



Общество с ограниченной ответственностью «Газпром трансгаз Москва»
(ООО «Газпром трансгаз Москва»)

ПРИКАЗ

« 03 12 2024 г.

№ 1160

**Об утверждении ИНД ГТМ 68/01-776-2024
«Карта процесса КП 2.07-2024 «Стационарная медицинская помощь»
в филиале ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и
реабилитации»**

В целях актуализации нормативного документа ООО «Газпром трансгаз Москва»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие с 10.12.2024 прилагаемый ИНД ГТМ 68/01-776-2024 «Карта процесса КП 2.07-2024 «Стационарная медицинская помощь» в филиале ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и реабилитации» (далее – ИНД ГТМ 68/01-776-2024).

2. Закрепить ИНД ГТМ 68/01-776-2024 за филиалом «Центр диагностики и реабилитации».

3. Начальнику филиала «Центр диагностики и реабилитации» И.А. Бородину обеспечить в установленном порядке поддержание ИНД ГТМ 68/01-776-2024 в актуальном состоянии.

4. Руководителям Медицинской службы и филиала «Центр диагностики и реабилитации» обеспечить ознакомление с ИНД ГТМ 06/03-776-2024 работников, указанных в пункте 1.3 ИНД ГТМ 06/03-776-2024.

5. Признать утратившим силу ИНД ГТМ 06/03-776-2018 «Карта процесса КП 2.07-2018 «Стационарная медицинская помощь» в филиале ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и реабилитации», утвержденный приказом от 24.04.2018 № 322.

6. Контроль за исполнением приказа возложить на начальника Медицинской службы – главного врача В.О. Алешина.

Генеральный директор

А.В. Бабаков

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«ГАЗПРОМ ТРАНСГАЗ МОСКВА»

ИНТЕГРИРОВАННАЯ СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА

Карта процесса КП 2.07-2024
«Стационарная медицинская помощь»
в филиале ООО «Газпром трансгаз Москва»
«Центр диагностики и реабилитации»

ИНД ГТМ-68/01-776-2024

Издание официальное

Москва 2024

Содержание

Введение.....	4
1 Область применения.....	4
2 Нормативные ссылки.....	4
3 Термины, определения и сокращения.....	7
4 Общие положения.....	9
5 Управление документами.....	32
6 Управление записями.....	33
7 Отчетность.....	36
8 Заключительные положения.....	36
Приложение А.....	37
Приложение Б.....	38
Приложение В.....	39
Приложение Г.....	40
Приложение Д.....	41
Приложение Е.....	42
Приложение Ж.....	43

Введение

Настоящая карта процесса (далее – Карта процесса) является нормативным документом и входит в состав документов системы менеджмента качества филиала ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и реабилитации» (далее – филиал ЦД и Р), устанавливает процедуру исполнения процесса «Стационарная медицинская помощь» в соответствии со стратегией и политиками ООО «Газпром трансгаз Москва», Политикой в области качества филиала ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и реабилитации», законодательными и др. обязательными требованиями.

Процедура процесса учитывает требования ИСО 9001:2015, ГОСТ Р 53092-2008.

1 Область применения

1.1 Карта процесса применяется руководством, руководителями подразделений и персоналом филиала ЦД и Р.

1.2 Карта процесса представляет общие сведения о процессе и распределении ответственности за его результаты.

1.2.1 Наименование процесса: Медицинское обеспечение, ЦД и Р.

1.2.2 Владелец процесса: генеральный директор.

1.2.3 Совладелец процесса первого уровня: начальник Медицинской службы-главный врач.

1.2.4 Совладелец процесса второго уровня: начальник филиала ЦД и Р.

1.2.5 Участники процесса: филиал «Центр диагностики и реабилитации».

1.2.6 Перечень периодических поручений, содержащихся в процессе, представлен в приложение А.

1.2.7 В рамках вида деятельности, регламентируемого Картой процесса, участники процесса обеспечивают выполнение установленных ПЛТ ГТМ 46/02/08-753-2022 «Политика управления рисками и внутреннего контроля» в филиале ЦД и Р следующих процедур внутреннего контроля:

согласование (одобрение документов, действий и пр.);

сверку (проверку полноты, точности, непротиворечивости и корректности информации);

анализ отклонений (оценку степени достижения поставленных целей, задач, планов).

1.2.8 Основополагающий документ: отсутствует.

1.3 Карта процесса является обязательной:

для руководителей и работников Медицинской службы;

руководителей и работников филиала ЦД и Р.

2 Нормативные ссылки

В Карте процесса использованы положения и ссылки на следующие нормативные документы:

ISO 9001:2015

Система менеджмента качества. –
Требования

ISO 9000:2015	Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь
ГОСТ Р 53092-2008.	Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения
Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ	Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации
Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ	Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации
Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ	«О государственной социальной помощи»;
Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ	О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации
Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ	О персональных данных
Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ	Об обращении лекарственных средств
Постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 г. N 4	«Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н	Об утверждении правил обязательного медицинского страхования
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н	Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н	Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми
Приказ Министерства здравоохранения социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 366н	Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи
приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.08.2010 № 706н	Об утверждении Правил хранения лекарственных средств
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.05.2023 № 266н	Об утверждении Порядка и периодичности проведения предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских

		осмотров, медицинских осмотров в течение рабочего дня (смены) и перечня включаемых в них исследований
Приказ здравоохранения Федерации от 08.10.2015 № 707н	Министерства Российской	Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»
Приказ здравоохранения 30.10.2020 № 1183н	Министерства РФ от	Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки для оказания первичной медико-санитарной помощи взрослым в неотложной форме
Приказ государственной статистики от 27.12.2016 № 866	Федеральной службы	Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья
СТО ГТМ 13.1-01-002-2020		Интегрированная система менеджмента Управление документацией.
СТО ГТМ 13.1-01-003-2019		Интегрированная система менеджмента Управление записями
СТО ГТМ 13.1-21-007-2019		Внутренние аудиты интегрированной системы менеджмента
СТО ГТМ 13.1-21-008-2019		Управление несоответствующей продукцией и несоответствиями
СТО ГТМ 13.1-21-009-2019		Корректирующие и предупреждающие действия
СТО ГТМ 13.1-21-018-2019		Интегрированная система менеджмента. Термины, определения и обозначения
ПЛТ ГТМ 46/02/08-753-2022		Политика управления рисками и внутреннего контроля ООО «Газпром трансгаз Москва»
Приказ ООО «Газпром трансгаз Москва» от 18.01.2016 № 17		Инструкция по предупреждению, выявлению и пресечению нарушений требований безопасности условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению) и осуществлении ими профессиональной деятельности
КП 1.05-2017		Мониторинг качества и безопасности услуг
КП 1.07-2017		Оценка удовлетворенности потребителей

Примечание:

1 При использовании Карты процесса целесообразно проверить действие ссылочных стандартов/нормативных документов на корпоративном портале Общества. Также следует проверить действие ссылочных стандартов/нормативных документов, применяя следующие ресурсы:

информационную систему общего пользования – на официальном сайте федерального органа исполнительной власти в сфере стандартизации в сети Интернет;

ежегодно издаваемый информационный указатель «Национальные стандарты», который опубликован по состоянию на 01 января текущего года, и по соответствующим ежегодно издаваемым информационным указателям, опубликованным в текущем году;

электронную библиотеку ООО «Газпром трансгаз Москва».

