршрутизации звонков оценено на уровень «Низкий»	Качество схем маршрутизации звонков оценено на «Средний»	Качество схем маршрутизации звонков оценено на уровень «Высокий»

### **6.2.2. Управление кадрами кол-центра**

#### **Описание:**

Персонал – главный ресурс любой организации и ключевой фактор эффективности работы кол-центра.

Качество управления кадрами оценивается по следующим критериям:

-кадровая обеспеченность – важно верно рассчитать количество операторов. С этой целью используют статистику звонков: определяют общее время, которое требуется заложить на общение с пациентами за одну рабочую смену путем умножения количества звонков на их среднюю продолжительность. После этого вычисляется коэффициент утилизации, то есть доля от общего рабочего времени, которую оператор проводит за разговором. В норме этот коэффициент составляет 60-70 %, а его превышение приведет к развитию профессионального выгорания у оператора;

-обучение сотрудников – необходимо обучать персонал на этапе трудоустройства, и периодически, не реже одного раза в три месяца. Ежеквартальное обучение обеспечивает непрерывное повышение квалификации, усиление коммуникативных компетенций и профилактику профессионального выгорания;

-целеполагание и формирование рабочей среды – рекомендуется поставить 1-2 четко определенные цели и основные задачи (например, «Отвечать на 100 % поступающих вызовов». Абстрактная цель, такая как «помощь пациентам», не будет иметь практической реализации), а также по 3-5 ключевых показателей эффективности кол-центра на каждую цель для сотрудников.

-система мотивации сотрудников – для профилактики профессионального выгорания следует мотивировать персонал материальными или нематериальными способами (например, бейдж «Лучший оператор дня», балльная система в соревнованиях и т.д.). Ключевым фактором успешности мотивации является лояльное восприятие работниками руководителя и доверительная обстановка награждения.

-наличие старшего смены – эта функция возлагается на оператора дополнительным соглашением к трудовому договору. Старший смены координирует работу операторов, обучает и принимает участие в решении спорных вопросов, проводит их своевременное информирование и контроль. Рекомендуется назначать старшего смены в случае одновременной работы более трёх операторов в одном кол-центре.

В рамках данного подпоказателя оценивается соответствие требованиям в соответствии с чек-листом (Приложение 12).

Что должно быть представлено:

- заполненный чек-лист и подтверждающие документы.

**Масштаб: Субъект РФ**

**Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:**

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Заполненный чек-лист не представлен  или  Кол-центр отсутствует	Качество процессов управления кадрами оценено на уровень «Низкий»	Качество процессов управления кадрами оценено на «Средний»	Качество процессов управления кадрами оценено на уровень «Высокий»

## Область 7: Оптимизация процессов внутри медицинской организации

### Описание:

Одним из этапов усовершенствования системы управления записи к врачу в субъекте РФ является оптимизация процессов распределения обязанностей персонала и маршрутизации пациентов внутри медицинской организации, направленная на снижение нагрузки на врачей и увеличение доли рабочего времени врачей для более эффективного непосредственного оказания медицинской помощи, в том числе проведения профилактических мероприятий.

В целях оптимизации нагрузки на врачей и увеличения доли рабочего времени врачей для непосредственного оказания медицинской помощи, в том числе проведения профилактических мероприятий, могут быть приняты следующие организационные решения:

- перераспределение функций между врачами, работниками медицинской организации со средним медицинским образованием и немедицинскими работниками с целью снижения нагрузки на врачей;

- распределение потоков пациентов с различными целями обращений между структурными подразделениями медицинской организации с целью исключения ситуации отклонения от установленного расписания и увеличении фонда времени, выделенного на прием пациентов по записи.

Не выстроенные процессы снижают доступное для приема время у врачей, понижают удовлетворенность граждан, преимущественно из-за того, что пациенты, которые записываются к точному времени, не попадают в установленное время из-за необходимости врачей принимать несколько параллельных потоков: по живой очереди и по записи.

### Уровни зрелости:

Уровень	1	2	3	4
Описание	Не произведена самооценка в каждой МО по перераспределению функций и распределению потоков пациентов (чек-лист для самостоятельной оценки)	Произведена самооценка в каждой МО по перераспределению функций и распределению потоков пациентов (чек-лист для самостоятельной оценки)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Все, что ранее</li><li>• Проведено совещание ТО РЗН с руководством ОУЗ и МО по перераспределению функций и разделению потоков пациентов в случайно выбранных МО (чек-лист для оценки РЗН)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Все что ранее</li><li>• Произведена выездная проверка НМИЦ ТПМ и / или ЦНИИОИЗ факта перераспределения функций и разделения потоков пациентов в случайно выбранных МО (чек-лист для ЦНИИОИЗ)</li></ul>

## Показатель 7.1. Зрелость разделения потоков пациентов

### Описание:

Распределение потоков пациентов – это инструмент, направленный на оптимизацию маршрутизации пациентов, цель обращения которых может быть достигнута без привлечения врачей участковой службы, что приведет к снижению нагрузки на врачей данных специальностей.

Цели обращений пациентов, которые могут быть достигнуты без привлечения врачей участковой службы:

- 1.Запросы информации.
- 2.Оказание помощи в неотложной форме.
- 3.Прохождение профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и углубленной диспансеризации.

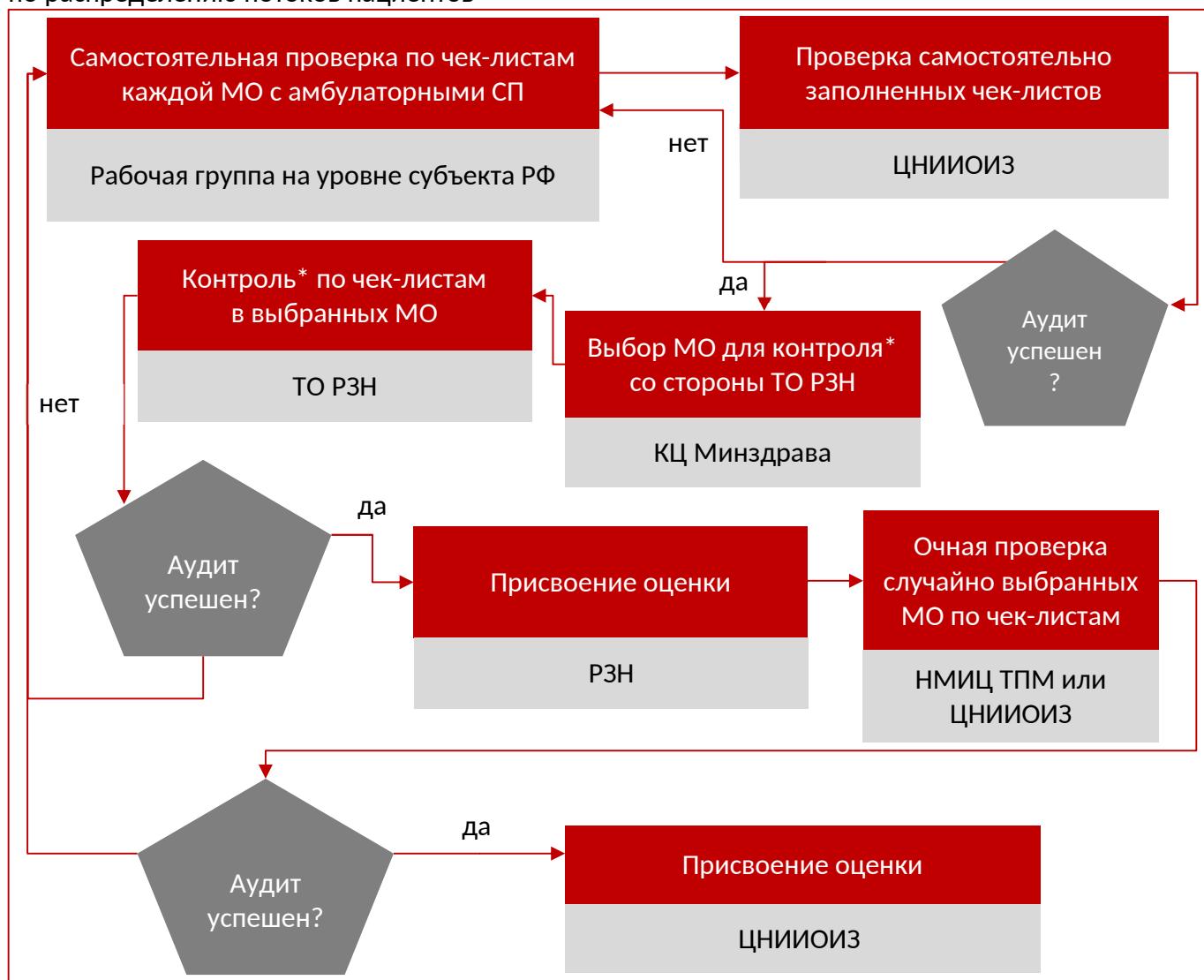
Оценка разделения потоков пациентов в зависимости от цели обращения состоит из проверки следующих элементов:

- организация перераспределения потока пациентов, обращающихся с целью получения информации;
- организация перераспределения потока пациентов, обращающихся с профилактической целью;
- организация перераспределения потока пациентов, обращающихся с целью получения медицинской помощи в неотложной форме.

Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России путем анализа предоставленных ОУЗ самостоятельно заполненных чек-листов в рамках самопроверки (предоставляются чек-листы по каждой МО, где имеется хотя бы одно амбулаторное структурное подразделение), а также за счет проведения выездной проверки со стороны ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России и / или ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Проверки происходят на основе чек-листов. Контроль со стороны ТО РЗН осуществляется в форме совещания с руководством ОУЗ и МО.

В случае провала проверки на любом из этапов (например, провал проверки, проводимой ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) уровень зрелости по показателю обнуляется и процесс присвоения уровня необходимо начинать с самого начала (с повторной самостоятельной проверки по чек-листам). Интервал между совещаниями ТО РЗН с руководством ОУЗ и МО должен составлять не менее 28 дней.

**Рисунок 13 – Алгоритм проверки полноты внедрения методических рекомендаций по распределению потоков пациентов**



\*Контроль со стороны ТО РЗН осуществляется в форме совещания с руководством медицинской организации по вопросу организации пациентоцентричной записи с обязательным участием ответственного должностного лица органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

**Рекомендуется к изучению:**

1.Раздел 7.1 «Организационные решения по перераспределению потоков пациентов с разными целями обращений между структурными подразделениями медицинской организации» в методических рекомендациях № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).

2.Методические рекомендации № 14-23 ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 27.09.2023).

3.МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРИОРИТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (утв. на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России от 19.04.2022 (протокол №5)).

4.Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Утверждены главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Минздрава России О.М. Драпкиной и главным внештатным специалистом по медицинской профилактике Минздрава России Л.Ю. Дроздовой 22.10.2019.

5.«Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Методические рекомендации. Издание 3-е. 2023 г.».

6.Методические рекомендации для руководителей медицинских организаций первичного звена здравоохранения. Методические рекомендации (утв. на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России (Протокол № 7 от 17.07.2021).

7.Презентация к докладу О.М. Драпкиной на вебинаре «Повышение доступности медицинской помощи в первичном звене здравоохранения» от 21.12.2022.

**Категория:** качество управления

### **7.1.1. Оценка организации перераспределения потока пациентов, обращающихся с очными запросами информации**

**Описание:**

Обращения с информационной целью – это обращения, направленные на получение информации, документации пациентами, которые могут быть обработаны без привлечения врачей участковой службы.

Выделяют следующие организационные решения, направленные на перераспределение потока пациентов, обращающихся с запросами информации:

-перераспределение потока пациентов, обращающихся с целью получения информации – предусматривает предоставление пациенту информации регистратором / администратором / сотрудником кол-центра (в зависимости от способа обращения). Если в организации наблюдается высокое число запросов информации, необходимо принять меры по информированию пациентов пассивными методами (через сайт медицинской организации, стендов с информацией и т.д.).

В медицинской организации должно быть предусмотрено надлежащее информирование пациентов о возможности и способах записи в специализированные кабинеты (подразделения)

(официальный сайт медицинской организации, информирование пациентов с правом на льготу на первичном визите, информационные стенды, ресурсы поисковых систем и др.).

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие условий для перераспределения потока пациентов, обращающихся с очными запросами информации в соответствии с чек-листом (Приложение 13) в форме самопроверки со стороны ОУЗ; контроль со стороны ТО РЗН в форме совещания с руководством ОУЗ и МО и очной проверки со стороны ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России и / или ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Что должно быть представлено:

- на первом этапе: заполненный чек-лист.

### **Масштаб: Субъект РФ**

**Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:**

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Не произведена самооценка в каждой МО по распределению потоков пациентов в части обращающихся с очными запросами информации (чек-лист для самостоятельной оценки)	Произведена самооценка в каждой МО по распределению потоков пациентов в части обращающихся с очными запросами информации (чек-лист для самостоятельной оценки)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что ранее</li> <li>• Проведено совещание ТО РЗН с руководством ОУЗ и МО по разделению потоков пациентов в части обращающихся с очными запросами информации в случайно выбранных МО (чек-лист для оценки РЗН)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Произведена выездная проверка ЦНИИОИЗ / НМИЦ ТПМ факта разделения потоков пациентов в части обращающихся с очными запросами информации в случайно выбранных МО (чек-лист для ЦНИИОИЗ)</li> </ul>

### **7.1.2. Оценка организации перераспределения потока пациентов, нуждающихся в оказании помощи в неотложной форме**

#### **Описание:**

Неотложная медицинская помощь – это помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

При классификации обращения пациента регистратором как требующего неотложной помощи пациент при очном обращении маршрутизируется в отделение (кабинет) неотложной помощи, или в случае телефонного контакта оформляется заявка на вызов медицинского сотрудника, входящего в состав отделения неотложной помощи, на дом.

Пациенты без полиса ОМС, относящегося к региону, также имеют право на получение неотложной помощи в отделении (кабинете) неотложной помощи. При удаленной записи в отделение (кабинет) неотложной помощи пациенту без ОМС необходимо в первую очередь

пройти в регистратуру, где регистратор уточнит цель визита и маршрутизирует пациента: в кабинет неотложной помощи в течение 2 ч. с момента обращения, если его состояние оценено как требующее данный вид помощи, либо, в случае если пациенту требуется плановая помощь, регистратор проинформирует пациента о действиях, необходимых для смены региона страхования или же прикрепления.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие условий для перераспределения потока пациентов, нуждающихся в оказании помощи в неотложной форме в соответствии с чек-листом (Приложение 13) в форме самопроверки со стороны ОУЗ; со стороны ТО РЗН в форме совещания с руководством ОУЗ и МО и очной проверки со стороны ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России и / или ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Что должно быть представлено:

- на первом этапе: заполненный чек-лист.

#### **Масштаб: Субъект РФ**

**Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:**

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Не произведена самооценка в каждой МО по распределению потоков пациентов в части нуждающихся в оказании помощи в неотложной форме (чек-лист для самостоятельной оценки)	Произведена самооценка в каждой МО по распределению потоков пациентов в части нуждающихся в оказании помощи в неотложной форме (чек-лист для самостоятельной оценки)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что ранее</li> <li>• Проведено совещание ТО РЗН руководством ОУЗ и МО по разделению потоков пациентов в части нуждающихся в оказании помощи в неотложной форме в случайно выбранных МО (чек-лист для оценки РЗН)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Произведена выездная проверка ЦНИИОИЗ / НМИЦ ТПМ факта разделения потоков пациентов в части нуждающихся в оказании помощи в неотложной форме в случайно выбранных МО (чек-лист для ЦНИИОИЗ)</li> </ul>

#### **7.1.3. Оценка перераспределения потока пациентов, обращающихся с профилактической целью**

##### **Описание:**

Профилактический медицинский осмотр – это осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы

диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), проходят углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период.

Пациенты, обратившиеся в медицинскую организацию с профилактической целью, маршрутизируются в кабинет / отделение медицинской профилактики.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие условий для перераспределения потока пациентов, обращающихся с профилактической целью, в соответствии с чек-листом (Приложение 13) в форме самопроверки со стороны ОУЗ; со стороны ТО РЗН в форме совещания с руководством ОУЗ и МО и очной проверки со стороны ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России и / или ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

При проведении выборочного анализа первичной медицинской документации на предмет организации начала проведения профилактических медицинских осмотров и первого этапа диспансеризации (форма 131-у), углубленной диспансеризации (амбулаторная карта пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики – не менее 3 пациентов оценивается наличие корректно заполненной медицинской документации в кабинете (отделении) медицинской профилактики.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие условий для перераспределения потока пациентов, обращающихся с профилактической целью, в соответствии с чек-листом (Приложение 13) в форме самопроверки со стороны ОУЗ; со стороны ТО РЗН в форме совещания с руководством ОУЗ и МО и очной проверки со стороны ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России и / или ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Что должно быть представлено:

- на первом этапе: заполненный чек-лист.

### **Масштаб: Субъект РФ**

**Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:**

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Не произведена самооценка в каждой МО по распределению потоков пациентов в части обращающихся с профилактической целью (чек-лист для самостоятельной оценки)	Произведена самооценка в каждой МО по распределению потоков пациентов в части обращающихся с профилактической целью (чек-лист для самостоятельной оценки)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что ранее</li> <li>• Проведено совещание ТО РЗН с руководством ОУЗ и МО по разделению потоков пациентов, обращающихся с профилактической целью в случайно выбранных МО (чек-лист для оценки РЗН)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Произведена выездная проверка ЦНИИОИЗ / НМИЦ ТПМ факта разделения потоков пациентов в части обращающихся с профилактической целью в случайно выбранных МО (чек-лист для ФГБУ «ЦНИИОИЗ»)</li> </ul>

## Показатель 7.2. Зрелость перераспределения функций между персоналом

### Описание:

Распределение функций между персоналом – это инструмент, направленный на оптимизацию нагрузки на врачей участковой службы, путем полного делегирования или частичного перераспределения обязанностей:

– из совместного ведения врача-терапевта участкового и медицинской сестры участковой - персоналу со средним медицинским образованием;

– от врача-терапевта участкового и медицинской сестры участковой – немедицинским работникам;

– от врача-терапевта участкового – персоналу со средним медицинским образованием или в совместное ведение.

Оценка перераспределения функций между персоналом состоит из проверки следующих элементов:

- Распределение функций на персонал без медицинского образования.

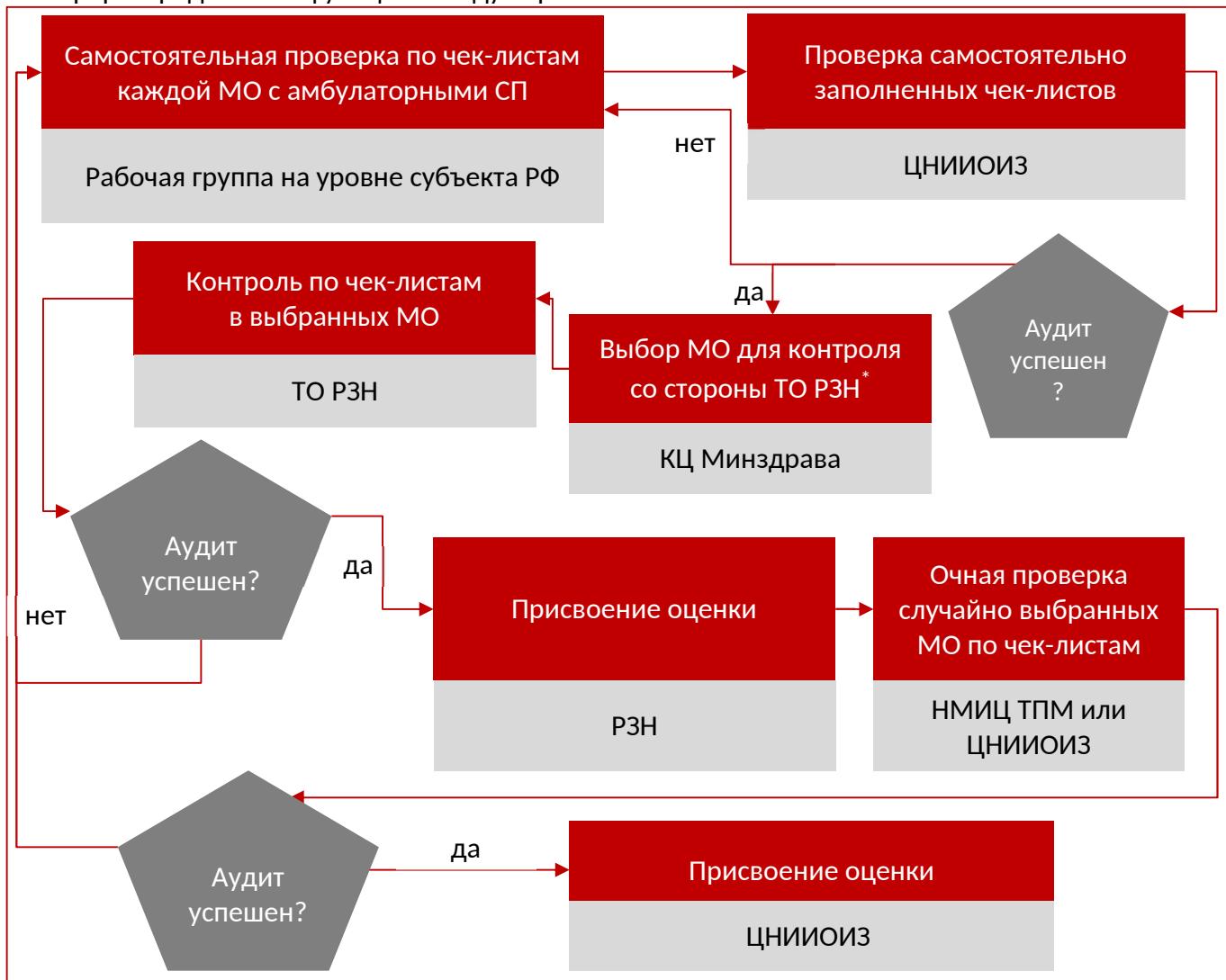
- Распределение функций на персонал со средним медицинским образованием.

- Передача функций на совместное исполнение врачам и среднему медицинскому персоналу.

Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России и РЗН путем анализа предоставленных ОУЗ самостоятельно заполненных чек-листов в рамках самопроверки (представляются чек-листы по каждой МО, где имеется хотя бы одно амбулаторное структурное подразделение), а также за счет проведения совещания ТО РЗН с руководством ОУЗ и МО по, а в последствии выездной проверки со стороны ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России и / или ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Проверки происходят на основе чек-листов.

В случае провала проверки на любом из этапов (например, провал проверки, проводимой ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) уровень зрелости по показателю обнуляется и процесс присвоения уровня необходимо начинать с самого начала (с повторной самостоятельной проверки по чек-листам). Интервал между совещаниями ТО РЗН с руководством ОУЗ и МО должен составлять не менее 28 дней.

**Рисунок 14** – Алгоритм проверки полноты внедрения методических рекомендаций по перераспределению функций между персоналом



\*Контроль со стороны ТО РЗН осуществляется в форме совещания с руководством медицинской организации по вопросу организации пациентоцентричной записи с обязательным участием ответственного должностного лица органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

### **Рекомендуется к изучению:**

- 1.Раздел 7.2 «Организационные решения по перераспределению функций между работниками медицинской организации» в методических рекомендациях № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).
  - 2.Презентация к докладу О.М. Драпкиной на вебинаре «Повышение доступности медицинской помощи в первичном звене здравоохранения» от 21.12.2022.
  - 3.Модели организации комплексного территориального участка с позиций эффективного кадрового менеджмента. Утв. 23.10.2015 решением Коллегии министерства здравоохранения Самарской области «Реализация региональной политики по обеспечению учреждений здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами. Состояние и перспективы развития»

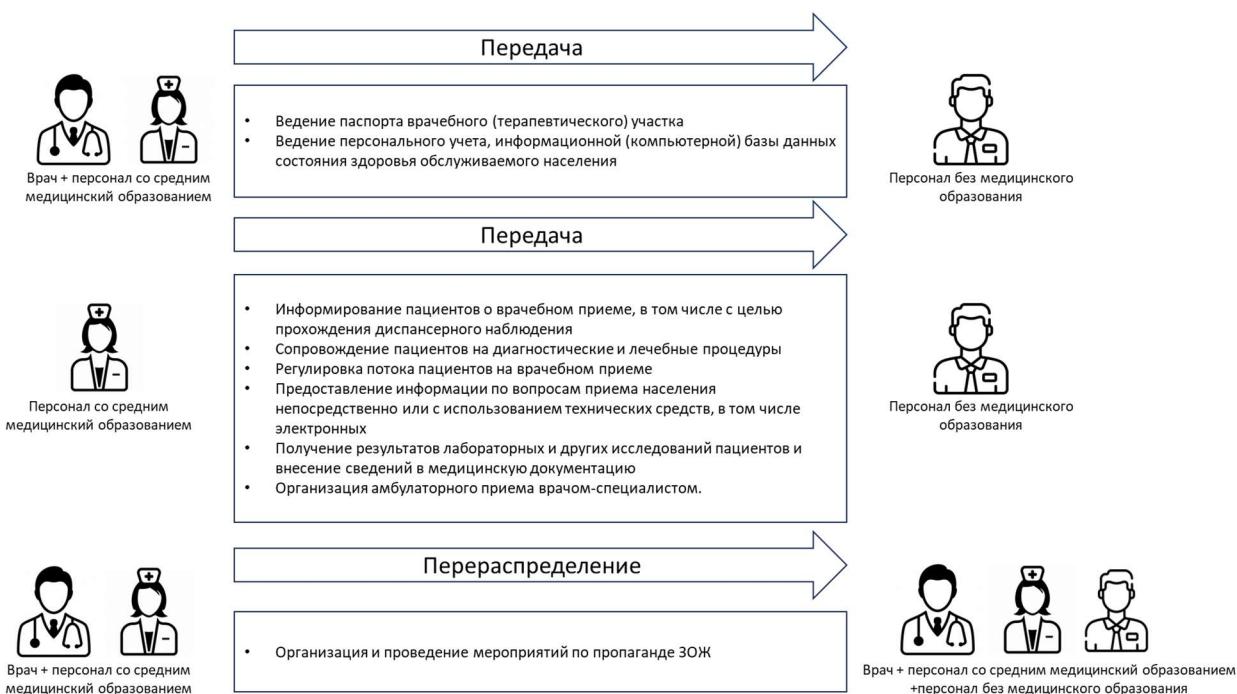
## **Категория:** Качество управления

## 7.2.1. Распределение функций на персонал без медицинского образования

### Описание:

Распределение функций на персонал без медицинского образования – это полное делегирование или частичное перераспределение функций врачей и персонала со средним медицинским образованием, не связанных непосредственно с процессом оказания медицинской помощи, но предусматривающих выполнение административных функций немедицинскими работниками, отвечающими за техническое внесение данных о пациенте, диспетчеризацию потоков пациентов, внесение сведений в электронное расписание медицинской организации, подтверждение явки пациентом, информирование пациента о предстоящем приеме, в том числе, в рамках диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения.

**Рисунок 15 – Функции, доступные для перераспределения на персонал без медицинского образования**



В рамках данного подпоказателя оценивается степень перераспределения функций в соответствии с чек-листом (Приложение 14) в форме самопроверки со стороны ОУЗ; со стороны ТО РЗН проведение совещания с руководством ОУЗ и МО и очной проверки со стороны ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Что должно быть представлено:

- на первом этапе: заполненный чек-лист.

## Масштаб: Субъект РФ

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

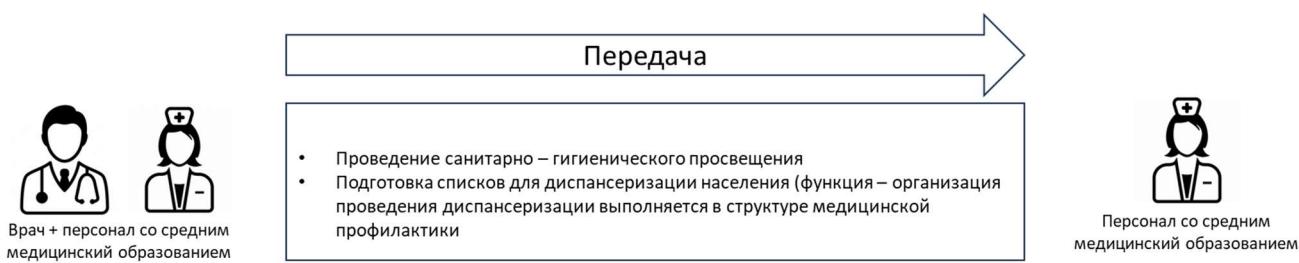
Уровень	1	2	3	4
Критерий	Не произведена самооценка в каждой МО по перераспределению функций на персонал без медицинского образования (чек-лист для самостоятельной оценки)	Произведена самооценка в каждой МО по перераспределению функций на персонал без медицинского образования (чек-лист для самостоятельной оценки)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что ранее</li> <li>• Проведено совещание ТО РЗН с руководством ОУЗ и МО по степени перераспределения функций на персонал без медицинского образования в случайно выбранных МО (чек-лист для оценки РЗН)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Произведена выездная проверка ЦНИИОИЗ / НМИЦ ТПМ степени перераспределения функций на персонал без медицинского образования в случайно выбранных МО (чек-лист для ЦНИИОИЗ)</li> </ul>

### 7.2.2. Распределение функций на персонал со средним медицинским образованием

#### Описание:

Распределение функций на персонал со средним медицинским образованием – это полное делегирование части функций врача на персонал со средним медицинским образованием (с учетом действующих нормативных правовых актов).

**Рисунок 16** – Функции, доступные для перераспределения на персонал без медицинского образования



В рамках данного подпоказателя оценивается степень перераспределения функций в соответствии с чек-листом (Приложение 14) в форме самопроверки со стороны ОУЗ; проведение совещания ТО РЗН с руководством ОУЗ и МО и очной проверки со стороны ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России и / или ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Что должно быть представлено:

- на первом этапе: заполненный чек-лист.

## Масштаб: Субъект РФ

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

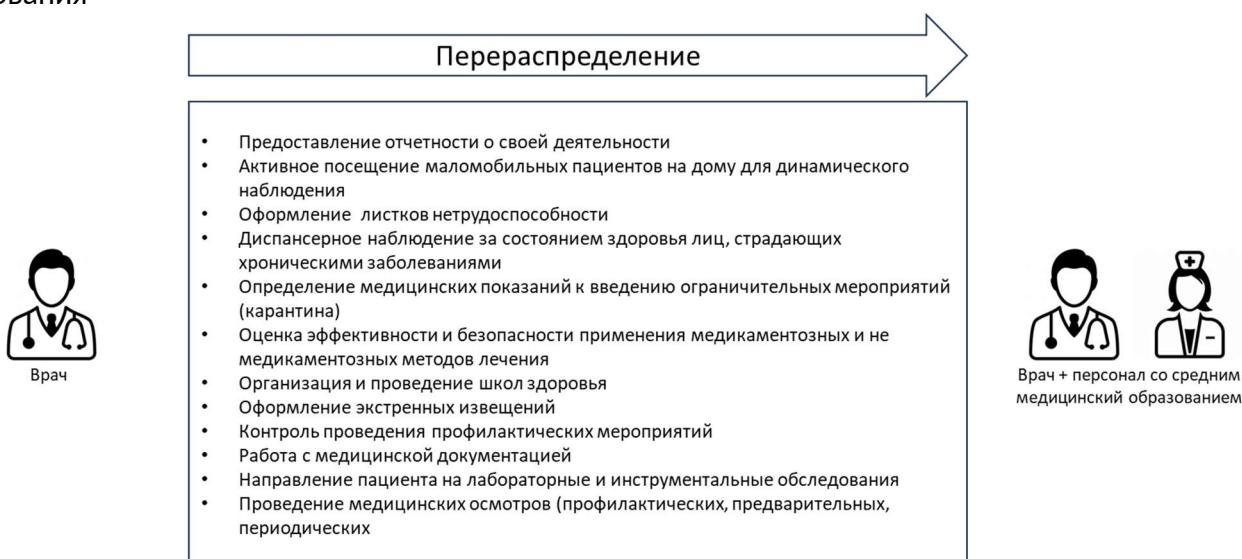
Уровень	1	2	3	4
Критерий	Не произведена самооценка в каждой МО по перераспределению функций на персонал со средним медицинским образованием (чек-лист для самостоятельной оценки)	Произведена самооценка в каждой МО по перераспределению функций на персонал со средним медицинским образованием (чек-лист для самостоятельной оценки)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что ранее</li> <li>• Проведено совещание ТО РЗН с руководством ОУЗ и МО о степени перераспределения функций на персонал со средним медицинским образованием в случайно выбранных МО (чек-лист для оценки РЗН)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Произведена выездная проверка ЦНИИОИЗ / НМИЦ ТПМ степени перераспределения функций на персонал со средним медицинским образованием в случайно выбранных МО (чек-лист для ЦНИИОИЗ)</li> </ul>

### 7.2.3. Передача функций на совместное исполнение врачам и среднему медицинскому персоналу

#### Описание:

Передача функций на совместное исполнение врачам и среднему медицинскому персоналу – это частичное перераспределение функций между врачами и персоналом со средним медицинским образованием (с учетом действующих нормативных правовых актов).