2 Если ссылочный стандарт/нормативный документ заменен (изменен), то при использовании Карты процесса следует руководствоваться заменяющим (измененным) стандартом/нормативным документом. Если ссылочный стандарт/нормативный документ отменен без замены, то положение, в котором на него дана ссылка, применяется в части, не затрагивающей эту ссылку.

3 Термины, определения и сокращения

3.1 В Карте процесса применяются термины и определения, установленные в [СТО ГТМ 13.1-21-018-2019](#), а также ряд других нижеследующих:

3.1.1 **анализ:** Определение пригодности, адекватности или результативности объекта для достижения установленных целей.

3.1.2 **аудит (проверка):** Систематический, независимый и документированный процесс получения свидетельств аудита (проверки) и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита (проверки).

3.1.3 **валидация:** Подтверждение посредством представления объективных свидетельств того, что требования, предназначенные для конкретного использования или применения, выполнены.

3.1.4 **верификация:** Подтверждение посредством представления объективных свидетельств того, что установленные требования были выполнены.

3.1.5 **владелец процесса:** лицо, несущее полную ответственность за процесс и наделённое полномочиями в отношении этого процесса.

3.1.6 **возможность:** Способность объекта получить выход, который будет соответствовать требованиям.

3.1.7 **вход процесса:** Материальные и информационные потоки, поступающие в процесс, на которые направлены воздействия процесса с целью преобразования их в выходы.

3.1.8 **выход процесса:** Результат процесса.

3.1.9 **данные:** Факты об объекте.

3.1.10 **документ:** Информация и носитель, на котором эта информация представлена.

3.1.11 **заинтересованная сторона:** Лицо или организация, которые могут воздействовать на осуществление деятельности или принятие решения, быть подверженными их воздействию или воспринимать себя в качестве последних.

3.1.12 **информация:** Значимые данные.

3.1.13 **инфраструктура:** Совокупность зданий, оборудования и служб обеспечения, необходимых для функционирования организации.

3.1.14 **контроль:** Определение соответствия установленным требованиям.

Примечание: Если результат контроля показывает соответствие, он может быть использован для целей верификации. Результат контроля может показывать соответствие, несоответствие или степень соответствия.

3.1.15 **корректирующее действие:** Действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

3.1.16 **мониторинг:** Определение статуса системы, процесса, продукции, услуги или действия.

3.1.17 **несоответствие:** Невыполнение требования.

3.1.18 **поставщик:** Организация, предоставляющая продукцию или услуги.

3.1.19 **потребители:** Лицо или организация, которые могут получать или получают продукцию, или услугу продукцией, или услугу, предназначенную или требуемую лицом или организацией.

3.1.20 **предупреждающее действие:** Действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

3.1.21 **продукция:** Выход организации, который может быть произведен без какого-либо взаимодействия между организацией и потребителем.

3.1.22 **процедура:** Установленный способ осуществления деятельности или процесса.

3.1.23 **процесс:** Совокупность взаимосвязанных или взаимодействующих видов деятельности, использующая входы для получения намеченного результата.

3.1.24 **результативность:** Степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

3.1.25 **ресурсы:** Содействующие входные потоки процесса, не преобразуемые в выходной поток (продукцию), например, персонал, знания, здания и сооружения, технология, оборудование, средства связи, среда для функционирования процесса и т. д.

3.1.26 **риск:** Влияние неопределенности.

3.1.27 **система менеджмента качества:** Часть системы менеджмента применительно к качеству.

3.1.28 **услуга:** Выход организации, с, по крайней мере, одним действием, обязательно осуществленным при взаимодействии организации и потребителя.

3.1.29 **эффективность:** Соотношение между достигнутым результатом и использованными ресурсами.

3.2. В Карте процесса применены следующие сокращения:

ЗД - заместитель директора;

ИО - испытательное оборудование;

КД - корректирующие действия;
НД - нормативный документ;
ОТ - охрана труда;
ПБ - профессиональная безопасность;
ПО - программное обеспечение;
ПРК - представитель руководства по качеству;
СИ - средства измерения;
СМК - система менеджмента качества;
ТЗ - техническое задание;
ISO - Международная организация по стандартизации.

4 Общие положения

4.1 Карта процесса разработана на основании следующих нормативных документов:

Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;

Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;

Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;

Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

приказа Министерства Российской Федерации от 28.02..2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»;

постановления Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 852

«О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»;

постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006»;

постановления Правительства Российской Федерации от 29.06.2021 № 1048 «об утверждении положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности»;

приказа Минздрава России от 03.08.2023 № 408 «Об утверждении Перечня документов, образующихся в деятельности Министерства здравоохранения

Российской Федерации и подведомственных ему организаций, с указанием сроков хранения»;

приказа Министерства здравоохранения РФ от 5 августа 2022 г. № 530н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения"

приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.08.2010 № 706н «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств»

приказа Министерства здравоохранения социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»;

приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»;

постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 г. N 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»;

4.2 Процесс «Стационарная медицинская помощь» относится к процессам основной деятельности филиала ЦД и Р. В данном процессе обеспечивается лечение пациентов в стационарных условиях.

Процесс включает следующие этапы:

4.2.1 Определение целей, показателей и требований для процесса.

4.2.2 Планирование стационарного лечения.

4.2.3 Анализ потребностей в госпитализации и планирование загрузки стационара.

4.2.4 Прием пациентов на госпитализацию и ознакомление его с правилами внутреннего распорядка филиала ЦД и Р.

4.2.5 Размещение пациента в стационаре.

4.2.6 Проведение первичного осмотра в отделении стационара лечащим врачом и постановка первичного диагноза.

4.2.7 Планирование обследования и лечения.

4.2.8 Оформление направлений на исследования и консультации и требований на расходные материалы и медикаменты.

4.2.9 Выполнение врачебных назначений.

4.2.10 Транспортировка пациента с ограниченными возможностями на обследования.

4.2.11 Мониторинг результатов лечения.

4.2.12 Установление заключительного диагноза и принятие решений о выписке или дальнейших действиях в отношении пациента.

4.2.13 Выписка пациента из стационара.

4.2.14 Ведение баз данных о пролеченных стационарных пациентах.

4.2.15 Оформление отчетности и предоставление ее заинтересованным сторонам.

4.2.16 Контроль качества медицинской помощи.

4.2.17 Мониторинг, измерение и анализ процесса.