**Рисунок 17 – Функции, доступные для перераспределения на персонал без медицинского образования**



В рамках данного подпоказателя оценивается степень перераспределения функций в соответствии с чек-листом (Приложение 14) в форме самопроверки со стороны ОУЗ; проведение совещания ТО РЗН с руководством ОУЗ и МО и очной проверки со стороны ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Что должно быть представлено:

- на первом этапе: заполненный чек-лист.

**Масштаб: Субъект РФ**

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Не произведена самооценка в каждой МО по перераспределению функций на совместное выполнение врачам и среднему медицинскому персоналу (чек-лист для самостоятельной оценки)	Произведена самооценка в каждой МО по перераспределению функций на совместное выполнение врачам и среднему медицинскому персоналу (чек-лист для самостоятельной оценки)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что ранее</li> <li>• Проведено совещание ТО РЗН с руководством ОУЗ и МО о степени перераспределения функций на совместное выполнение врачам и среднему медицинскому персоналу в случайно выбранных МО (чек-лист для оценки РЗН)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Произведена выездная проверка ЦНИИОИЗ / НМИЦ ТПМ степени перераспределения функций на совместное выполнение врачам и среднему медицинскому персоналу в случайно выбранных МО (чек-лист для ЦНИИОИЗ)</li> </ul>

## Область 8: Валидация пользователей и техническая настройка сервисов записи

### Описание:

Процесс записи к врачу через ЕПГУ начинается с этапа валидации пациента и проверки наличия у него прикрепления к МО в субъекте РФ.

Для организации записи к врачу через ЕПГУ для получения плановой помощи необходимо выполнение следующих условий и мероприятий:

#### со стороны ОУЗ:

-корректно развернутый и настроенный сервис валидации, соответствующий требованиям методических рекомендаций КУ ФЭР или методических рекомендаций программного обеспечения «Витрина данных», а также обеспечение его технической работоспособности;

-доступ к выверенной базе данных прикреплений пациентов.

#### со стороны пациента:

-наличие подтвержденной учетной записи ЕСИА для авторизации на ЕПГУ;

-наличие полиса обязательного медицинского страхования;

-наличие действующего прикрепления к МО в субъекте РФ, в котором выполняется запись на прием.

Проблемы возникают у пациентов при попытке записи, если ОУЗ имеет невыверенную базу данных прикреплений, т.е. информация в ней содержит ошибки в личных данных пациента или в идентификаторе МО прикрепления. Для исправления данной проблемы необходимо организовать регулярную выверку базы данных прикрепления, которая используется при валидации пользователя.

Важно отметить, что при корректно выстроенном процессе валидации при отсутствии прикрепления в субъекте РФ пациент не сможет записаться на получение плановой помощи. Это в свою очередь приводит к тому, что пациенты, у которых нет прикрепления к МО (является ли он постоянным жителем субъекта или временно пребывает на территории субъекта) при попытке записи через ЕПГУ будут получать ошибку валидации. В таких случаях рекомендуется настроить валидацию таким образом, чтобы гражданам без прикрепления в субъекте предлагалось записаться в специальные структурные подразделения, обозначающие кабинеты неотложной помощи.

### Уровни зрелости:

Уровень	1	2	3	4
Описание	Не все сервисы записи доступны на ЕПГУ из числа разработанных	Все сервисы записи доступны на ЕПГУ из числа разработанных, а также корректно настроена фильтрация МО	<ul style="list-style-type: none"><li>• Все, что ранее</li><li>• Разработан регламент регулярной сверки информации о прикрепленном населении между ТФОМС и ОУЗ, соответствующий требованиям (чек-лист)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Все что ранее</li><li>• Доступна возможность записи в кабинет неотложной помощи для пациентов, не имеющих прикрепления на территории субъекта РФ</li><li>• Утвержден регламент технического мониторинга сервисов</li></ul>

## Показатель 8.1. Зрелость технического обеспечения сервисов записи

### Описание:

Минздравом России определен перечень сервисов, которые должны быть доступны для записи через ЕПГУ. Запись через эти сервисы возможна в случаях корректной настройки ГИС СЗ субъекта в соответствии с методическими рекомендациями, а также при обеспечении технической работоспособности сервисов и информационной инфраструктуры.

Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России за счет технических проверок работоспособности сервисов, самостоятельного анализа качества работы сервиса валидации и оценки утвержденного регламента по выверке населения.

#### Рекомендуется к изучению:

1.Методические рекомендации по обеспечению взаимодействия ГИС СЗ с ФЭР для подключения к услугам «Запись на прием к врачу» и «Вызов врача на дом».

(Доступ: <https://portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/541>)

2.Методические рекомендации по обеспечению взаимодействия государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации с программным обеспечением «Витрина данных» и подсистемой «Федеральная электронная регистратура» единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения с целью обеспечения единого порядка предоставления услуг (сервисов) посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

3.Раздел 11 «Организация записи на прием к врачу пациентов без прикрепления» в методических рекомендациях №12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).

### Категория: качество управления

#### 8.1.1. Доступность сервисов записи, а также регулирование вопроса записи для пациентов из других субъектов РФ

### Описание:

Запись через ЕПГУ может происходить как через технологию КУ ФЭР, так и через технологию «Витрины данных ЕПГУ». Независимо от того, какая технология применяется, любой пациент должен иметь техническую возможность воспользоваться определенным перечнем корректно настроенных сервисов:

- Запись для прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации;
- Запись на углубленную диспансеризацию;
- Запись по направлению;
- Вызов врача на дом;
- Фильтрация;
- Прикрепление онлайн.

Следует отметить, что обеспечение постоянной работоспособности сервисов в первую очередь будет требовать постоянного технического мониторинга, для организации которого требуется разработать регламент и сформировать специальную группу лиц из числа сотрудников МИАЦ или ОУЗ, а также представителей вендора, отвечающих за технический мониторинг.

Отдельно следует отметить, что при корректно выстроенном процессе валидации при отсутствии прикрепления в субъекте РФ пациент не сможет записаться на получение плановой помощи. Это в свою очередь приводит к тому, что пациенты, у которых нет прикрепления к медицинской организации (является ли он постоянным жителем субъекта или временно пребывает на территории субъекта) при попытке записи через ЕПГУ будут получать ошибку валидации. В таких случаях рекомендуется настроить валидацию таким образом, чтобы гражданам без прикрепления в субъекте предлагалось записаться в специальные структурные подразделения, обозначающие кабинеты неотложной помощи. При этом для того, чтобы избежать нарушения маршрутизации внутри МО, по факту такая запись должна означать, что пациент записывается к регистратору: по прибытии в медицинскую организацию пациент подходит к регистратору, который и определяет куда именно должен быть направлен пациент - в кабинет неотложной помощи, в кабинет прикрепления или же, после корректировки информации в базе данных прикреплений, должен быть записан на плановое оказание помощи.

В рамках данного подпоказателя КЦ Минздрава России оценивает наличие доступа у пациента к вышеобозначенным сервисам (по данным федерального Минздрава России), возможность записи для пациентов без прикрепления, а также наличие и качество регламента постоянного технического мониторинга сервисов записи (оценка регламента в соответствии с чек-листом из Приложения 15).

Что должно быть представлено:

- утвержденный регламент постоянного технического мониторинга сервисов записи.

### **Масштаб: Субъект РФ**

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Не обеспечена работоспособность 4 из 6 сервисов	Обеспечена работоспособность 4 из 6 сервисов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Утвержден регламент постоянного технического мониторинга сервисов записи, соответствующий критериям качества</li> <li>• Обеспечена работоспособность 6 из 6 сервисов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Доступна возможность записи в кабинет неотложной помощи для пациентов, не имеющих прикрепления на территории субъекта РФ</li> </ul>

## Показатель 8.2. Зрелость выверки базы данных прикрепления ГИС СЗ субъекта РФ

### Описание:

Сопоставление и синхронизация сведений о прикреплении граждан к медицинским организациям, а также их персональных данных являются важными аспектами для обеспечения точной информации об оказанной медицинской помощи гражданам и возможности успешной записи на прием к врачам.

Выверку базы данных прикреплений можно разделить на следующие шаги:

1. Сверка информации между ГИС СЗ субъекта РФ (используется для валидации пациентов при записи) и ТФОМС по следующим параметрам:

- а) сверка персональных данных (Ф.И.О., СНИЛС и дата рождения);
- б) сведения о прикреплении к МО. Процедура проводится путем обмена пакетами данных по утвержденной структуре.

2. Выявление расхождений, типизированных по следующим категориям:

- реестровый номер прикрепления застрахованных лиц (далее – ЗЛ) к МО не совпадает с данными;
- расхождение учетных данных ЗЛ хотя бы по одному из реквизитов (Ф.И.О., дата рождения);
- закрытые полисы по причине смерти;
- данные, отсутствующие в РС ЕРЗ;
- сведения о прикреплении ЗЛ к МО, не включенным на 2023 год в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;
- учтенные в РС ЕРЗ, но отсутствующие в информационных пакетах ОУЗ.

3. Принятие решений в части того, какие данные считаем за мастер-данные по каждому расхождению на основе утвержденных алгоритмов.

Необходимо утвердить регламент, устанавливающий правила процедур, происходящих на каждом из трех шагов, а также закрепляющий ответственность за каждый шаг регулярной выверки баз данных прикреплений.

### Рекомендуется к изучению:

1. Письмо Минздрава России (от 31.08.2023 № 18-2/И/2-15834) и ФФОМС (от 31.08.2023 № 00-10-92-06/13964) «Об обеспечении полного сопоставления и синхронизации сведений о прикреплении граждан к медицинским организациям, содержащихся в региональных государственных информационных системах и содержащихся в базах территориальных фондов обязательного медицинского страхования».

**Категория:** качество управления

## 8.2.1. Наличие регламента регулярной сверки информации о прикреплении пациентов к медицинским организациям

### Описание:

Порядок проведения сверки информации между ГИС СЗ субъекта РФ должен быть закреплен соответствующим регламентом, утвержденным руководителем ОУЗ и руководителем ТФОМС (совместно).

В данном регламенте должны закрепляться следующие положения:

1. Порядок обмена данными, включающий описание механизма передачи данных, сроки и состав данных. При этом регламент может расширять состав данных, указанный в письме Минздрава России (от 31.08.2023 № 18-2/И/2-15834) и ФФОМС (от 31.08.2023 № 00-10-92-06/13964) «Об обеспечении полного сопоставления и синхронизации сведений о прикреплении граждан к медицинским организациям, содержащихся в региональных государственных информационных системах и содержащихся в базах территориальных фондов обязательного медицинского страхования», но в остальном не противоречить данному письму. При этом обмен данными должен происходить ежемесячно.

2. Порядок анализа данных с целью выявления расхождений, который тоже не противоречит положениям письма Минздрава России (от 31.08.2023 № 18-2/И/2-15834) и ФФОМС (от 31.08.2023 № 00-10-92-06/13964).

3. Алгоритм синхронизации данных в случае выявления расхождений. Рекомендуется использовать следующие правила для синхронизации (но могут быть добавлены и иные правила синхронизации):

Тип случая	Подробная ситуация	Порядок синхронизации
Прикрепление есть в ГИС СЗ субъекта РФ, нет в РС ЕРЗЛ	Посещали МО по данным ГИС СЗ субъекта РФ	Взять прикрепление в РС ЕРЗЛ по данным ГИС СЗ субъекта РФ, если регион страхования согласно ФЕРЗЛ не иной (иначе ручной разбор)
	Не посещали МО по данным ГИС СЗ субъекта РФ, но есть заявление на прикрепление в ГИС СЗ субъекта РФ	Закрыть прикрепление в ГИС СЗ субъекта РФ
	Не посещали МО по данным ГИС СЗ субъекта РФ, нет заявления на прикрепление в ГИС СЗ субъекта РФ	
Прикрепление есть в ГИС СЗ субъекта РФ, полис снят с учета в РС ЕРЗЛ	Пациент умер по данным ЕГР ЗАГС	
	Сменил территорию страхования по данным ФЕРЗЛ	
	Иное	Ручной разбор
Есть в РС ЕРЗЛ, нет в ГИС СЗ субъекта РФ		Взять прикрепление в ГИС СЗ субъекта РФ по данным РС ЕРЗЛ
Прикрепление есть в ГИС СЗ субъекта РФ и есть РС ЕРЗЛ	Не посещал МО + в ГИС СЗ субъекта РФ есть скан заявления + в РС ЕРЗЛ нет	Взять прикрепление в РС ЕРЗЛ по данным ГИС СЗ субъекта РФ, если регион страхования согласно ФЕРЗЛ не иной (иначе ручной разбор)
	Не посещал МО + в ГИС СЗ субъекта РФ скан заявления есть + в РС ЕРЗЛ скан заявления есть + в ГИС СЗ субъекта РФ дата прикрепления больше	
	Не посещал МО + в РС ЕРЗЛ есть скан заявления + в ГИС СЗ субъекта РФ нет	Взять прикрепление в ГИС СЗ субъекта РФ по данным РС ЕРЗЛ
	Не посещал МО + в ГИС СЗ субъекта РФ скан заявления есть + в РС ЕРЗЛ скан заявления есть + в РС ЕРЗЛ дата прикрепления больше	
Иное		Ручной разбор

В рамках данного подпоказателя КЦ Минздрава России оценивает по чек-листву (Приложение 15) наличие и качество утвержденного регламента проведения сверки между ГИС СЗ субъекта и ТФОМС, а также отслеживает величину рассинхронизации, выявленную в рамках проведения сверочных мероприятий, на основе данных ФОМС.

Что должно быть представлено:

- утвержденный регламент проведения сверки между ГИС СЗ субъекта и ТФОМС.

**Масштаб: Субъект РФ**

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Утвержденный регламент не представлен	Утвержденный регламент представлен, но в нем отсутствует соответствующие критериям качества описание алгоритм синхронизации данных, в случае выявления расхождений	Утвержденный регламент представлен, и он полностью соответствует критериям качества	<ul style="list-style-type: none"><li>• Все что ранее</li><li>• Последние 3 месяца рассинхронизация данных не превышает 1 %</li></ul>

## Область 9: Механизмы обратной связи

### Описание:

Механизмы обратной связи – это меры передачи информации от медицинской организации пациенту и получение ответа от пациента. За 24 - 48 часов до визита медицинская организация или кол-центр осуществляют контакт с пациентом (обзвон, смс, мессенджеры) с целью информирования о предстоящем визите и получения подтверждения от пациента о готовности прийти на него. Обратная связь играет важную роль как этап после записи пациента через ЕПГУ, РПГУ или инфомат. В данном случае одновременно с информированием о предстоящем визите выясняется цель посещения медицинской организации, что так же исключается ошибочные записи.

Рекомендуется ставить отметку в МИС об информировании пациента. При отсутствии функционала отметки об информировании контроль должен быть доступен на основании оценки соотношения числа записанных на следующий день пациентов и числа исходящих вызовов в адрес пациента с целью информирования (повторные звонки не суммируются), которое должно стремиться к единице.

После подтверждения пациентом готовности к визиту в зарезервированное время нужно еще раз сообщить ему информацию о деталях записи: дату, время, дополнительные условия, наименование и адрес учреждения.