4.3 На вход процесса «Стационарная медицинская помощь» поступают результаты (материальные и нематериальные потоки) следующих процессов системы менеджмента качества ЦД и Р:

4.3.1 Анализ, стратегическое и текущее планирование.

4.3.2 Требования потребителей.

4.3.3 Потребности заинтересованных сторон.

4.3.4 Лицензирование.

4.3.5 Управление договорами и внешним обеспечением.

4.3.6 Территория, помещение, схемы и обозначения.

4.3.7 Планирование и внедрение новых услуг. Формирование контингента потребителей.

4.3.8 Взаимодействие с внешними сторонами.

4.3.9 Обеспечение ТМЦ медицинского назначения.

4.3.10 Обеспечение компетентности медицинского персонала.

4.3.11 Обслуживание медицинского и измерительного оборудования.

4.3.12 Стерилизация инструментов, белья и материалов.

4.3.13 Знания и внутренний обмен информацией.

4.3.14 Документационное обеспечение.

4.3.15 Организация распределения специалистов

4.3.16 Неотложная и скорая неотложная медицинская помощь.

4.3.17 Предварительные и профилактические медицинские осмотры.

4.3.18 Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь.

4.3.19 Стационарная медицинская помощь.

4.4 Результаты процесса «Стационарная медицинская помощь» поступают на вход процессов:

4.4.1 Взаимодействие с внешними сторонами.

4.4.2 Обслуживание медицинского и измерительного оборудования.

4.4.3 Стерилизация инструментов, белья и материалов.

4.4.4 Документационное обеспечение.

4.4.5 Лицензирование.

4.4.6 Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь.

4.4.7 Стационарная медицинская помощь.

4.4.8 Знания и внутренний обмен информацией.

4.4.9 Оценка удовлетворенности потребителей.

4.4.10 Производственный контроль.

4.4.11 Экспертиза качества и безопасности медицинской помощи.

4.5 Выполнение требований, установленных для процесса «Стационарная медицинская помощь», проверяется в ходе внутреннего аудита согласно с требованиями СТО ГТМ 13.1-21-007-2019.

4.6 Несоответствующие выходы, обнаруженные при выполнении настоящего процесса в ходе контроля, аудитов, инспекций, анализа или обнаруженные потребителями и др. заинтересованными сторонами управляются в соответствии с требованиями СТО ГТМ 13.1-21-008-2019.

Рисунок 1 иллюстрирует взаимодействие процесса «Стационарная медицинская помощь» с потребителями и другими заинтересованными сторонами.