Механизмы обратной связи могут быть использованы в следующих целях:

-актуализация расписания (предварительное подтверждение пациентом возможности прийти на визит);

-снижение нагрузки на врачей (исключение некорректных записей к специалистам, в том числе с целью получения справок или информации – перенаправление пациентов в соответствующие кабинеты);

-информирование о готовности результатов инструментальной и лабораторной диагностики;

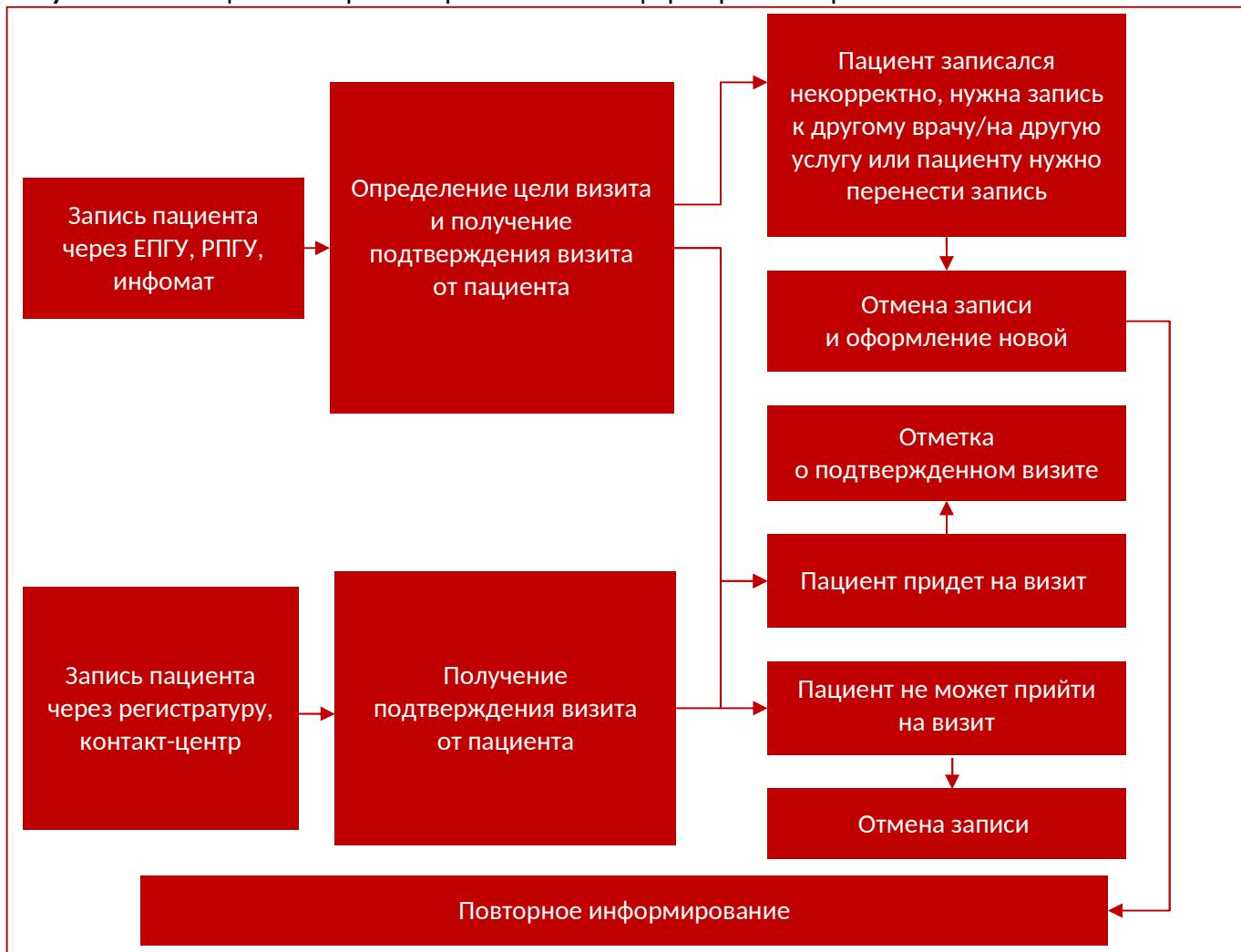
-напоминание о необходимости явки на прием с целью диспансерного наблюдения;

-сбор данных о динамике состояния здоровья при курации пациента по телефону и других случаях.

При общении с пациентом необходимо использовать скрипты разговора или речевые модули, что позволяет грамотно выстроить ответы на любые возражения, четко и убедительно сформулировать преимущества того или иного предложения, тактично работать с жалобами.

Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России и РЗН путем анализа предоставленных ОУЗ самостоятельно заполненных чек-листов в рамках самопроверки, а также за счет проведения проверки со стороны сотрудников ТО РЗН. Проверки происходят на основе чек-листов.

**Рисунок 18 – Общая схема роли обратной связи в формировании расписания**



**Уровни зрелости:**

Уровень	1	2	3	4
Описание	<p>Не произведена самооценка механизма обратной связи со стороны ОУЗ (в соответствии с чек-листом)</p> <p>или</p> <p>Самооценка механизма обратной связи со стороны ОУЗ была не успешна (в соответствии с чек-листом)</p>	<p>Успешно произведена самооценка механизма обратной связи со стороны ОУЗ (в соответствии с чек-листом)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все, что ранее</li> <li>• Произведена успешная проверка ТО РЗН с целью проверки соответствия технического обеспечения механизма обратной записи заявленному при самооценки уровню (в соответствии с чек-листом)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Произведена проверка работоспособности механизма обратной связи методом «тайного пациента» ТО РЗН (в соответствии с чек-листом)</li> </ul>

## Показатель 9.1. Зрелость процессов адресного информирования пациентов

### Описание:

Механизмы информирования и получения информации могут быть реализованы посредством:

-проактивного информирования по телефону оператором кол-центра или регистратором (звонки, смс, мессенджеры);

-с применением роботизированных сервисов обзыва, смс и другими автоматизированными способами (чат-боты).

Дублирующим механизмом информирования пациента о предстоящей записи является информирование SMS или сообщениями в мессенджерах. Сервис рассылки следует интегрировать в МИС, для автоматического формирования списков пациентов, подлежащих информированию, передачи номеров телефонов и направления сообщений пациентам. Не рекомендуется «ручное» формирование списка.

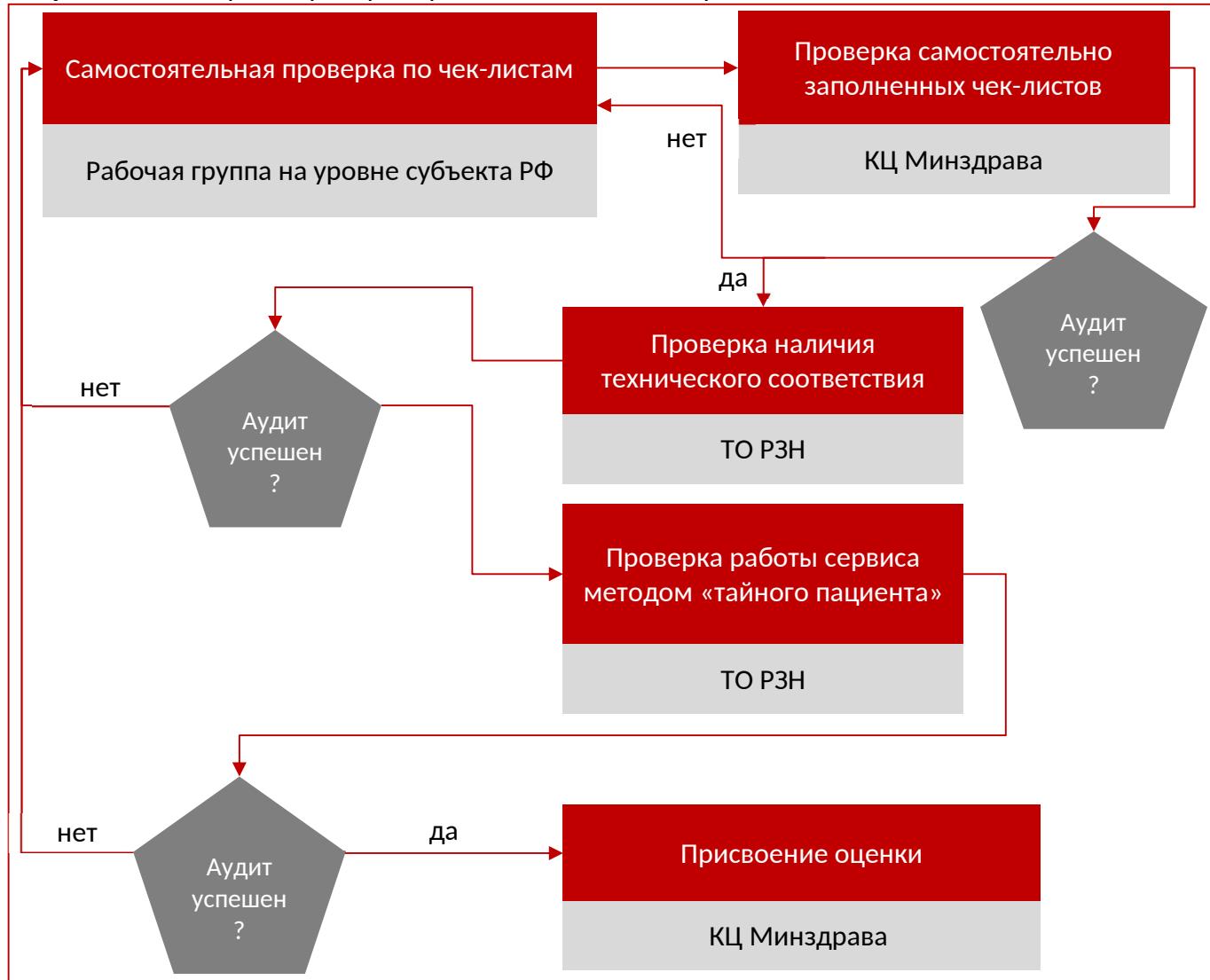
В результате организации процесса предварительного информирования пациента о записи возникнет некоторое количество вакантных слотов в расписании, для их эффективной утилизации необходимо использовать механизм «лист ожидания».

В случае, если в регионе реализовано анкетирование после записи на прием к врачу до визита в медицинскую организацию с передачей данных анкетирования в медицинскую информационную систему для последующего включения результатов анкетирования в электронную медицинскую карту пациента, рекомендуется при проведения анкетирования охватывать все должности медицинских работников из 14 «основных должностей», доступных для записи на прием к врачу посредством дистанционных источников записи (врач общей практики (семейный врач), врач-оториноларинголог, врач-педиатр участковый, врач-детский хирург, врач-акушер-гинеколог, врач-терапевт участковый, врач-стоматолог детский, врач-стоматолог, врач-хирург, врач-физиатр, врач-офтальмолог, врач-стоматолог-терапевт), кроме должностей врачей: врач-психиатр-нарколог и врач-психиатр детский (подростковый). Результаты анкетирования (жалобы или анамнез) доступны врачу при проведении приема пациента. Рекомендуемые услуги (сервисы) для проведения анкетирования после записи на услугу до визита к врачу: «Запись на прием к врачу», «Запись для прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации», «Запись на углубленную диспансеризацию при COVID-19»

Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России и РЗН путем анализа предоставленных ОУЗ самостоятельно заполненных чек-листов в рамках самопроверки, а также за счет проведения проверки со стороны сотрудников ТО РЗН. Проверка со стороны ТО РЗН состоит из двух этапов: заполнение чек-листа в части проверки наличия заявленного функционала, а в случае подтверждения информации ТО РЗН производит проверку методом «тайного пациента» – записывается через ЕПГУ в несколько случайных медицинских организаций и оценивает работу механизма обратной связи.

В случае провала проверки на любом из этапов (например, провал проверки, проводимой ТО РЗН методом «тайного пациента») уровень зрелости по показателю обнуляется и процесс присвоения уровня необходимо начинать с самого начала (с повторной самостоятельной проверки по чек-листам). Интервал между проверками ТО РЗН должен составлять минимум 28 дней.

**Рисунок 19 – Алгоритм проверки зрелости механизма обратной связи**



**Рекомендуется к изучению:**

1.Раздел 9.3 методических рекомендаций № 19-23 «Организация контакт-центра в медицинских организациях» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 28.11.2023).

2.Раздел 6 методических рекомендаций №12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).

**Категория:** технический

## 9.1.1. Развитость технических инструментов адресного информирования пациентов

### Описание:

Технические инструменты адресного информирования представляют собой совокупность средств, с помощью которых в субъекте РФ осуществляется механизм обратной связи с пациентами.

Оценивается:

- наличие и тип механизма обратной связи (ручной или автоматизированный);
- доля медицинских организаций, осуществляющих информирование пациентов;
- интеграция механизмов информирования с МИС в целях определения списка пациентов (с Ф.И.О. и телефонами), с которыми нужно связаться;
- наличие в МИС технической возможности отмечать визиты, по которым осуществлен предварительный контакт;
- наличие автоматического дублирующего механизма обратной связи после первого контакта с пациентом.

В рамках данного подпоказателя оценивается уровень зрелости процессов адресного информирования пациентов в соответствии с чек-листом (Приложение 16) в форме самопроверки со стороны ОУЗ; проверки со стороны ТО РЗН в двух видах: проверка наличия заявленной инфраструктуры и проверка работоспособности сервиса методом «тайного пациента».

Что должно быть представлено:

- на первом этапе: заполненный чек-лист.

### Масштаб: Субъект РФ

Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	<p>Не произведена самооценка механизма обратной связи со стороны ОУЗ (в соответствии с чек-листом)</p> <p>или</p> <p>Самооценка механизма обратной связи со стороны ОУЗ была не успешна (в соответствии с чек-листом)</p>	<p>Успешно произведена самооценка механизма обратной связи со стороны ОУЗ (в соответствии с чек-листом)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Все, что ранее</li><li>• Произведена успешная проверка ТО РЗН с целью проверки соответствия технического обеспечения механизма обратной записи заявленному при самооценки уровню (в соответствии с чек-листом)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Все что ранее</li><li>• Произведена проверка работоспособности механизма обратной связи методом «тайного пациента» со стороны ТО РЗН (в соответствии с чек-листом)</li></ul>

## Область 10: Лист ожидания

### Описание:

Лист ожидания – инструмент, позволяющий фиксировать информацию о необходимости записи граждан в медицинские организации при отсутствии вакантных слотов в расписании с последующей записью в случае появления освободившегося слота (например, в случае отмены записи другим пациентом).

Внедрение данного механизма позволяет значительно снизить риск того, что пациент не получит медицинскую помощь в сроки, установленные Программой государственных гарантий, и, как следствие, приводит к повышению удовлетворенности медицинской помощью.

Зрелость листа ожидания зависит от следующих параметров:

- наличие единого электронного листа ожидания;
- наличие механизмов автоматического управления листом ожидания;
- степень внедрения листа ожидания в медицинских организациях;
- наличие маршрутизации между МО в случаях недоступности ПМСП в МО прикрепления и наличии свободных слотов в другой МО.

### Уровни зрелости:

Уровень	1	2	3	4
Описание	Лист ожидания ведется на бумаге или отсутствует	Электронный лист ожидания (но не единый) ведется в более чем 80 % МО (подтверждено ТО РЗН)	Единый электронный лист ожидания для всех МО, оказывающих ПМСП (подтвержден о ТО РЗН)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Единый электронный лист ожидания для всех МО, оказывающих ПМСП (подтверждено ТО РЗН)</li><li>• Наличие всех требуемых механизмов автоматического управления листом ожидания (подтверждено ТО РЗН)</li><li>• В субъекте РФ нормативно закреплена возможность межучрежденческих расчетов при маршрутизации пациентов из одного МО в другое при отсутствии свободных лотов.</li></ul>

### Показатель 10.1. Зрелость технического обеспечения функционирования листа ожидания

#### Описание:

Техническое обеспечение функционирования листа ожидания позволяет автоматизировать процессы учета и записи пациентов, управления очередью, а также мониторинг и анализ времени ожидания пациентов, оптимизировать работу персонала и сократить время ожидания пациентов на прием к врачу. Усовершенствование технического обеспечения позволяет существенно повысить эффективность работы медицинской организации и улучшить качество обслуживания пациентов.

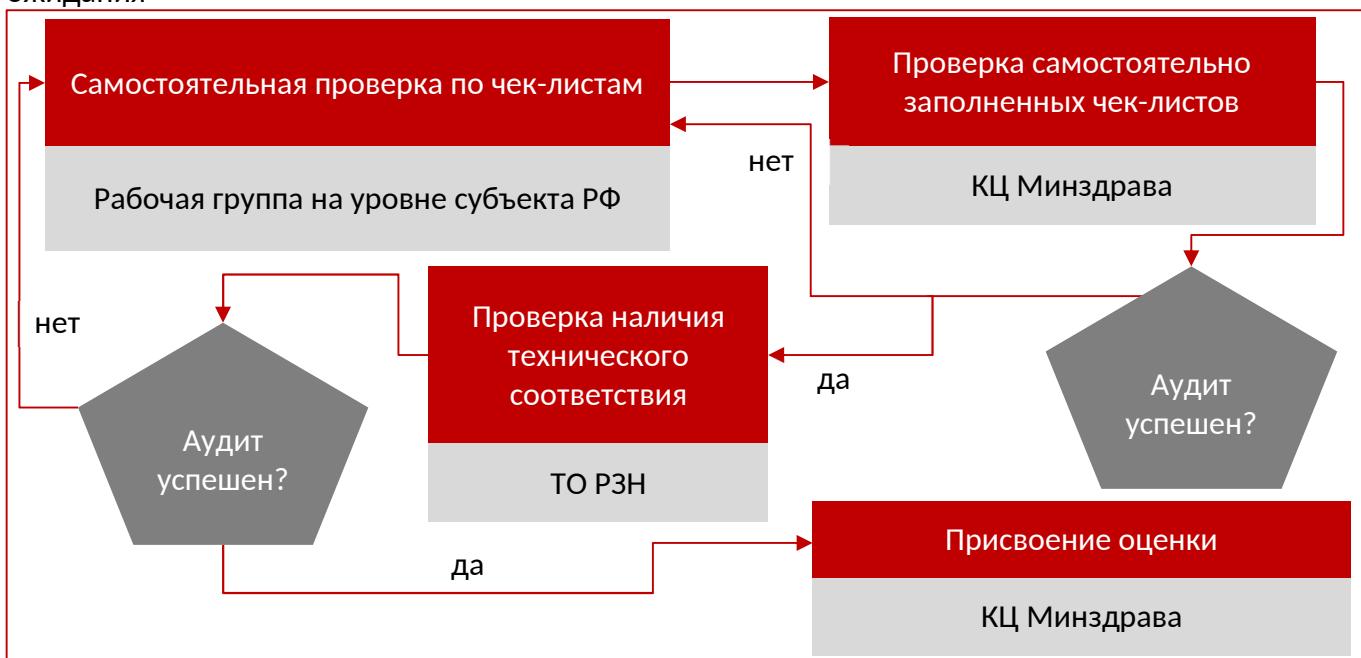
Элементы оценки зрелости технического обеспечения функционирования листа ожидания включают в себя:

- наличие единого электронного листа ожидания в каждой МО, оказывающей ПМСП.
- наличие механизмов автоматического управления листами ожидания:
  - интеграция листа ожидания с МИС и единым информационным пространством;
  - уведомление пользователей о появлении свободных слотов;
  - автоматическая цветовая индикация пациентов в соответствии с длительностью их нахождения в листе ожидания и сроками ожидания медицинской помощи;
  - уведомление пользователей о приближении максимального срока ожидания пациентом медицинской помощи;
  - автоматическая смена статуса заявки в листе ожидания при записи пациента.