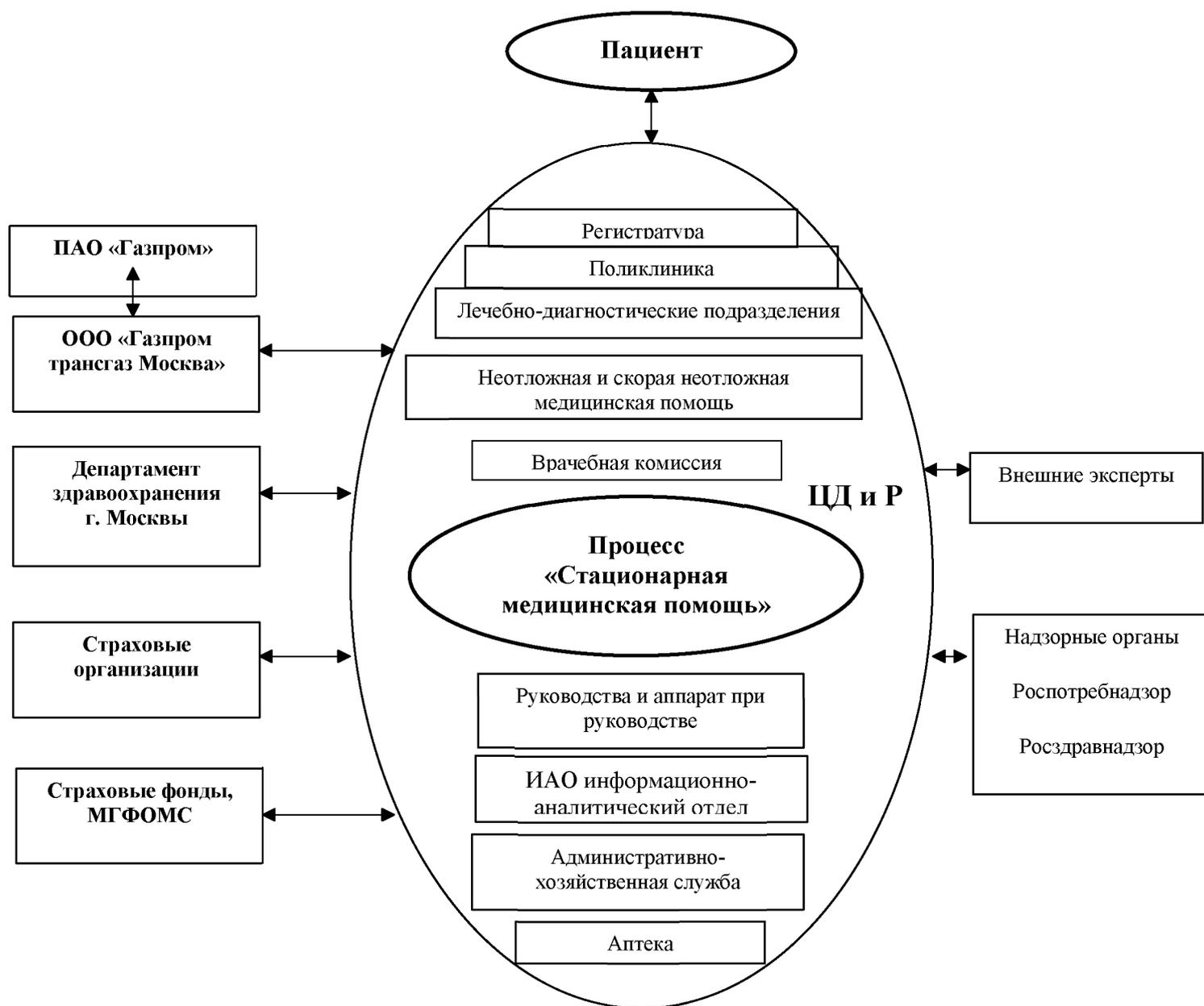


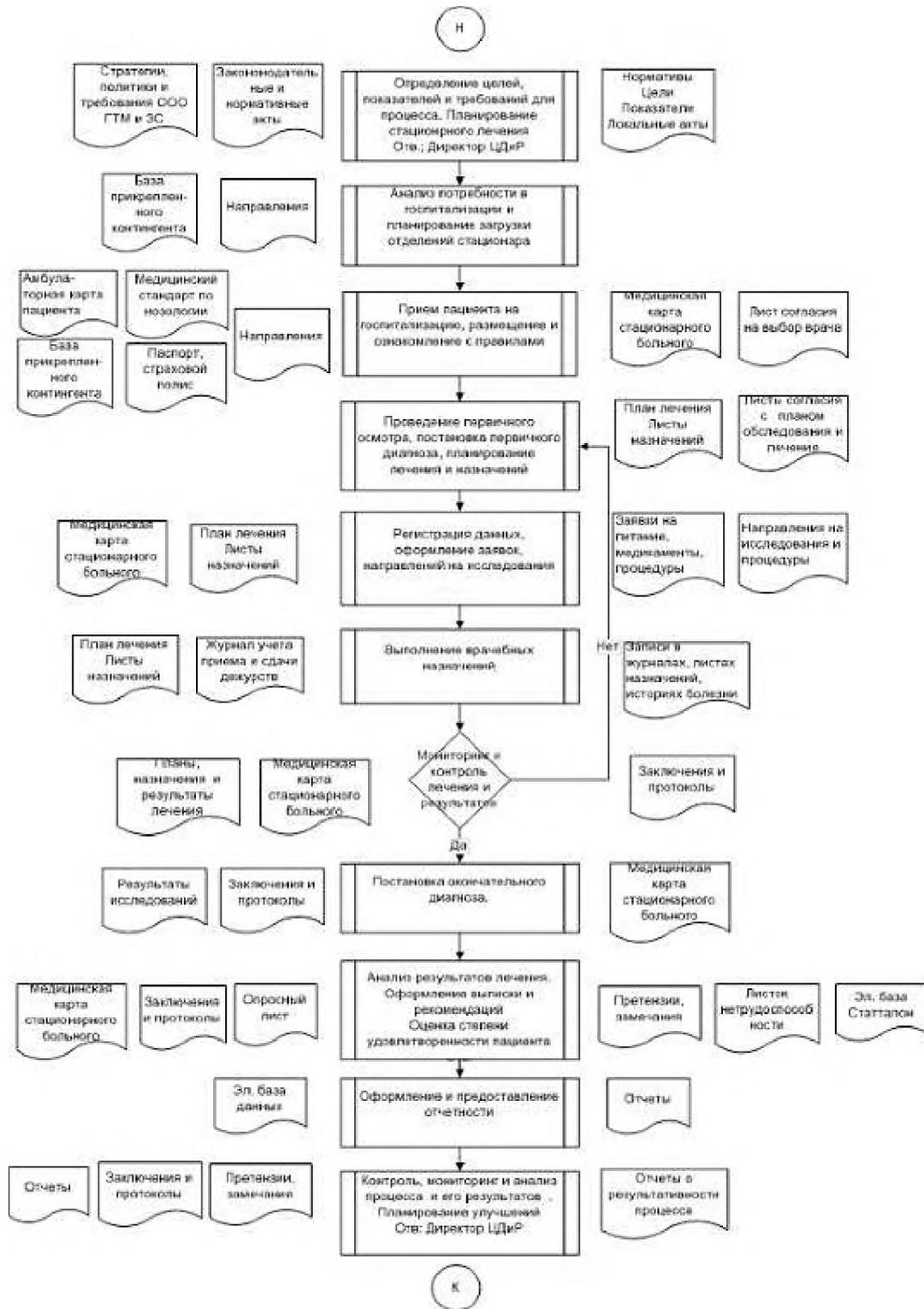
Рис. 1 Взаимодействие процесса «Стационарная медицинская помощь» с потребителями и другими заинтересованными сторонами

4.7 Карта процесса

Наименование процесса:		Владелец процесса:	
Стационарная медицинская помощь		Директор ЦД и Р	
Цели:	Оказание медицинской помощи различной специализации в соответствии с медицинскими стандартами пациентам, требующим стационарного режима		
Входы процесса:		Выходы процесса:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Пациент и/или его законный представитель 2. Первичная медицинская документация: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Направление на госпитализацию 2.2 Выписной эпикриз из медицинской карты амбулаторного больного (оригинал, копия) 2.3 Медицинская карта амбулаторного больного 2.4 Выписка о прививках и справка об отсутствии инфекционных контактов (для пациентов детского отделения) 3. Ходатайство на госпитализацию (для контингента ООО «Газпром трансгаз Москва») 4. Гарантийное письмо страховой организации 5. Паспорт пациента или свидетельство о рождении (для детей до 14 лет) 6. Полис ОМС 7. Прейскурант цен на услуги стационара. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Пациент 2. Медицинская карта стационарного больного 3. Выписной (переводной, посмертный) эпикриз 4. Листок нетрудоспособности или справка о нахождении в стационаре 5. Медицинское заключение о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ 6. Реестр оказанных медицинских услуг в условиях стационара 7. Акт об оказании медицинских услуг (при необходимости) 8. Отчетная документация 	
Поставщики процесса:		Потребители результатов процесса:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Пациент и/или его законный представитель 2. Страховая медицинская организация 3. Страховая организация 4. Прием врачей-специалистов: планирование диагностики и лечения 5. Периодические и предварительные профилактические осмотры 6. Амбулаторно-поликлиническая помощь 7. Неотложная и скорая медицинская помощь 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Пациент и/или его законный представитель 2. Страховая медицинская организация 3. Страховая организация 4. МГ ФОМС 5. Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь 6. Клинические санатории ООО «Газпром трансгаз Москва» 	
Ресурсы процесса:	Персонал	Врачи, средний и младший медицинский персонал стационарных отделений филиала ЦД и Р (детского, терапевтического, неврологического), заместитель директора ЦД и Р по стационарному лечению, персонал аптеки, медицинский персонал диагностических отделений и кабинетов, персонал отделения амбулаторно-поликлинической помощи, информационно-аналитический отдел ИАО	
	Рабочее пространство	Помещения стационаров филиала ЦД и Р (палаты, процедурные кабинеты и т. д.), диагностические кабинеты и кабинеты амбулаторно-поликлинической помощи, залы ЛФК	

Оборудование	Медицинское оборудование согласно стандартам оснащения диагностических кабинетов различного профиля Хозяйственный инвентарь Компьютерное и офисное оборудование Пассажирский и грузовой лифты
Измерительные приборы	Поверенные в установленные сроки средства измерения: электрокардиографы, тонометры, термометры, гигрометры, ростометры, весы медицинские
Программное обеспечение и средства связи	Информационно-справочные системы: АС «Дело» – система электронного документооборота 1С: Учет медицинских услуг – система учета медицинских услуг РС ЕРЗЛ – региональный сегмент единого реестра застрахованных лиц ПУМП – персонифицированный учет медицинской помощи Телефонная, мобильная, Интернет, локальная сеть
Услуги внешних поставщиков	Диетическое питание пациентов
Производственная среда:	Условия ПБ и ОТ, противопожарной безопасности, собственной безопасности, экологической безопасности, освещённость, температурно-влажностный режим, кратность воздухообмена, санитарно-гигиенические условия в соответствии с нормативами, обеспечение защиты персональных данных пациентов