Соответствие рекомендациям проверяется КЦ Минздрава России путем анализа предоставленных ОУЗ самостоятельно заполненных чек-листов в рамках самопроверки, а также за счет проведения проверки со стороны сотрудников ТО РЗН. Проверка со стороны ТО РЗН заключается в проверки наличия заявленного функционала.

В случае провала проверки на любом из этапов (например, провал проверки, проводимой ТО РЗН) уровень зрелости по показателю обнуляется и процесс присвоения уровня необходимо начинать с самого начала (с повторной самостоятельной проверки по чек-листам). Интервал между проверками ТО РЗН должен составлять минимум 28 дней

**Рисунок 20 – Алгоритм проверки зрелости технического обеспечения функционирования листа ожидания**



**Рекомендуется к изучению:**

1.Раздел 5.3 методических рекомендаций № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное)

**Категория:** технический

## 10.1.1. Единый электронный лист ожидания

### Описание:

Для эффективного функционирования списка ожидания важно, чтобы он был централизованным, то есть доступным для всех медицинских организаций в регионе. Это обеспечивает несколько преимуществ:

1. исключается возможность записи одного пациента в несколько списков ожидания одновременно.
2. у ОУЗ есть возможность мониторировать время ожидания по всем медицинским организациям
3. пациент может быть записан в медицинскую организацию не по критерию наличия прикрепления к медицинской организации, а по критерию наличия свободных слотов по должностям врача, к которому требуется записаться гражданину.

Механизм листа ожидания должен быть внедрен во всех медицинских организациях, оказывающих ПМСП. Единый электронный лист ожидания предполагает использование его во всех медицинских организациях субъекта РФ.

В рамках данного подпоказателя оценивается уровень внедрения единого электронного листа ожидания в медицинские организации в соответствии с чек-листом (Приложение 17) в форме самопроверки со стороны ОУЗ и проверки со стороны ТО РЗН.

Что должно быть представлено:

- На первом этапе: заполненный чек-лист.

### Масштаб: Субъект РФ

#### Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	<p>Ведется на бумаге или отсутствует</p> <p>или</p> <p>Электронный лист ожидания (но не единый), и ведется в менее чем 80 % МО</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Электронный лист ожидания (но не единый) ведется в более чем 80 % МО</li><li>• Информация подтверждена ТО РЗН</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Электронный лист ожидания (но не единый)</li><li>• Ведется во всех МО</li><li>• Информация подтверждена ТО РЗН</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Единый электронный лист ожидания для всех МО, оказывающих ПМСП</li><li>• Информация подтверждена ТО РЗН</li></ul>

## 10.1.2. Наличие механизмов автоматического управления листом ожидания

### Описание:

Для эффективной работы списка ожидания важно, чтобы техническое обеспечение было зрелым. Вот основные критерии для оценки зрелости технического обеспечения функционирования списка ожидания:

—интеграция с МИС и единым информационным пространством: необходима для отслеживания изменений в наличии свободных мест в реальном времени.

—уведомления пользователей: важно, чтобы работники, управляющие списком ожидания, получали уведомления о появлении свободных мест для записи пациентов (в случае централизованной модели записи появление свободных слотов должно отображаться по всем медицинским организациям с целью возможно маршрутизации пациента);

—цветовая индикация: рекомендуется использовать цветовую маркировку для обозначения длительности ожидания пациентов и сроков медицинской помощи;

—уведомления о приближении максимального срока ожидания: важно предупреждать пользователей о приближающемся максимальном сроке ожидания пациентов;

—автоматическое обновление статуса заявки: рекомендуется автоматически изменять статус заявки с "в списке ожидания" на "записано", когда пациент записывается к нужному специалисту.

В рамках данного подпоказателя оценивается наличие механизмов автоматического управления листом ожидания в соответствии с чек-листом (Приложение 17) в форме самопроверки со стороны ОУЗ и проверки со стороны ТО РЗН.

Что должно быть представлено:

- На первом этапе: заполненный чек-лист.

### Масштаб: Субъект РФ

#### Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:

Уровень	1	2	3	4
Критерий	Не реализован ни один из 5 механизмов автоматического управления листом ожидания	<ul style="list-style-type: none"><li>•Произведена интеграция с МИС и единым информационным пространством</li><li>•Информация подтверждена ТО РЗН</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Все что ранее</li><li>•Внедрены еще 2 механизма из 4</li><li>•Информация подтверждена ТО РЗН</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Реализованы все 5 рекомендуемых механизмов автоматического управления листом ожидания</li><li>•Информация подтверждена ТО РЗН</li></ul>

## Показатель 10.2. Зрелость построения маршрутизации между медицинскими организациями

### Описание:

В целях соблюдения сроков оказания медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий, необходимо организовать процесс маршрутизации пациента из одной медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в другую при отсутствии слотов.

С этой целью необходимо:

- сформировать перечни медицинских организаций, между которыми допустима маршрутизация;
- организовать возможность межучережденческих расчетов;
- рекомендуется обеспечить доступ к электронной медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, при обращении к ней из любой медицинской организации.

Соответствие рекомендациям проверяется ФГБУ «ЦНИИОИЗ» путем анализа предоставленных ОУЗ самостоятельно заполненных чек-листов и утвержденного регламента, регулирующего вопросы маршрутизации пациентов между медицинскими организациями.

### Рекомендуется к изучению:

1.Раздел 5.3 методических рекомендаций № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через ЕПГУ и единый региональный кол-центр» (издание третье, переработанное и дополненное).

2.Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (утв. Минздравом России и ФФОМС 02.02.2022 №№ 11-7/И/2-1619, 00-10-26-2-06/750).

**Категория:** технический

### 10.2.1. Наличие маршрутизации между МО в случаях недоступности ПМСП в МО прикрепления

### Описание:

Необходимо разработать регламент, регулирующий вопросы маршрутизации пациентов между медицинскими организациями, который будет устанавливать следующие положения:

-для каждой медицинской организации определены такие медицинские организации, которые находятся от нее в территориальной доступности и будут использоваться для маршрутизации пациентов;

-механизм межучережденческих расчетов (через страховую медицинскую организацию или в рамках договоров);

-регулирование обеспечения доступа к электронной медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, при обращении к ней из любой медицинской организации субъекта РФ, оказывающей первичную медико-санитарную помощь,

в условиях организации маршрутизации пациента из одной медицинской организации в любую другую на территории субъекта РФ;

-формы контроля исполнения регламента и описание системы мониторинга потоков пациентов, маршрутизируемых из одних МО в другие.

В рамках данного подпоказателя ФГБУ «ЦНИИОИЗ» оценивается наличие и качество регламента, определяющего правила маршрутизации между МО в случаях недоступности ПМСП в МО прикрепления в соответствии с чек-листом (Приложение 17).

Что должно быть представлено:

- заполненный чек-лист;
- утвержденный регламент, регулирующий вопросы маршрутизации пациентов между медицинскими организациями

#### **Масштаб: Субъект РФ**

**Шкала оценки и что нужно для подтверждения оценки:**

Уровень	1	2	3	4
Критерий	<p>Не представлен утвержденный регламент</p> <p>или</p> <p>Не представлен заполненный чек-лист</p>	<p>Утвержденный регламент соответствует всем требуемым критериям качества (чек-лист), но определяет порядок маршрутизации только для МО в столице субъекта РФ</p>	<p>Утвержденный регламент соответствует всем требуемым критериям качества (чек-лист), но определяет порядок маршрутизации для всех МО, для которых может быть определена маршрутизация (имеются другие МО в зоне доступа)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Все что ранее</li> <li>• Представлены формы контроля исполнения регламента и результаты мониторинга по результатам 3х месяцев действия регламента</li> </ul>

## Приложения

### Приложение 1. Чек-листы для оценки зрелости региональных НПА

№	Предмет оценки	Параметр оценки	Оценка соответствия
1	НПА, регулирующий нормы времени врачей-специалистов	Установлены нормативы продолжительности приема на 14 должностей	Да/Нет
2		Определен порядок ведения расписания	Да/Нет
3		Определен перечень должностей для самостоятельной записи (14)	Да/Нет
4		Определен горизонт записи (14 календарных дней)	Да/Нет
5		Установлено соотношение доли конкурентных / неконкурентных слотов	Да/Нет
6		Установлен типовой набор слотов на 14 должностей	Да/Нет
7	НПА, регулирующий порядок внесения изменений, контроля актуальности расписания и информирования пациентов	Определен порядок ведения листа ожидания	Да/Нет
8		Определен порядок обзвона пациентов за 24-48 часов до визита	Да/Нет
9	НПА, регулирующий описание ролевой модели при формировании расписания и осуществлении записи на прием к врачу	Определены организационные решения по разделению потоков (кабинеты (отделения) неотложной помощи, профилактики, выдачи справок)	Да/Нет
10		Определен порядок перераспределения функций между врачами, медицинскими работниками со средним мед. образованием и немедицинскими работниками	Да/Нет
11		Определены речевые модули и алгоритмы действий (инструкции)	Да/Нет
12	НПА, регулирующий порядок осуществления контроля на уровне регионального органа исполнительной власти	Установлен порядок контроля за внедрением эффективных процессов записи на прием к врачу на уровне медицинских организаций и на уровне субъекта РФ	Да/Нет
	НПА, регулирующий порядок осуществления контроля на уровне медицинской организации		

## Приложение 2. Чек-листы для оценки зрелости локальных НА

№	Предмет оценки	Параметр оценки	Наличие в типовом ЛНА	Медицинская организация №1	Медицинская организация ...
1	ЛНА о назначении в медицинской организации лица, ответственного за ведение и актуализацию расписания	Назначен ответственный сотрудник за расписание	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
2	ЛНА об утверждении положения о порядке ведения расписания приемов врачей медицинской организации	Установлены нормативы продолжительности приема на 14 должностей	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
3		Определен порядок ведения расписания	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
4		Определен перечень должностей для самостоятельной записи (14)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
5		Определен горизонт записи (14 календарных дней)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
6		Установлено соотношение доли конкурентных/неконкурентных слотов	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
7		Установлен типовой набор слотов на 14 должностей	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
8		Определен порядок ведения листа ожидания	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
9		Определен порядок обзвона пациентов за 24-48 часов до визита	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
10		Определены организационные решения по разделению потоков (кабинеты (отделения) неотложной помощи, профилактики, выдачи справок)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
11	ЛНА об утверждении организационных решений для увеличения доли рабочего времени врачей для осуществления приема пациентов в медицинской организации	Определен порядок перераспределения функций между врачами, медицинскими работниками со средним мед. образованием и немедицинскими работниками	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
12		Определены речевые модули и алгоритмы действий (инструкции)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
13	ЛНА об утверждении речевых модулей, алгоритмов работы, графика обучения сотрудников, порядка контроля за соблюдением алгоритмов	Установлен порядок контроля	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет

## Приложение 3. Чек-лист для оценки НПА об утверждении ответственного и рабочей группы на уровне ОУЗ

Показатель	Описание	Наличие в НПА
Ответственный за работу над развитием пациентоцентричной записи в субъекте РФ	Должность ответственного / руководителя рабочей группы – не ниже заместителя руководителя ОУЗ	Да/Нет
Цели и задачи рабочей группы	Соответствие целей и задач рабочей группы уровню субъекта РФ, ролям участников группы	Да/Нет
Регламент взаимодействия	Утвержден порядок и частота взаимодействия участников рабочей группы	Да/Нет
Периодичность обновления состава	Не реже 1 раза в год	Да/Нет
<b>Участники рабочей группы и сферы их ответственности</b>		
Зона ответственности	Наличие в НПА	
Маршрутизация пациентов, перераспределение потоков, управление очередями, доступность специалистов	Да/Нет	
Техническое и программное обеспечение МИАЦ, МИС, медицинских организаций, техническое оснащение медицинских организаций	Да/Нет	
Мониторинг технической работоспособности систем; разработку мониторингов и анализ технических ошибок записи	Да/Нет	
Анализ показателей доступности медицинской помощи и кадровой обеспеченности; мониторинг ведения расписания врачей	Да/Нет	
Работоспособность ГИС СЗ и МИС; техническая поддержка пользователей	Да/Нет	
Списки застрахованного прикрепленного населения, информационный обмен МО, СМО и ТФОМС	Да/Нет	
Представление актуальных проблем медицинских организаций; апробацию и исследование лучшего опыта		

## Приложение 4. Чек-лист для оценки НПА об утверждении КПЭ на уровне ОУЗ и главных врачей

№	КПЭ	Наличие в НПА	Описание методологии расчета КПЭ с указанием источников данных	Привязка КПЭ к конкретным участникам рабочей группы в зависимости от контролируемых ими сфер	Указанием последствий выполнения / невыполнения КПЭ
<b>КПЭ участников рабочей группы и ответственного на уровне ОУЗ</b>					
1	Доля успешных записей на прием к врачу через ЕПГУ относительно всех попыток записи через ЕПГУ (без учета федеральных ошибок и черновиков)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
2	Доля ставок с расписанием от общего количества занятых ставок в разрезе должности	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
3	Соблюдение требований ТПГГ в отношении доступности МП (Средний срок ожидания записи к специальности)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
4	Наличие актуальных локальных НА по пациентоцентричной записи во всех подведомственных ОУЗ МО с амбулаторным типом СП	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
5	Укомплектованность амбулаторных структурных подразделений всех МО	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
6	Среднее количество слотов на ставку с расписанием в день в разрезе должности	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
7	Доля конкурентных слотов в разрезе должностей	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
8	Количество человек, находящихся в листе ожидания более нормативного срока	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет

КПЭ главных врачей МО				
№	КПЭ	Наличие в НПА	Описание методологии расчета КПЭ с указанием источников данных	Указанием последствий выполнения / невыполнения КПЭ
1	В документе приведен список руководителей МО (главных врачей) на кого распространяются КПЭ	Да/Нет		
2	Доля конкурентных слотов	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
3	Доля врачей с расписанием от общего числа врачей	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
4	Количество слотов на ставку	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
5	Доля успешных записей через ЕПГУ в общем количестве попыток записи через ЕПГУ	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
6	Средний срок ожидания приема по записи	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет

## Приложение 5. Чек-лист для оценки ЛНА об утверждении ответственного и рабочей группы на уровне МО

Показатель	Описание	Наличие в типовом ЛНА	Наличие в ЛНА МО 1	Наличие в ЛНА МО 2	Наличие в ЛНА МО 3
Ответственный за работу над развитием пациентоцентричной записи на уровне МО	Должность ответственного / руководителя рабочей группы – руководитель МО (главный врач)	Да/Нет			
Цели и задачи рабочей группы	Соответствие целей и задач рабочей группы уровню МО, ролям участников группы	Да/Нет			
Регламент взаимодействия	Утвержден порядок и частота взаимодействия между участниками рабочей группы	Да/Нет			
Периодичность обновления состава	Не реже 1 раза в год	Да/Нет			
<b>Участники рабочей группы и сферы их ответственности</b>					
Зона ответственности	Наличие в типовом ЛНА	Наличие в ЛНА МО 1	Наличие в ЛНА МО 2	Наличие в ЛНА МО 3	
Маршрутизация пациентов, перераспределение потоков, управление очередями, доступность медицинской помощи	Да/Нет				
Техническое и программное обеспечение, работоспособность МИС, техническое оснащение медицинских организаций	Да/Нет				
Списки застрахованного прикрепленного населения, Информационный обмен со страховыми медицинскими организациями	Да/Нет				
Полнота расписаний врачей, Корректность ведения расписаний, Штатную укомплектованность, Компетентность сотрудников	Да/Нет				