4.8 Блок-схема процесса:



4.9 Описание процесса:

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
<p>Законодательные и регулирующие нормативные правовые акты:</p> <p>Стратегия и политика ООО «Газпром трансгаз Москва»;</p> <p>Политика в области качества филиала ЦД и Р;</p> <p>Цели в области качества филиала ЦД и Р</p>	<p>Определение целей, показателей и требований для процесса</p> <p>Планирование процесса, включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – определение законодательных и иных обязательных нормативных актов и их изменений; – определение потребностей и ожиданий потребителей и ключевых заинтересованных сторон; – постановку и обеспечение согласования и утверждения целей, плановых показателей для процесса (приложение А); – обеспечение планирования деятельности для достижения целей и выполнения требований (приложение Б); – определение (понимание) рисков и возможностей/ограничений (приложение В); – определение необходимой деятельности для стабильного функционирования процесса, включая верификацию и валидацию процесса и его результатов; – распределение ролей и ответственности между исполнителями, установление требований к их компетентности; – определение необходимости измерений, мониторинга, контроля, подтверждения и одобрения процесса/операций/манипуляций и их результатов; – определение и обеспечение наличия необходимых ресурсов; 	<p>Перечень законодательных, нормативных правовых требований, применяемых в процессе:</p> <p>Цели и показатели для процесса планирования;</p> <p>График разработки/актуализации внутренних нормативных документов;</p> <p>Внутренние нормативные документы по процессу;</p> <p>Лицензия на осуществление медицинской деятельности;</p> <p>Должностные инструкции работников отделения;</p> <p>Положение об отделении</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
	<p>– планирование, выпуск и актуализация внутренних нормативных документов, касающихся диагностических исследований (СТО, инструкций, правил, методик, положений, стандартных операционных процедур) согласно требований СТО ГТМ 13.1-01-002-2020 и СТО ГТМ 13.1-01-003-2019;</p> <p>– назначение ответственных исполнителей за разработку и актуализацию документов, устанавливающих требования для процесса производства;</p> <p>– обеспечение прохождения процедуры лицензирования медицинской деятельности и получения лицензии при осуществлении стационарной медицинской помощи, в т. ч., при осуществлении специализированной медицинской помощи.</p> <p><i>Сроки исполнения:</i> ежегодно; в периоды, установленные для проведения анализа СМК; по мере необходимости</p> <p><i>Ответственный:</i> директор ЦД и Р</p>	
<p>Стратегия и политики ООО «Газпром трансгаз Москва»</p> <p>Политика в области качества филиала ЦД и Р</p> <p>Цели в области качества филиала ЦД и Р</p> <p>Отчет о работе отделения за прошедший год</p>	<p>Планирование стационарного лечения</p> <p>– Анализ потребностей в стационарной помощи</p> <p>– Определение профилей стационарного лечения</p> <p>– Планирование загрузки коечного фонда и оборота койки</p> <p>– Определение нормы пребывания в стационаре по нозологии</p> <p>– Формирование штатного расписания отделений стационара</p> <p>– Определение количества койко-мест в палатах и статуса палат</p> <p>– Оснащение отделения в соответствии со стандартами</p>	<p>Расчет коечного фонда и оборота койки</p> <p>Штатные расписания отделений</p> <p>Прейскурант цен на медицинские услуги</p> <p>Информация об оказываемых услугах на сайте филиала ЦД и Р и информационных стендах</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
	<p>– Подбор и обеспечение компетентности медицинского персонала в соответствии с КП 3.02-2018</p> <p>– Планирование и внедрение новых услуг в стационаре согласно с КП 2.01-2018</p> <p>– Расчет стоимости услуг</p> <p>– Информирование потребителей</p> <p><i>Сроки исполнения:</i> ежегодно по мере необходимости</p> <p><i>Ответственный:</i> заместитель директора ЦД и Р по стационарному лечению</p>	
<p>Направление на госпитализацию от специалистов филиала ЦД и Р по установленной форме. Ходатайство о госпитализации от начальника подразделения ГТМ по установленной форме. Заключение о необходимости госпитализации по результатам периодического медицинского осмотра. Направление врачей неотложной помощи</p>	<p>Анализ потребностей в госпитализации и планирование загрузки стационара:</p> <p>– Анализ результатов неотложной помощи, профосмотров и результатов амбулаторно-поликлинического лечения;</p> <p>– Анализ информации о пациенте (на основе предоставленных выписных эпикризов из медицинской карты амбулаторного пациента, выписных эпикризов из других ЛПУ и т. д.);</p> <p>– Отбор пациентов для госпитализации в профильные отделения стационара.</p> <p><i>Сроки исполнения:</i> еженедельно (по вторникам); в день приема пациента по наличию показаний для неотложной госпитализации.</p> <p><i>Ответственный:</i> члены госпитальной комиссии (заведующие стационарных отделений, заведующий приемным отделением, заведующие отделениями поликлиники заместитель директора ЦД и Р по стационару, заместитель директора ЦД и Р по поликлинике)</p>	<p>Решение госпитальной комиссии о целесообразности стационарного лечения (протокол ГК) План-график госпитализации в различные отделения</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
<p>Решение госпитальной комиссии о целесообразности стационарного лечения (протокол ГК).</p> <p>П л а н - г р а ф и к госпитализации в различные отделения</p> <p>Положение о госпитализации филиале ЦД и Р</p> <p>Правила внутреннего распорядка филиала ЦД и Р</p> <p>Пациент и/или его законный представитель.</p> <p>Первичная медицинская документация:</p> <ul style="list-style-type: none"> – направление на госпитализацию – копия выписного эпикриза из медицинской карты амбулаторного больного – медицинская карта амбулаторного больного – выписка о прививках (для пациентов детского отделения) – справка об отсутствии инфекционных контактов (для пациентов детского отделения) <p>Ходатайство на госпитализацию (для контингента ООО «Газпром трансгаз Москва»)</p> <p>Гарантийное письмо страховой организации</p> <p>Паспорт пациента и/или его законного</p>	<p>Прием пациентов на госпитализацию и ознакомление его с правилами внутреннего распорядка филиала ЦД и Р</p> <ul style="list-style-type: none"> – Анализ базы прикрепленного контингента – Идентификация пациента – Оформление согласия на обработку персональных данных – Оформление информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств для получения первичной медико-санитарной помощи – Регистрация в журнале учета приема больных и отказов в госпитализации – Присвоение индивидуального номера медицинской карте стационарного больного – Заполнение титульного листа медицинской карты стационарного больного: <ul style="list-style-type: none"> – паспортная часть – непереносимость лекарственных средств – Измерение антропометрических данных пациента, температуры, АД, ЧСС – Осмотр врача приемного отделения – Оформление осмотра врача приемного покоя в медицинской карте стационарного больного – Установление предварительного диагноза – Выявление противопоказаний для госпитализации – Санитарная обработка пациента при необходимости – Ознакомление пациента с правилами внутреннего распорядка филиала ЦД и Р и режима работы отделений 	<p>Согласие на обработку персональных данных</p> <p>Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств для получения первичной медико-санитарной помощи</p> <p>Учетная запись в журнале учета приема больных и отказов в госпитализации</p> <p>Согласие с правилами внутреннего распорядка филиала ЦД и Р</p> <p>Медицинская карта стационарного больного</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
<p>представителя Свидетельство о рождении (для детей до 14 лет) Полис ОМС Листок временной нетрудоспособности (при его наличии)</p>	<p>– Сопровождение пациента медицинским работником приемного отделения в стационарное отделение <i>Сроки исполнения:</i> ежедневно в день приема пациента по наличию показаний к госпитализации <i>Ответственный:</i> врач приемного отделения</p>	
<p>Пациент Медицинская карта стационарного больного Первичная медицинская документация: – направление на госпитализацию – копия выписного эпикриза из медицинской карты амбулаторного больного медицинская карта амбулаторного больного – выписка о прививках (для пациентов детского отделения) – справка об отсутствии инфекционных контактов (для пациентов детского отделения) Листок временной нетрудоспособности (при его наличии)</p>	<p>Размещение пациента в стационаре – Регистрация пациента в журнале учета приема больных и отказов в госпитализации в соответствующем отделении – Определение пациента в палату на свободное койко-место). – Оформление медицинской карты стационарного больного – Установление необходимости оформления листка временной нетрудоспособности – Заполнение индивидуальной прикроватной карты (идентификация пациента) – Фиксация времени поступления пациента в отделение – Внесение пациента в сводку движения пациентов стационара филиала ЦД и Р (7-00 утра следующего дня) <i>Сроки исполнения:</i> первые 30 минут поступления пациента в отделение стационара <i>Исполнитель:</i> медицинская сестра палатная <i>Ответственный:</i> заведующий отделением</p>	<p>Учетная запись в журнале учета приема больных и отказов в госпитализации в отделении Медицинская карта стационарного больного Индивидуальные прикроватные карты пациента</p>