## Приложение 6. Чек-лист для оценки системы мониторинга показателей, характеризующих качество и доступность записи на прием к врачу

### Блок 1. Наличие показателей в регулярной отчетности

№	Блок показателей	Показатель в разрезе МО и СП	Оценка наличия		
			В разрезе МО	В разрезе СП	В разрезе врачей
1	Показатели кадровой обеспеченности	Кол-во ставок	Да/Нет	Да/Нет	
2		Кол-во занятых ставок	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
3		Кол-во физ. лиц	Да/Нет	Да/Нет	
4		Укомплектованность, %	Да/Нет	Да/Нет	
5	Охват расписанием сотрудников	Кол-во ставок, на которые заведено расписание	Да/Нет	Да/Нет	
6		Кол-во физ. лиц, на которые заведено расписание	Да/Нет	Да/Нет	
7		Доля ставок с расписанием от общего количества занятых ставок	Да/Нет	Да/Нет	
8		Доля физ. лиц с расписанием от общего количества физ. лиц	Да/Нет	Да/Нет	
9		Кол-во дней, в которые ни на одного врача не создано расписания	Да/Нет	Да/Нет	
10		Признак: заведено расписание на сотрудника: Да или НЕТ			Да/Нет
11	Полнота ведения расписания и конкурентность	Кол-во созданных слотов, доступных для ЕПГУ	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
12		Кол-во созданных слотов, не доступных для ЕПГУ	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет

13		Среднее количество слотов на ставку с расписанием в день	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
14		Доля слотов, доступных для ЕПГУ	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
15	Корректность формирования расписания	Средняя длительность одного слота, минут	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
16		Доля слотов, которые больше среднего значения на 35 % от общего числа созданных слотов	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
17		Доля слотов, которые меньше среднего значения на 35 % от общего числа созданных слотов	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
18		Кол-во занятых слотов среди доступных на ЕПГУ	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
19		Кол-во занятых слотов среди НЕ доступных на ЕПГУ	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
20		Кол-во свободных слотов среди доступных на ЕПГУ	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
21		Кол-во свободных слотов среди НЕ доступных на ЕПГУ	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
22		Кол-во неявок по записи на слоты, доступные для ЕПГУ	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
23		Кол-во неявок по записи на слоты, не	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет

		доступные для ЕПГУ			
24		Кол-во посещений на слоты, доступные для ЕПГУ (по предварительной записи)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
25		Кол-во посещений на слоты, не доступные для ЕПГУ (по предварительной записи)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
26		Кол-во посещений без предварительной записи	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
27		Занятость слотов всего (доля от общего числа созданных и количество)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
28		Занятость слотов из числа доступных для ЕПГУ, %	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
29		Занятость слотов из числа НЕ доступных для ЕПГУ, %	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
30		Доля неявок от общего числа записей (доступные на ЕПГУ слоты)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
31		Доля неявок от общего числа записей (не доступные на ЕПГУ слоты)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
32		Доля пациентов, принятых без предварительной записи	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
33	Ключевые показатели	% успешных записей через ЕПГУ	Да/Нет	Да/Нет	

34		% записей через ЕПГУ среди общего количества записей	Да/Нет	Да/Нет	
35		% записей через врача-врач среди общего количества записей	Да/Нет	Да/Нет	
36		% записей через регистратуру среди общего количества записей	Да/Нет	Да/Нет	
<b>Блок 2. Общие требования</b>					
№	Показатель	Описание	Соответствие		
37	Охват МО и СП	В отчетности представлены 100 % МО, в которых есть хотя бы одно амбулаторное структурное подразделение (СП)	Да/Нет		
38		В отчетности представлены 100 % амбулаторных СП	Да/Нет		
39		В отчетности представлены 100% врачей, которые трудоустроены в амбулаторном СП	Да/Нет		
40	Доступность отчетности	Все члены рабочей группы на уровне субъекта РФ имеют доступ к отчетам	Да/Нет		
41		Все руководители МО, где есть хотя бы одно амбулаторное СП имеют доступ к отчетам	Да/Нет		
42	Частота обновления	Обновление данных не реже	Да/Нет		

		одного раза в сутки	
43		В протоколе проведения обучения перечислены все члены рабочей группы на уровне субъекта РФ	Да/Нет
44	Обучение пользователей	В протоколе проведения обучения перечислены представители каждой МО, где есть хотя бы одно амбулаторное подразделение	Да/Нет
45		Представлена программа проведения обучения использования отчетности	Да/Нет

## Приложение 7. Чек-лист для оценки системы контроля

Качество сценария проведения региональных совещаний				
№	Название раздела	Соответствие		
1	Доклад по ситуации в целом по субъекту РФ	Да/Нет		
2	Доклад о технических ошибках записи	Да/Нет		
3	Доклад о внедрение методических рекомендаций по записи к врачу	Да/Нет		
4	Доклад об обратной связи от пациентов	Да/Нет		
5	Доклад по корректности ведения расписаний во всех МО	Да/Нет		
6	Доклады главных врачей МО с низкими показателями	Да/Нет		
7	Вопросы и предложения главных врачей	Да/Нет		
Архив протоколов и частота совещаний				
8	Совещания проводятся не реже 1 раза в неделю	Да/Нет		
9	Архив протоколов содержит 6 и более протоколов, проведенных по согласованному сценарию	Да/Нет		
10	Архив протоколов содержит 6 последних еженедельных протоколов	Да/Нет		
Качество протоколов совещаний (3 случайно отобранных)				
		Пр1	Пр2	Пр3
11	В протоколе указаны названия докладов, Ф.И.О., должность и организация докладчика	Да/ Нет	Да/ Нет	Да/ Нет
12	Формулировки поручений участникам совещаний адресные, на основе обоснованных выводов по результатам докладов	Да/ Нет	Да/ Нет	Да/ Нет
13	Указана форма проверки исполнения каждого поручения	Да/ Нет	Да/ Нет	Да/ Нет
14	Сроки исполнения у каждого поручения четкие	Да/ Нет	Да/ Нет	Да/ Нет
Реестр поручений				
15	Реестр содержит поля, рекомендуемые КЦ МЗ	Да/Нет		
16	При заполнении ячеек нет пропусков	Да/Нет		
17	Все поручения, срок исполнения которых прошел, имеют заполненный статус	Да/Нет		
НПА, утверждающий персонифицированный контроль за исполнением поручений, а также регламент ведения реестра				
18	Утвержден ответственный за исполнением поручений, в т.ч. ведение реестра поручений, из числа участников региональной рабочей группы со стороны ОУЗ с указанием ФИО и должности	Да/Нет		
19	Утвержден регламент контроля поручений и ведения реестра поручений	Да/Нет		

## **Приложение 8. Чек-лист для оценки доработок в МИС, направленных на повышение утилизации слотов**

<b>№</b>	<b>Показатель</b>	<b>Соответствие</b>
<b>Оценка описания механизма перевода неконкурентных слотов в конкурентные, в случае их невостребованности</b>		
<b>1</b>	Неиспользованные неконкурентные слоты переводятся в конкурентные автоматически	Да/Нет
<b>2</b>	Механизм автоматического изменения типа слота реализован во всех МО, подведомственных ОУЗ, с амбулаторным типом СП, по должностям из списка 14	Да/Нет
<b>3</b>	Тип неиспользованного неконкурентного слота меняется на конкурентный минимум за 24 часа до момента визита	Да/Нет
<b>Оценка описания механизма</b>		
<b>4</b>	За последние 4 недели не обнаружено ни одного невостребованного неконкурентного слота по 14 должностям в амбулаторных СП	Да/Нет

## Приложение 9. Чек-лист для оценки системы достижения охвата расписанием

<b>Оценка регламента выверки информации между ФРМР, ГИС СЗ субъекта РФ и документами о кадровом документообороте</b>		
<b>№</b>	<b>Требование к содержанию</b>	<b>Наличие</b>
<b>1</b>	Установлен ответственный за выверку информации о кадрах как на региональном уровне, так и на уровне каждой МО	Да/Нет
<b>2</b>	Описан процесс выверки названия должностей в соответствии с номенклатурой должностей	Да/Нет
<b>3</b>	Описан процесс выверки информации о занимаемом количестве ставок	Да/Нет
<b>4</b>	Описан процесс выверки информации о месте трудоустройства (до уровня СП) и типе занятия ставки	Да/Нет
<b>5</b>	Описан процесс выверки персональной информации сотрудников	Да/Нет
<b>6</b>	Описан процесс выверки и своевременной актуализации информации о временной нетрудоспособности сотрудников	Да/Нет
<b>Оценка регламента контроля охвата расписанием</b>		
<b>7</b>	Установлен ответственный как на региональном уровне, так и на уровне каждой МО за контроль полноты ведения расписания в каждой медицинской организации, в которых имеется хотя бы одно амбулаторное СП	Да/Нет
<b>8</b>	Определена форма и вид контроля	Да/Нет
<b>9</b>	Описана процедура контроля;	Да/Нет
<b>10</b>	Определен перечень случаев, когда расписание может быть не заведено на врача, и порядок действий, которые необходимо в таком случае осуществить медицинской организации	Да/Нет
<b>Контрольная проверка КЦ МЗ выгрузки МИС и ФРМР</b>		
<b>11</b>	Последние 4 недели сотрудниками КЦ Минздрава не выявлены случаи расхождения информации между ФРМР и ГИС СЗ субъекта РФ	Да/Нет
<b>12</b>	Последние 4 недели сотрудниками КЦ Минздрава не выявлены медицинские организации, где полнота ведения расписания ниже 90% для всех должностей врачей в амбулаторных СП	Да/Нет

## Приложение 10. Чек-лист для оценки степени синхронизации условий записи для различных каналов

Результирующая таблица (заполняется КЦ Минздрава на основании чек-листов, заполненных РЗН)

№	Показатель	Соответствует/ не соответствует	
1	Субъект РФ направил уведомления в КЦ Минздрава о факте доработок и настроек ГИС СЗ:		
1.1.	В системе ГИС СЗ позволено создавать только два типа слотов: конкурентные (доступные для любых источников записи) и слоты типа «Врач-врач»	Да/Нет	
1.2.	Горизонты записи синхронизированы между всеми источниками записи и соответствует рекомендованному (14 дн.)	Да/Нет	
1.3.	Период обновления синхронизирован между всеми источниками записи и соответствует рекомендованному (в 00.00)	Да/Нет	
2	Результаты очной проверки РЗН на наличие дискриминации в МО субъекта РФ:		
2.1.	Наличие и уровень дискриминации / отсутствие дискриминации	ЕПГУ	Низкая/средняя/высокая/ отсутствует
2.2.		РПГУ	Низкая/средняя/высокая/ отсутствует
2.3.		Кол-центр	Низкая/средняя/высокая/ отсутствует
2.4.		Инфомат	Низкая/средняя/высокая/ отсутствует
2.5.		Регистратура МО (обращение по телефону)	Низкая/средняя/высокая/ отсутствует
2.6.		Регистратура МО (обращение лично)	Низкая/средняя/высокая/ отсутствует

### Чек-лист для РЗН для проверки дискриминации

1. Оценка возможности записи на прием к врачу через различные источники								
1.1.	Попробуйте самостоятельно записаться на прием к врачу несколькими способами, используя разные каналы записи, такие как:	ЕПГУ	РПГУ	Кол-центр	Инфомат	Регистратура мед. организации (обращение по телефону)	Регистратура мед. организации (обращение лично)	
1.2.	Для каждого из перечисленных каналов записи укажите, имеется ли техническая возможность записи в мед. организацию данным способом (в целом по всем должностям), например, есть ли кол-центр, существует ли РПГУ и т.д.	Да/ нет	Да/ нет	Да/ нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	
1.3.1.	Кол-во занимаемых ставок по специальности ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ в МО (если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)	Кол-во ставок/Не предусмотрено штатным расписанием						
1.3.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ, оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>							
	Получилось ли записаться выбранным способом?	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	Да/нет	
1.3.3.	<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>							
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для	от 1 до 5	от 1 до 5	от 1 до 5	от 1 до 5	от 1 до 5	от 1 до 5	

	осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)	от 1 до 6					
1.4.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ в МО (если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</b>						
1.4.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к ПЕДИАТРУ УЧАСТКОВОМУ, оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
1.4.3.	<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>						
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
1.5.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ в</b>						

	<b>МО</b> <i>(если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</i>						
1.5.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к ВРАЧУ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
Удалось ли записаться на удобные дату и время?							
1.5.3.	<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>						
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
	1.6.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ в МО</b> <i>(если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</i>					
1.6.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГУ, оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						

	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
1.6.3.		<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>					
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 – совсем непонятен; 5 – полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 – наименее удобный; 6 – наиболее удобный)						
1.7.1.	Кол-во занимаемых ставок по специальности ОФТАЛЬМОЛОГ в МО (если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)						
1.7.2.		<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к ОФТАЛЬМОЛОГУ оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>					
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
1.7.3.		<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>					
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 – совсем непонятен; 5 – полностью понятен)						

	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
1.8.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ в МО</b> <i>(если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</i>						
1.8.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к АКУШЕРУ-ГИНЕКОЛОГУ оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
1.8.3.	<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>						
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
1.9.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности СТОМАТОЛОГ-ТЕРАПЕВТ в МО</b> <i>(если в штате МО нет</i>						

	<b>данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</b>						
1.9.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к СТОМАТОЛОГУ-ТЕРАПЕВТУ оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
Удалось ли записаться на удобные дату и время?							
1.9.3.	<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>						
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
1.10.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности СТОМАТОЛОГ ДЕТСКИЙ в МО (если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</b>						
1.10.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к СТОМАТОЛОГУ ДЕТСКОМУ оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						

	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
1.10.3.	<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>						
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
1.11.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности СТОМАТОЛОГ в МО (если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</b>						
1.11.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к СТОМАТОЛОГУ оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
1.11.3.	<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>						
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а						

	каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
1.12.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности ХИРУРГ в МО</b> <i>(если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</i>						
<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к ХИРУРГУ оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>							
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
1.12.2.	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>							
1.12.3.	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
1.13.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности ДЕТСКИЙ ХИРУРГ в МО</b> <i>(если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</i>						
1.13.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к ДЕТСКОМУ ХИРУРГУ оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						

1.13.3.	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>							
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
1.14.1.	Кол-во занимаемых ставок по специальности ФТИЗИАТР в МО (если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)						
1.14.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к ФТИЗИАТРУ оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
1.14.3.	<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>						

	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
1.15.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности ПСИХИАТР-НАРКОЛОГ в МО</b> <b>(если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</b>						
1.15.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к ПСИХИАТРУ-НАРКОЛОГУ оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
1.15.3.	<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>						
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						

1.16.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности ПСИХИАТР ДЕТСКИЙ в МО (если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</b>						
1.16.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к ПСИХИАТРУ ДЕТСКОМУ оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						
	Получилось ли записаться выбранным способом?						
	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
1.16.3.	<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>						
	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
1.17.1.	<b>Кол-во занимаемых ставок по специальности ПСИХИАТР ПОДРОСТКОВЫЙ в МО (если в штате МО нет данного специалиста, не заполняйте ответы про запись к нему)</b>						
1.17.2.	<b>Попытайтесь записаться несколькими способами к ПСИХИАТРУ ПОДРОСТКОВОМУ оцените каждый из них, ответив на следующие вопросы:</b>						
	Получилось ли записаться выбранным способом?						