<p>Пациент (и его законные представители для детей до 18 лет) Медицинская карта стационарного больного Первичная медицинская документация: – направление на госпитализацию – копия выписного</p>	<p>Проведение первичного осмотра в отделении стационара лечащим врачом и постановка первичного диагноза – Выяснение жалоб пациента лечащим врачом – Сбор анамнеза у пациента (или у его законного представителя)</p>	<p>Медицинская карта стационарного больного Предварительный диагноз</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
<p>эпикриза из медицинской карты амбулаторного больного – медицинская карта амбулаторного больного</p>	<p>– Ознакомление с предоставленной дополнительной медицинской документацией – Первичный осмотр пациента лечащим врачом совместно с заведующим отделением – Установление предварительного диагноза <i>Сроки исполнения:</i> осмотр врачом – в первые два часа с момента поступления пациента в стационар совместный осмотр с заведующим отделения – в течение 48 часов с момента поступления в стационар <i>Исполнитель:</i> лечащий врач <i>Ответственный:</i> заведующий отделением</p>	
<p>Медицинская карта стационарного больного Предварительный диагноз Медицинские стандарты и клинические рекомендации Инструкции по применению лекарственных препаратов</p>	<p>Планирование обследования и лечения – Планирование обследования – Составление плана лечения – Оформление согласия пациента (или его законного представителя) с общим планом обследования и лечения – Оформление информированного согласия пациента (или его законного представителя) на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру) – Оформление листа врачебных назначений с указанием режима, диеты, планируемых диагностических мероприятий и медикаментозной терапии <i>Сроки исполнения:</i> в первые два часа с момента поступления пациента в стационар <i>Исполнитель:</i> лечащий врач <i>Ответственный:</i> заведующий отделением</p>	<p>Медицинская карта стационарного больного План обследования План лечения Согласие пациента (или его законного представителя) с общим планом обследования и лечения Информированное согласие пациента (или его законного представителя) на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру) Лист врачебных назначений</p>
<p>Медицинская карта стационарного больного Лист врачебных назначений</p>	<p>Оформление направлений на исследования и консультации и требований на расходные материалы и медикаменты – Анализ врачебных назначений</p>	<p>Журнал врачебных назначений Направления на исследования и консультации</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
	<ul style="list-style-type: none"> – Оформление направлений на исследования и консультации – Заполнение журнала врачебных назначений – Формирование графика (даты и время) обследования пациента с учетом срочности исследования и требований СанПин для предотвращения внутрибольничных инфекций – Выписка направлений на запланированные лабораторные обследования (анализы) – Выписка направлений на запланированные инструментальные исследования и консультации с регистрацией в журнале учета приема и сдачи дежурств на посту – Подача заявки процедурной медицинской сестре отделения и лаборантам клиничко-диагностической лаборатории филиала ЦД и Р на забор крови для различных обследований – Внесение пациента в требование на питание на следующий день по определенной диете – Оформление требования старшей медицинской сестре отделения на получение на медицинский пост и в процедурный кабинет необходимых для пациента медикаментов и расходных медицинских материалов – Оформление старшей медицинской сестрой отделения требования в аптеку на получение необходимых медикаментов и расходных медицинских материалов <p><i>Сроки исполнения:</i> в день приема пациента</p> <p><i>Исполнитель:</i> медицинская сестра палатная</p> <p><i>Ответственный:</i> старшая медицинская сестра отделения</p>	<p>Журнал учета приема и сдачи дежурств с графиком обследования пациента.</p> <p>Журнал учета забора крови в процедурном кабинете</p> <p>Журнал учета процедур</p> <p>Требования на питание по определенной диете</p> <p>Требования на получение медикаментов в аптеку</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
<p>Лист врачебных назначений Журнал врачебных назначений Журнал учета приема и сдачи дежурств на посту Журнал учета забора крови в процедурном кабинете Журнал учета процедур</p>	<p>Выполнение врачебных назначений</p> <ul style="list-style-type: none"> – Забор материала для лабораторных анализов – Ежедневный контроль самочувствия пациентов – Проведение динамических измерительных мероприятий (термометрия, АД – метрия и других по назначению лечащего врача) – Подготовка пациента к запланированным исследованиям согласно инструкции – Сопровождение пациента с историей болезни (для обеспечения защиты конфиденциальных данных) на исследования и консультации специалистов согласно графику – Проведение медицинских манипуляций по назначению лечащего врача согласно инструкциям с последующей регистрацией в журнале врачебных назначений – Раскладка и индивидуальная раздача лекарственных препаратов каждому пациенту согласно назначению врача <p><i>Сроки исполнения:</i> ежедневно весь период пребывания пациента в стационаре</p> <p><i>Исполнитель:</i> медицинская сестра палатная процедурная медицинская сестра.</p> <p><i>Ответственный:</i> старшая медицинская сестра заведующий отделением</p>	<p>Отметки о выполнении врачебных назначений в листе врачебных назначений в медицинской карте стационарного больного (под роспись).</p> <p>Отметки о выполнении врачебных назначений в Журнале учета приема и сдачи дежурств на посту (под роспись).</p> <p>Результаты анализов Заключения проведенных диагностических исследований или консультаций специалистов</p>
<p>Медицинская карта стационарного больного Средства транспортировки пациентов</p>	<p>Транспортировка пациента с ограниченными возможностями на обследования</p> <ul style="list-style-type: none"> – Подготовка средства передвижения пациента (каталка, коляска) – Погрузка пациента на средство передвижения 	<p>Медицинская карта стационарного больного</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
	<p>– Сопровождение пациента с историей болезни на исследования и консультации специалистов согласно графику в соответствии КП 2.05</p> <p><i>Сроки исполнения:</i> ежедневно весь период пребывания пациента в стационаре</p> <p><i>Исполнитель:</i> медицинская сестра палатная младшая медицинская сестра</p> <p><i>Ответственный:</i> старшая медицинская сестра заведующий отделением</p>	
<p>Динамика клинической картины</p> <p>Результаты анализов</p> <p>Заключения диагностических исследований и консультаций специалистов</p>	<p>Анализ результатов обследования и лечения</p> <p>– Анализ динамики состояния пациента в дневниках лечащего врача</p> <p>– Анализ полученных результатов обследования</p> <p>– Установление клинического диагноза за подписью заведующего отделением на основании данных анамнеза, осмотра, результатов проведенных обследований</p> <p>– Коррекция плана обследования с учетом клинического диагноза</p> <p>– Коррекция плана терапии с учетом клинического диагноза</p> <p><i>Сроки исполнения:</i> в день приема пациента по наличию показаний</p> <p><i>Ответственный:</i> врач ультразвуковой диагностики медицинская сестра ультразвуковой диагностики</p>	<p>Клинический диагноз, заверенный подписью заведующего отделением</p> <p>План обследования и лечения с внесенными коррективами</p> <p>Медицинская карта стационарного больного</p>
<p>Медицинская карта стационарного больного</p> <p>Лист врачебных назначений</p> <p>Медицинские стандарты</p> <p>Инструкции лекарственным препаратам</p>	<p>Мониторинг результатов лечения</p> <p>– Контроль объективного клинического статуса пациента</p> <p>– Контроль соответствия врачебных назначений диагнозу</p> <p>– Контроль совместимости препаратов и правильности их введения</p>	<p>Записи (дневники) лечащего врача в медицинской карте стационарного больного</p> <p>Журнал учета побочных эффектов препаратов</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
	<ul style="list-style-type: none"> – Контроль результатов лечения – Коррекция плана обследования и лечения в зависимости от полученных результатов – Проведение совместных осмотров лечащего врача и заведующего отделением не реже 1 раза в неделю <p><i>Сроки исполнения:</i> каждые 2 дня весь период пребывания пациента в стационаре</p> <p><i>Исполнитель:</i> лечащий врач</p> <p><i>Ответственный:</i> заведующий отделением</p>	