	Если да, вышло ли записаться с первой попытки?						
	Сколько всего времени ушло на оформление записи к врачу?						
	Удалось ли записаться на удобные дату и время?						
<b>Дайте оценку записи выбранным способом по следующим критериям:</b>							
1.17.3.	Насколько понятен алгоритм действий, необходимых для осуществления записи (1 - совсем непонятен; 5 - полностью понятен)						
	Укажите, каким из опробованных способов вы больше всего удовлетворены, а каким меньше (1 - наименее удобный; 6 - наиболее удобный)						
1.18.	<b>Поле для комментария РЗН (обязательно к заполнению, если не удалось доступным способом записаться к врачам, которые ведут прием в данном МО - укажите причину)</b>						

## Приложение 11. Чек-лист для оценки плана популяризации дистанционных сервисов записи

№	Показатель	Соответствие	
1	План популяризации дистанционных сервисов записи разработан с учетом сегментации пациентов	Да/Нет	
2	План популяризации дистанционных сервисов записи разработан с учетом положений стратегии информирования целевых аудиторий	Да/Нет	
3	Выбраны оптимальные каналы информирования каждого из целевых сегментов пациентов	Да/Нет	
3	Содержание плана популяризации:		
3.1.	Определение целевых сегментов пациентов для каждого канала записи с разработкой описания позиционирования каждого из канала записей	Да/Нет	
3.2.	Стратегия информирования целевых аудиторий:	недостатки и преимущества каждого из каналов записи	Да/Нет
		как, когда и где можно воспользоваться каждым из каналов записи	Да/Нет
		ключевые послания, которые должны быть донесены целевым сегментам по каждому каналу записи	Да/Нет
3.3.	План информирования граждан о дистанционных каналах записи с учетом их преимуществ для разных сегментов пациентов	Да/Нет	

## Приложение 12. Чек-лист для оценки текущего состояния кол-центров медицинских организаций

№	Критерий	Ответ медицинской организации 1	Ответ медицинской организации 2
<b>1</b>	Какая модель кол-центра используется в вашем субъекте РФ?		
<b>2</b>	В медицинской организации имеется кол-центр?		
<b>3</b>	Кол-центр является выделенным структурным подразделением со своим руководителем (возможно на функциональной основе)?		
<b>4</b>	Работники регистратуры обеспечены телефонными станциями для принятия входящих и осуществления исходящих звонков?		
<b>5</b>	В кол-центре медицинской организации функционирует многоканальная автоматическая телефонная станция?		
<b>6</b>	Какая модель маршрутизации звонков между операторами используется в вашем кол-центре?		
<b>7</b>	Работники кол-центра медицинской организации имеют доступ к медицинской информационной системе для идентификации пациента, его записи на прием к врачу и записи в лист ожидания?		
<b>8</b>	При звонке пациента в региональный кол-центр или кол-центр медицинской организации принимает входящие звонки голосовая роботизированная система?		
<b>9</b>	Голосовые и / или текстовые роботизированные системы используются для актуализации записи на прием к врачу за сутки до визита пациента, уточнения цели посещения и / или проактивного информирования?		

10	Все телефонные разговоры сотрудников кол-центра сохраняются для контроля качества обслуживания, обучения персонала и решения спорных ситуаций с пациентами?		
11	Ведется мониторинг, а также формируется аналитика параметров вызовов и показателей работы кол-центра в целях оценки производительности операторов и качества обслуживания пациентов?		
12	Работники кол-центра обеспечены телефонными гарнитурами?		
13	Пациенты медицинской организации могут записаться на прием к врачу, используя чат-бот медицинской организации и / или единый региональный чат-бот, предоставляющий электронную услугу «Запись на прием к врачу»?		
14	Как часто работники кол-центра проходят обучение для повышения квалификации?		
15	Кол-центр использует чек-лист для определения экстренного и неотложного обращения пациента?		
16	Кол-центр использует речевые модули (скрипты разговора) при общении с пациентом?		
17	В целях мониторинга деятельность кол-центра используется оценка клиентского пути (методом «тайного пациента»)?		
18	АТС обладает возможностью управления вызовами в кол-центре (включая перевод вызовов, удержание вызова, и т.д.)?		
19	АТС имеет интерактивное голосовое меню (IVR)?		
20	АТС поддерживает протокол VoIP?		

21	АТС обеспечивает безопасность и защиту персональных данных пациентов?		
22	Перечислите характеристики серверного оборудования (процессора, ОЗУ, SSD / HDD), а также скорость подключения к сети интернет		
23	Опишите, какими методами обеспечены надежность и отказоустойчивость серверного оборудования		
24	Имеется резервный интернет-канал иного интернет-провайдера?		
25	Перечислите операционную систему и другое системное ПО, использующуюся на серверном оборудовании		
26	Используется резервное копирование и восстановление данных?		
27	Производится учет загрузки и доступности операторов?		
28	Выделены операторы первого и второго уровней?		
29	Укажите долю от общего рабочего времени, которую оператор проводит за разговором (в процентах)		
30	Укажите количество постоянных работников кол-центра		
31	В кол-центре утверждены и включены в трудовой договор руководителя ключевые показатели эффективности?		
32	В кол-центре выделен старший смены?		
33	В кол-центре разработана мотивация и система поощрения лучших работников?		

## Приложение 13. Чек-листы по проверке разделение потоков в зависимости от целей обращения гражданина

**(для самопроверки, РЗН, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» / ФГБУ «НМИЦ ТПМ»)**

Критерий	Соответствие (да/нет)
<b>1. Обращения с целью получения информации</b>	
Наличие работника в холле медицинской организации, ответственного за информирование и маршрутизацию пациентов по цели обращения	
В соответствии с ЛНА, на работника / -ов возложены обязанности по выполнению функций по информированию и маршрутизации пациентов, данные обязанности внесены в должностные инструкции, ЛНА и должностные инструкции доведены до работника / -ов	
На информационных стенах размещены сведения о маршрутизации пациентов в зависимости от цели обращения в медицинскую организацию (ДОГВН, ПМО, УД; неотложная помощь и т.п.)	
Наличие информации на сайте медицинской организации о маршрутизации пациентов в зависимости от цели обращения в медицинскую организацию (ДОГВН, ПМО, УД; неотложная помощь и т.п.)	
<b>2. Обращения с профилактической целью</b>	
В медицинской организации создано отделение (кабинет) медицинской профилактики	
Соответствие материально-технического оснащения отделения (кабинета) медицинской профилактики Приложению № 3 к Порядку организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н (Чек-лист материально технические ресурсы 13а)	
Соответствие штатных нормативов отделения (кабинета) медицинской профилактики Приложению № 2 к Порядку организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н (Чек-лист штатные нормативы 13в)	
Система навигации у входа в МО содержит навигационную информацию об ОМП/КМП (о помещениях, в которых проходят мероприятия ПМО, ДОГВН и УД)	
Наличие ЛНА о порядке проведения ПМО и диспансеризации, в т.ч. углубленной с учетом рекомендаций Методического пособия по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, версия 1 (13.04.2022) ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России в части начала проведения профилактических медицинских осмотров и первого этапа диспансеризации, в т.ч. углубленной в кабинете / отделении медицинской профилактики	
Выборочный анализ первичной медицинской документации на предмет организации начала проведения профилактических медицинских осмотров и первого этапа диспансеризации (форма 131-у), углубленной диспансеризации (амбулаторная карта пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики – не менее 3 пациентов	
<b>3. Обращения с целью получения медицинской помощи в неотложной форме</b>	
В медицинской организации создано отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи	
Режим работы отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи совпадает с режимом работы медицинской организации	
Подготовлено кадровое обеспечение для работы отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи (штат укомплектован не менее, чем на 75 %, либо, в соответствии с графиком дежурств,	

организовано оказание помощи работниками других подразделений на протяжении всего времени работы отделения (кабинета))	
В соответствии с ЛНА утвержден чек-лист для определения необходимости оказания пациенту медицинской помощи в неотложной форме. ЛНА доведен до работника / -ов регистратуры	
Организовано оказание медицинской помощи в неотложной форме на дому работниками отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи	

**13а. Чек-лист материально технические ресурсы  
(соответствия оснащения кабинета / отделения медицинской профилактики)<sup>1</sup>**

№	Наименование	Количество, шт.	Соответствие (да/нет)
1	Тонометр	не менее 1	
2	Экспресс-анализатор для определения общего холестерина в крови	не менее 1	
3	Экспресс-анализатор для определения глюкозы в крови	не менее 1	
4	Анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина (смокелайзер)	не менее 1	
5	Тонометр портативный для измерения внутриглазного давления	не менее 1	
6	Спирометр (портативный с одноразовыми мундштуками)	не менее 1	
7	Весы	не менее 1	
8	Ростомер	не менее 1	
9	Секундомер	не менее 1	
10	Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни	не менее 1	
11	Комплект наглядных пособий	не менее 1	
12	Персональный компьютер	по числу рабочих мест	
13	Принтер или многофункциональное устройство: принтер - копировальный аппарат - сканер	не менее 1	
14	Сантиметровая лента	не менее 1	
15	Кушетка	не менее 1	
16	Стол письменный	не менее 1	
17	Стулья	не менее 1	
18	Шкаф для документов	не менее 1	

<sup>1</sup> По требованиям Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н.

№	Наименование	Количество, шт.	Соответствие (да/нет)
19	Вешалка для одежды	1	
20	Процедурный столик	не менее 1	
21	Бактерицидная лампа переносная	не менее 1	
22	Контейнер для замачивания одноразовых мундштуков, тест-полосок	не менее 1	

**13в. Чек-лист штатные нормативы  
(соответствие штатного расписания отделения/кабинета  
медицинской профилактики штатным нормативам)<sup>2</sup>**

№	Наименование должности	Количество должностей, ед.	Соответствие (да/нет)
1	Заведующий отделением (кабинетом) медицинской профилактики - врач по медицинской профилактике	1 вместо 0,5 должности врача по медицинской профилактике	
2	Врач по медицинской профилактике	1 на 20 тыс. взрослого населения	
3	Врач-психотерапевт или медицинский психолог	1 на отделение (кабинет)	
4	Старшая медицинская сестра	1 вместо 0,5 должности фельдшера (медицинской сестры)	
5	Фельдшер (медицинская сестра, акушер)	1 на 20 тыс. взрослого населения	

<sup>2</sup> Рекомендуемым в соответствии с Порядком организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2020 № 1177н.

## Приложение 14. Чек-листы по проверке перераспределения функций (для самопроверки)

№	Процесс	Участники процесса (да/нет)		
		Врач	Персонал со средним медицинским образованием	Персонал без медицинского образования
1	Активное посещение маломобильных пациентов на дому для динамического наблюдения			
2	Ведение паспорта врачебного (терапевтического) участка			
3	Ведение персонального учета, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживающего населения			
4	Диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями			
5	Информирование пациентов о врачебном приеме, в том числе с целью прохождения диспансерного наблюдения			
6	Контроль проведения профилактических мероприятий			
7	Направление пациента на лабораторные и инструментальные обследования			
8	Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина)			
9	Организация амбулаторного приема врачом-специалистом			
10	Организация и проведение мероприятий по пропаганде ЗОЖ			
11	Организация и проведение школ здоровья			
12	Оформление листков нетрудоспособности			
13	Оформление экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания, пищевом, остром профессиональном отравлении			
14	Оценка эффективности и безопасности применения медикаментозных и не медикаментозных методов лечения			
15	Подготовка списков для диспансеризации населения			
16	Получение результатов лабораторных и других исследований пациентов и внесение сведений в медицинскую документацию			
17	Предоставление информации по вопросам приема населения непосредственно или с использованием технических средств, в том числе электронных			
18	Предоставление отчетности о своей деятельности			
19	Проведение медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических)			
20	Проведение санитарно-гигиенического просвещения населения			
21	Работа с медицинской документацией			

22	Регулировка потока пациентов на врачебном приеме			
23	Сопровождение пациентов на диагностические и лечебные процедуры			

**Определение соответствия / несоответствия организационным решениям в рамках проверки перераспределения функций (заполняется по результатам оценки «Чек-листа по определению фактического исполнения функций в рамках проверки перераспределения функций»)**

Процесс	Рекомендованные организационные решения по перераспределению функций между работниками медицинской организации <sup>3</sup>	Соответствие (да/нет)
Активное посещение маломобильных пациентов на дому для динамического наблюдения	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	
Ведение паспорта врачебного (терапевтического) участка	Персонал без медицинского образования	
Ведение персонального учета, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживаемого населения	Персонал без медицинского образования	
Диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	
Информирование пациентов о врачебном приеме, в том числе с целью прохождения диспансерного наблюдения	Персонал без медицинского образования	
Контроль проведения профилактических мероприятий	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	
Направление пациента на лабораторные и инструментальные обследования	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	
Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина)	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	
Организация амбулаторного приема врачом-специалистом	Персонал без медицинского образования	
Организация и проведение мероприятий по пропаганде ЗОЖ	Совместно врач, персонал со средним медицинским образованием и без медицинского образования	
Организация и проведение школ здоровья	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	
Оформление листков нетрудоспособности	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	
Оформление экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания, пищевом, остром профессиональном отравлении	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	
Оценка эффективности и безопасности применения медикаментозных и не медикаментозных методов лечения	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	

<sup>3</sup> В соответствии с Методическими рекомендациями № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные кол-центры» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 27.09.2023).

Подготовка списков для диспансеризации населения	Персонал со средним медицинским образованием	
Получение результатов лабораторных и других исследований пациентов и внесение сведений в медицинскую документацию	Персонал без медицинского образования	
Предоставление информации по вопросам приема населения непосредственно или с использованием технических средств, в том числе электронных	Персонал без медицинского образования	
Предоставление отчетности о своей деятельности	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	
Проведение медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических)	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	
Проведение санитарно-гигиенического просвещения населения	Персонал со средним медицинским образованием	
Работа с медицинской документацией	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	
Регулировка потока пациентов на врачебном приеме	Персонал без медицинского образования	
Сопровождение пациентов на диагностические и лечебные процедуры	Персонал без медицинского образования	

### (для РЗН, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» / ФГБУ «НМИЦ ТПМ»)

Показатель	Рекомендованные организационные решения по перераспределению функций между работниками медицинской организации <sup>4</sup>	Контроль соответствия рекомендованным организационным решениям	Соответствует/не соответствует
Активное посещение маломобильных пациентов на дому для динамического наблюдения	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	- Наличие списка пациентов в паспорте участка и отметка о посещении маломобильных пациентов на дому в журнале (при наличии, если нет, то Форма 039/у-02) или - Наличие отметки о посещении на дому пациента маломобильной группы в МИС с указанием выполненных лечебно-диагностических мероприятий, рекомендациями по применению лекарственной терапии и указанием даты следующего посещения	
Ведение паспорта врачебного (терапевтического) участка	Персонал без медицинского образования	Наличие ЛНА с возложением функции по ведению паспорта врачебного участка в части актуализации сведений о пациенте на работника без медицинского образования с отметкой об ознакомлении (подпись работника)  Паспорт участка содержит актуализированные данные (на дату выезда)	

<sup>4</sup> В соответствии с Методическими рекомендациями № 12-23 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные кол-центры» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 27.09.2023).

Ведение персонального учета, информационной (компьютерной) базы данных состояния здоровья обслуживаемого населения	Персонал без медицинского образования	Наличие ЛНА с возложением функции по ведению персонифицированного учета пациентов в МИС с формированием отчета по участку для актуализации данных на работника без медицинского образования с отметкой об ознакомлении (подпись работника)	
		Сформированный в МИС отчет по участку содержит актуальные сведения (на дату выезда)	
Диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	Наличие ЛНА с возложением функции по ведению диспансерного наблюдения за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями на врача и персонал со средним медицинским образованием с отметкой об ознакомлении (подпись работника)	
		1) Для среднего медицинского персонала: наличие списков пациентов, состоящих на ДН на текущий календарный год с отметками о контроле за явками на диспансерный прием. 2) Для врача: наличие актуальной информации в форме № 030у или наличие отметки в МИС о факте явки пациента на ДН (не менее 3 случаев)	
Информирование пациентов о врачебном приеме, в том числе с целью прохождения диспансерного наблюдения	Персонал без медицинского образования	Наличие ЛНА с возложением функции по работе со списком пациентов для информирования о врачебном приеме, в том числе с целью прохождения диспансерного наблюдения (с отметками о дозвоне и возможной записи) на работника без медицинского образования с отметкой об ознакомлении (подпись работника)	
		Списком пациентов для информирования о врачебном приеме, в том числе с целью прохождения диспансерного наблюдения (с отметками о дозвоне и возможной записи)	
Контроль проведения профилактических мероприятий	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	Наличие ЛНА с возложением функции контроля проведения профилактических мероприятий на врача и персонал со средним медицинским образованием с отметкой об ознакомлении (подпись работника)	
		1) Для среднего медицинского персонала: ведение учета граждан по участку, прошедших профилактические мероприятия, а также учет отказов от отдельных мероприятий или ПМО и ДОГВН в целом 2) Для врача: наличие в амбулаторной карте пациента сведений о факте проведения профилактических мероприятий	
Направление пациента на лабораторные и инструментальные обследования	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	Наличие ЛНА с возложением функции направления пациента на лабораторные и инструментальные обследования на врача и персонал со средним медицинским образованием с отметкой об ознакомлении (подпись работника)	
		1) Для среднего медицинского персонала: оформление направления на лабораторные и (или) инструментальные обследования с рекомендациями по подготовке к манипуляциям.	