<p>Медицинская карта стационарного больного с результатами обследования</p> <p>План лечения</p> <p>Лист врачебных назначений</p> <p>Нормативы пребывания в отделениях стационара по нозологии</p>	<p>Установление заключительного диагноза и принятие решений о выписке или дальнейших действиях в отношении пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> – Анализ проведенного обследования с формулировкой окончательного диагноза – Направление на консультацию к узкому специалисту для специализированного исследования в другое ЛПУ – Принятие решения о выписке пациента на долечивание/наблюдение в амбулаторных условиях/ в условиях дневного стационара – Принятие решения лечащим врачом совместно с заведующим отделения о переводе пациента в другое (профильное) отделение внутри медицинской организации с оформлением соответствующей записи (переводного эпикриза) – Принятие решения лечащим врачом совместно с заведующим отделения о переводе пациента в другое (профильное) отделение стороннего ЛПУ с оформлением соответствующей записи (переводного эпикриза) – Оформление этапного эпикриза за подписью лечащего врача и заведующего отделением 	<p>Этапный эпикриз</p> <p>Заключительный диагноз, включающий основной и сопутствующий диагнозы, осложнения, заверенный подписью заведующего отделением</p> <p>План обследования и лечения с внесенными коррективами</p> <p>Переводной эпикриз</p> <p>Посмертный эпикриз</p> <p>Протокол ВК о переводе пациента на санаторно-курортное долечивание</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
	<p>– Обоснование и формулирование заключительного диагноза, включающего основной и сопутствующий диагнозы, осложнения, заверенный подписью заведующего отделением</p> <p>– Оформление переводного или посмертного эпикриза за подписью лечащего врача, заведующего отделением</p> <p>– Оформление направления на ВК при необходимости перевода пациента на санаторно-курортное долечивание с оформлением соответствующей записи (переводного эпикриза)</p> <p>– Проведение ВК при необходимости перевода пациента на санаторно-курортное долечивание</p> <p><i>Сроки исполнения:</i> не позднее каждого десятого дня пребывания пациента в стационаре</p> <p>По мере необходимости</p> <p><i>Исполнитель:</i> лечащий врач</p> <p><i>Ответственный:</i> заведующий отделением</p>	
<p>Медицинская карта стационарного больного с результатами обследования</p> <p>Лист врачебных назначений</p>	<p>Выписка пациента из стационара</p> <p>– Оформление выписки для пациента со сформулированным окончательным диагнозом, заверенной подписью лечащего врача, заведующего отделением и заместителя директора ЦД и Р по стационарному лечению</p> <p>– Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и оформление листка нетрудоспособности (при необходимости) в установленном порядке</p>	<p>Пациент</p> <p>Медицинская карта стационарного больного</p> <p>Выписка из медицинской карты стационарного больного, заверенная подписью лечащего врача, заведующего отделением и заместителя директора ЦД и Р по стационарному лечению.</p> <p>Листок нетрудоспособности или справка о нахождении в стационаре.</p> <p>Медицинское заключение о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ</p> <p>Карты выбывшего из стационара пациента</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
	<p>– Оценка и оформление медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ сотрудников ООО «Газпром трансгаз Москва», направленным для проведения углубленного стационарного обследования по результатам периодического медицинского осмотра</p> <p>– Оценка и вынесение заключения о наличии/отсутствии у сотрудников ООО «Газпром трансгаз Москва», противопоказаний к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами</p> <p><i>Сроки исполнения:</i> в день выписки пациента из стационара</p> <p><i>Исполнитель:</i> лечащий врач старшая медицинская сестра заведующий отделением - профпатолог</p> <p><i>Ответственный:</i> заведующий отделением</p>	
<p>Медицинская карта стационарного больного Карты выбывшего из стационара пациента</p>	<p>Ведение баз данных о пролеченных стационарных пациентах</p> <p>– Анализ медицинской карты стационарного больного</p> <p>– Оформление карты выбывшего из стационара пациента</p> <p>– Формирование реестра оказанных услуг (1С)</p> <p><i>Сроки исполнения:</i> в день выписки пациента из стационара</p> <p><i>Исполнитель:</i> старшая медицинская сестра заведующий ИАО</p> <p><i>Ответственный:</i> Заведующий отделением</p>	<p>Реестр оказанных медицинских услуг.</p>
<p>Реестр оказанных медицинских услуг</p>	<p>Оформление отчетности и предоставление ее заинтересованным сторонам</p> <p>– Проверка реестра оказанных медицинских услуг</p>	<p>Акт об оказании медицинских услуг (при необходимости)</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
	<ul style="list-style-type: none"> – Анализ работы отделения использование коечного фонда (оборот койки, средний койко-день пребывания в стационаре, среднее время простоя койки и т. д.) – Формирование отчета в электронном виде (база 1С) – Анализ структуры госпитализированного контингента – Анализ структуры заболеваемости – Анализ впервые выявленных заболеваний – Анализ проводимых консультативно-диагностических мероприятий – Анализ исполнения планово-контрольных показателей <p><i>Сроки исполнения:</i> ежемесячно два раза в год (по итогам 6 и 12 месяцев)</p> <p><i>Исполнитель:</i> заведующий ИАО заведующий отделением</p> <p><i>Ответственный:</i> заведующий отделением</p>	<p>Ежемесячный отчет отделения стационара для руководителя филиала по исполнению объема оказанных медицинских услуг и исполнению планово-контрольных показателей (в электронном виде).</p> <p>Отчет работы отделения стационара по исполнению объема оказанных медицинских услуг и исполнению планово-контрольных показателей за 6 мес.</p> <p>Отчет работы отделения стационара по исполнению объема оказанных медицинских услуг и исполнению планово-контрольных показателей за год.</p> <p>Презентация годового отчета работы отделения</p>
<p>Медицинская карта стационарного больного</p> <p>Карта внутреннего контроля качества, заверенная подписью заведующего отделением</p> <p>Программа внутренних аудитов</p> <p>Планы аудитов</p> <p>СТО ГТМ 13.1-21-007-2019</p>	<p>Контроль качества медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> – Анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи согласно с КП 1.05 – Производственный контроль. – Оформление карты внутреннего контроля качества, расчет коэффициента качества медицинской помощи стационарному пациенту – Определение среднего коэффициента качества медицинской помощи стационарному пациенту за отчетный период (за месяц, 6 месяцев, год) – Анализ результатов аудитов первой стороной (внутренний аудит). 	<p>Карта внутреннего контроля качества с определением коэффициента качества, заверенная подписью заведующего отделением и заместителя директора ЦД и Р по стационарному лечению</p> <p>Средний коэффициент качества отделения за отчетный период (за месяц, 6 месяцев год)</p> <p>Протоколы регистрации несоответствий</p> <p>Планы КД</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
	<p>– Анализ результатов аудитов второй стороной (аудит со стороны потребителя или поставщика)</p> <p>– Анализ результатов аудитов третьей стороной (сертификационный, инспекционный аудит со стороны органа по сертификации)</p> <p>– Планирование и выполнение мер коррекции, корректирующих действий (приложение Г) согласно с СТО ГТМ 13.1-21-009-2019</p> <p><i>Срок исполнения:</i> Не позднее трехдневного срока после выписки пациента из стационара</p> <p>Планирование КД – не позднее трехдневного срока со дня обнаружения несоответствия</p> <p>Исполнение КД – в сроки, согласно плану</p> <p><i>Ответственный:</i> заведующий отделением заместитель директора ЦД и Р по стационарному лечению</p>	
<p>Данные по исследованиям, по результатам контроля, аудита, инспекций</p> <p>Отчет об удовлетворенности потребителей</p> <p>Отчеты и данные о выполнении требований</p>	<p>Мониторинг, измерение и анализ процесса</p> <p>– Анализ выполнения целей, показателей, реализуемых проектов и планов, требований (приложение Д)</p> <p>– Анализ рисков и возможностей процесса, разработка, внедрение и оценка результативности мер по обращению с рисками (приложение В), анализ причин несоответствий, разработка и оценка результативности КД (Приложение Г) согласно с СТО ГТМ 13.1-21-009-2019</p> <p>– Подготовка отчёта о результативности процесса в соответствии с приказом о проведении анализа СМК. Выработка мер по улучшению процесса (приложение Е)</p> <p><i>Срок исполнения:</i> В периоды, установленные для проведения</p>	<p>Отчёт о результативности процесса</p>