		2) Для врача: наличие в амбулаторной карте рекомендаций о необходимости направления на лабораторные и (или) инструментальные обследования	
Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина)	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	<p>Наличие ЛНА с возложением функции по определению медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) на врача и персонал со средним медицинским образованием с отметкой об ознакомлении (подпись работника)</p> <p>1) Для среднего медицинского персонала: ведение учета пациентов с зарегистрированными заболеваниями и состояниями из групп риска распространения инфекционных заболеваний</p> <p>2) Для врача: контроль количества пациентов с зарегистрированными заболеваниями и состояниями из групп риска распространения инфекционных заболеваний для определения показаний для введения ограничительных мероприятий</p>	
Организация амбулаторного приема врачом-специалистом	Персонал без медицинского образования	<p>Наличие ЛНА с возложением функции по организации приема (подготовка мед. документации, сбор результатов анализов для консультации узкого специалиста) на работника без медицинского образования с отметкой об ознакомлении (подпись работника)</p> <p>Наличие подготовленных медицинских документов на пациентов, записанных на текущий прием</p>	
Организация и проведение мероприятий по пропаганде ЗОЖ	Совместно врач, персонал со средним медицинским образованием и без медицинского образования	<p>Наличие ЛНА об организации и проведению мероприятий по пропаганде ЗОЖ с указанием ответственных лиц.</p> <p>Наличие отчетных материалов в том числе фото/видео фиксация, либо наличие размещенной информации о проведенном мероприятии на сайте МО</p>	
Организация и проведение школ здравья	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	<p>Наличие ЛНА с возложением функции по организации и проведению школ здравья на врача и персонал со средним медицинским образованием с отметкой об ознакомлении (подпись работника)</p> <p>1) Для среднего медицинского персонала: ведение учета пациентов, подлежащих посещению школ здравья в текущем календарном году</p> <p>2) Для врача: наличие первичной медицинской документации по факту посещения школы здравья</p>	
Оформление листков нетрудоспособности	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	<p>Наличие ЛНА с возложением функции по оформлению листков нетрудоспособности на врача и персонал со средним медицинским образованием (в части ведения учета) с отметкой об ознакомлении (подпись работника)</p> <p>1) Для среднего медицинского персонала: ведение журнала учета выданных листков нетрудоспособности (при наличии)</p> <p>2) Для врача: наличие сведений в амбулаторной карте пациента о выданных листках нетрудоспособности с указанием периодов</p>	

Оформление экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания, пищевом, остром профессиональном отравлении	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	<p>Наличие ЛНА с возложением функции по оформлению экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания, пищевом, остром профессиональном отравлении на врача и персонал со средним медицинским образованием с отметкой об ознакомлении (подпись работника)</p> <p>1) Для среднего медицинского персонала: ведение журнала учета экстренных извещений при выявлении инфекционных заболеваний, пищевом, остром профессиональном отравлении (при наличии)                      2) Для врача: наличие оформленных экстренных извещений при выявлении инфекционных заболеваний, пищевом, остром профессиональном отравлении</p>	
		<p>Наличие ЛНА с возложением функции по оценке эффективности и безопасности применения медикаментозных и не медикаментозных методов лечения на врача и персонал со средним медицинским образованием (в части ведения учета извещений) с отметкой об ознакомлении (подпись работника)</p> <p>1) Для среднего медицинского персонала: ведение журнала учета извещений о побочных эффектах и отсутствии терапевтической активности (при наличии)                      2) Для врача: наличие оформленных извещений о побочных эффектах и отсутствии терапевтической активности</p>	
Подготовка списков для диспансеризации населения	Персонал со средним медицинским образованием	<p>Наличие ЛНА с возложением функции по подготовке списков для диспансеризации населения на персонал со средним медицинским образованием с отметкой об ознакомлении (подпись работника)</p> <p>Наличие сформированных списков пациентов подлежащих диспансеризации в текущем году с учетом помесячного распределения</p>	
		<p>Наличие ЛНА о возложении функций по получению результатов лабораторных и других исследований пациентов и внесение сведений в медицинскую документацию на работника без медицинского образования с отметкой об ознакомлении (подпись работника)</p> <p>Результаты всех назначенных лабораторных и других исследований пациентов своевременно (до даты следующего приема) внесены в первичную медицинскую документацию</p>	
Предоставление информации по вопросам приема населения непосредственно или с	Персонал без медицинского образования	<p>Наличие ЛНА о возложении функций по предоставлению информации по вопросам приема населения непосредственно или с использованием технических средств, в том числе электронных (в зоне входной группы) на работника без медицинского образования с отметкой об ознакомлении (подпись работника)</p>	

использованием технических средств, в том числе электронных		Предоставление информации по вопросам приема населения непосредственно или с использованием технических средств, в том числе электронных осуществляется персоналом без медицинского образования (путем визуального наблюдения)	
Предоставление отчетности о своей деятельности	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	Наличие ЛНА с возложением функции по предоставлению отчетности о своей деятельности на врача и персонал со средним медицинским образованием с отметкой об ознакомлении (подпись работника)	
		Наличие отчетов, утвержденных локальными НА	
Проведение медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических)	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	Наличие ЛНА с возложением функции по проведению медицинских осмотров (профилактических, предварительных, периодических) на врача и персонал со средним медицинским образованием с отметкой об ознакомлении (подпись работника)	
		1) Для среднего медицинского персонала: наличие заполненных анкет (бланков) в кабинете проведения антропометрии 2) Для врача: наличие первичной медицинской документации (ф. 131у)	
Проведение санитарно-гигиенического просвещения населения	Персонал со средним медицинским образованием	Наличие ЛНА с возложением функции проведения санитарно-гигиенического просвещения населения на персонал со средним медицинским образованием с отметкой об ознакомлении (подпись работника)	
		Наличие информационных материалов в том числе о пропаганде здорового образа жизни	
Работа с медицинской документацией	Совместно врач и персонал со средним медицинским образованием	Наличие ЛНА с возложением функции по работе с медицинской документацией на врача и персонал со средним медицинским образованием с отметкой об ознакомлении (подпись работника)	
		Наличие медицинской документации, предусмотренной законодательством РФ и ЛНА	
Регулировка потока пациентов на врачебном приеме	Персонал без медицинского образования	Наличие ЛНА о возложении функций по регулировке потоков пациентов на работника без медицинского образования с отметкой об ознакомлении (подпись работника)	
		Участие персонала без медицинского образования в регулировке потока пациентов во время врачебного приема (путем визуального наблюдения)	
Сопровождение пациентов на диагностические и лечебные процедуры	Персонал без медицинского образования	Наличие ЛНП о возложении функций за сопровождение пациентов на диагностические и лечебные процедуры на работника без медицинского образования с отметкой об ознакомлении (подпись работника)	
		Сопровождение пациентов на диагностические и лечебные процедуры персоналом без медицинского образования (путем визуального наблюдения)	

## Приложение 15. Чек-листы по оценке Зрелости технического обеспечения сервисов записи и оценке регламента проведения сверки

№	Показатель	Соответствует / не соответствует
<b>Работоспособность сервисов записи</b>		
1	Утвержден регламент постоянного технического мониторинга сервисов записи	Да/Нет
2	Сформирована специальная группа лиц из числа сотрудников МИАЦ или ОУЗ, представителей вендора, отвечающих за технический мониторинг	Да/Нет
3	Проверка работоспособности/статус сервисов записи на ЕПГУ:	
3.1.	Запись на профосмотры	Да/тест/тест завершен/нет
3.2.	Запись на углубленную диспансеризацию	Да/тест/тест завершен/нет
3.3.	Запись по направлению	Да/тест/тест завершен/нет
3.4.	Вызов врача на дом	Да/тест/тест завершен/нет
3.5.	Фильтрация	Да/тест/тест завершен/нет
3.6.	Прикрепление онлайн	Да/тест/тест завершен/нет
<b>Наличие прикрепления для иногородних пациентов</b>		
4	Наличие функционала записи в кабинет неотложной помощи для пациентов, не имеющих прикрепления на территории субъекта РФ на ЕПГУ (только при условии, что база прикреплений ГИС СЗ на 100 % совпадает с базой прикреплений ТФОМС ИЛИ валидация пациента проводится с помощью сервиса ТФОМС; Если проверка прикрепления происходит через сервисы ТФОМС, то в ГИС СЗ есть дублирующая база данных прикреплений (на случай неработоспособности сервиса ТФОМС))	
4.1.	Настроена валидация, позволяющая пациентам, не имеющим прикрепления на территории субъекта РФ, записаться в специальные структурные подразделения, обозначающие кабинеты неотложной помощи	Да/Нет
4.2.	При ответе «Да» в п. 4.1. предусмотрена запись пациента с обязательным предварительным посещением регистратуры (для уточнения цели и дальнейшей маршрутизации внутри МО)	Да/Нет
<b>Качество регламента по проведению сверки между ГИС СЗ субъекта и ТФОМС</b>		
5	Утвержден регламент руководителем ОУЗ и руководителем ТФОМС (совместно), регулирующий проведение сверки информации о прикреплении пациентов к МО между ГИС СЗ субъекта и ТФОМС	Да/Нет
6	Содержание регламента не противоречит положениям письма Минздрава России (от 31.08.2023 № 18-2/И/2-15834) и ФОМС (от 31.08.2023 № 00-10-92-06/13964)	Да/Нет
7	Содержание регламента	

<b>7.1.</b>	Порядок обмена данными, включающий описание механизма передачи данных, сроки и состав данных	Да/Нет
<b>7.2.</b>	Установлена регулярность обмена данными – ежемесячно	Да/Нет
<b>7.3.</b>	Порядок анализа данных, с целью выявления расхождений	Да/Нет
<b>7.4.</b>	Алгоритм синхронизации данных, в случае выявления расхождений в зависимости от типа случая	Да/Нет
<b>7.5.</b>	Форма контроля исполнения регламента	Да/Нет
<b>8</b>	Сверка информации между ГИС СЗ субъекта РФ и ТФОМС в субъект РФ проводится ежемесячно	Да/Нет
<b>9</b>	Последние 3 месяца рассинхронизация а) персональных данных; б) данных о прикреплении не превышает 1 % (при ежемесячной сверке)	Да/Нет

## Приложение 16. Оценка развитости технических инструментов адресного информирования пациентов

№	Показатель	Критерий		Комментарий
1	Наличие механизма обратной связи	Да/Нет		
2	Доля медицинских организаций, осуществляющих информирование пациентов	кол-во МО, осуществляющих информирование пациентов / кол-во МО всего, оказывающих ПМСП		
3	Кем проводится / Способ обратной связи	Обзвон	SMS / мессенджеры	
3.1.	Регистратура	Кол-во МО	Кол-во МО	
3.2.	Кол-центр	Кол-во МО	Кол-во МО	
3.3.	Автоматизированные технологии	Кол-во МО	Кол-во МО	
4	Наличие автоматического дублирующего механизма обратной связи после первого контакта с пациентом (sms / мессенджеры)	Да/Нет		
5	Интеграция механизмов информирования с МИС	Да/Нет		
6	Наличие в МИС технической возможности отмечать визиты, по которым осуществлен предварительный контакт	Да/Нет		
7	Проведение контроля на основании оценки соотношения числа записанных на следующий день пациентов и числа исходящих вызовов в адрес пациента с целью информирования (при отсутствии функционала отметки об информировании в МИС)	Да/Нет (Если «Да», то предоставить отчетную форму, где ведется данный контроль с отметками об информировании пациента и оценкой соотношения числа записанных и числа исходящих вызовов)		

## Чек-лист для РЗН

	Попробуйте самостоятельно записаться на прием к любому специалисту, используя разные каналы записи (доступные для данной МО), такие как:	ЕПГУ	Региональный портал гос. и муниципальных услуг	Кол-центр	Инфомат	Регистратура мед. организаций (обращение по телефону)	Регистратура мед. организаций (обращение лично)
1.	1.	Отметьте каким способом удалось записаться на прием	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
1.	2.	Связались ли с Вами после успешной записи (за 24-48 ч до визита) <b>(заполнять данные ячейки только при ответе в п.1.1 – «Да»)</b>	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
1.	2.	1.	Способ связи, используемый для информирования	Звонок/ sms/ сообщение в мессенджере	Звонок/ sms/ сообщение в мессенджере	Звонок/ sms/ сообщение в мессенджере	Звонок/ sms/ сообщение в мессенджере
1.	2.	2.	У Вас уточнили цель визита <b>(при способе обратной связи – «Звонок»)</b>	Да/Нет	Да/Нет	Не применено	Не применено
1.	2.	3.	У Вас запросили подтверждение визита (	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
1.	2.	4.	Вам сообщили еще раз информацию о записи (дата, время, наименование и адрес МО, № кабинета и другие доп. сведения)	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
1.	3.		Было ли повторное информирование после подтверждения визита путем sms или сообщения в мессенджерах	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет	Да/Нет
1.	3.	1.	Способ повторного информирования	sms/ сообщение в мессенджере	sms/ сообщение в мессенджере	sms/ сообщение в мессенджере	sms/ сообщение в мессенджере

## Приложение 17. Чек-лист по оценке зрелости листа ожидания

Показатель	Соответствует / не соответствует / доля
<b>Наличие единого электронного листа ожидания</b>	
Лист ожидания ведется	Да/Нет
Лист ожидания единый на все МО	Да/Нет
Доля МО от общего числа оказывающих ПМСП, в которых внедрен лист ожидания (при децентрализованной модели)	Кол-во МО, в которых ведется лист ожидания / Кол-во МО всего, оказывающих ПМСП
В каком виде ведется лист ожидания	Бумажный / электронный (при наличии обоих вариантов ведения указать кол-во МО для каждого типа)
<b>Наличие механизмов автоматического управления листами ожидания</b>	
Интеграция листа ожидания с МИС и единым информационным пространством	Да/Нет
Уведомление пользователей (работающих с листом ожидания) о появлении свободных слотов	Да/Нет
Уведомление пользователей (работающих с листом ожидания) о появлении свободных слотов по всем МО (при централизованной модели)	Да/Нет
Автоматическая цветовая индикация пациентов в соответствии с длительностью их нахождения в листе ожидания и сроками ожидания медицинской помощи	Да/Нет
Уведомление пользователей (работающих с листом ожидания) о приближении максимального срока ожидания пациентом медицинской помощи	Да/Нет
Автоматическая смена статуса заявки в листе ожидания при записи пациента	Да/Нет
<b>Наличие маршрутизации между МО в случаях недоступности ПМСП в МО прикрепления</b>	
Утвержден регламент, регулирующий вопросы маршрутизации пациентов между медицинскими организациями	Да/Нет
<b>Регламент содержит:</b>	
Список иных МО для каждой МО, для которой может быть определена маршрутизация (оказывающей ПМСП), которые находятся от нее в территориальной доступности и будут использоваться для маршрутизации пациентов	Да / Не для всех МО, для которых возможна маршрутизация / Нет
Механизм межучережденческих расчетов (через страховую медицинскую организацию или в рамках договоров)	Да/Нет
Регулирование обеспечения доступа к электронной медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, при обращении к ней из любой медицинской организации, оказывающей ПМСП	Да/Нет
Описание системы мониторинга потоков пациентов, маршрутизуемых из одних МО в другие	Да/Нет
Форма контроля исполнения регламента	Да/Нет

Отбор 10 пилотных субъектов РФ и старт MVP						
Развитие областей первого порядка						
Развитие областей второго порядка						
Развитие областей третьего порядка						
Подведение итогов MVP и запуск в продуктивную среду						
	Апрель 2024	Май 2024	Июнь 2024	Июль 2024	Август 2024	Сентябрь 2024



Контрольное событие



Работа с пилотными субъектами РФ



Работа со всеми субъектами РФ

#### Пилотные субъекты РФ:

Республика Хакасия, Вологодская область, Республика Мордовия, Тверская область, Самарская область, Липецкая область, Тульская область, Кабардино-Балкарская Республика, Краснодарский край, Республика Башкортостан

#### Области первого порядка:

1. Нормативное регулирование; 2. Система управления; 3. Система контроля и отчетности; 4. Управление расписаниями; 8. Валидация пользователей и техническая настройка сервисов записи

#### Области второго порядка:

5. Интеграция ЕПГУ в региональную систему записи; 6. Кол-центр; 9. Механизм обратной связи

#### Области третьего порядка:

7. Оптимизация процессов внутри МО; 10. Лист ожидания

Субъект РФ	Роль	ФИО	Должность (включая название структурного подразделения)	Номер МОБИЛЬНОГО телефона для оперативной связи	Telegname: username в Telegram	Электронная почта
	Ответственный за развитие пациентоцентричной записи в регионе <b>(в должностях не ниже руководителя ОУЗ)</b>					
	Участник рабочей группы по развитию пациентоцентричной записи <b>(в должностях не ниже заместителя руководителя ОУЗ)</b>					
	Участник рабочей группы по развитию пациентоцентричной записи <b>(в должностях не ниже заместителя руководителя ОУЗ)</b>					
	Участник рабочей группы по развитию пациентоцентричной записи <b>(в должностях не ниже заместителя руководителя ОУЗ)</b>					