Входы	Содержание процесса и роли вовлеченных руководителей и исполнителей	Выходы
	<p>анализа СМК</p> <p>По мере необходимости</p> <p><i>Исполнитель:</i> заместитель директора ЦД и Р по стационарному лечению</p> <p><i>Ответственный:</i> директор ЦД и Р назначенное лицо</p>	
<p>Показатели оценки результативности процесса:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Использование коечного фонда отделений стационара 1.1 Среднее число дней занятости койки в году 1.2 Оборот койки 1.3 Средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре 1.4 Среднее время простоя койки 1.5 Процент использования коечного фонда 2. Летальность 3. Выполнение плана загрузки отделения 4. Средний коэффициент качества отделения за отчетный период (за месяц, 6 месяцев год) 5. Соблюдение сроков: первичного осмотра пациента; установление предварительного диагноза и формирования плана обследования и лечения; установление клинического диагноза 6. Доля пациентов, удовлетворенных качеством медицинской помощи в ЛПУ 	
<p>Критерии оценки Результативности процесса:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Показатели использования коечного фонда отделений стационара 1.1 Среднее число дней занятости койки в году – не менее 219 дней. 1.2 Оборот койки – не менее 12 1.3 Средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре не более 18 дней. 1.4 Среднее время простоя койки – не более 12 дней. 1.5 Процент использования коечного фонда – не менее 60 % 2. Летальность – не более 0 % 3. Выполнение плана загрузки отделения – не менее 98 % 4. Средний коэффициент качества отделения за отчетный период (за месяц, 6 месяцев год) – не менее 0,6 5. Соблюдение сроков: <ul style="list-style-type: none"> - первичного осмотра пациента – не позднее 2-х часов от поступления - установление предварительного диагноза и формирования плана обследования и лечения - установление клинического диагноза – не позднее 72 часов 6. Доля пациентов, удовлетворенных качеством медицинской помощи в ЛПУ – не менее 70 % 	
<p>Методы мониторинга и измерения процесса и его результатов:</p>	<p>Инструментальный, расчетный, экспертный</p>	

5 Управление документами

№ п/п	Наименование документа	Идентификация документа	Кто разрабатывает и актуализирует документ	Кто утверждает	Место хранения подлинника	Кто принимает решение об изменении /отмене документа
1.	Положение об отделении	68-02-12-07	Заведующий отделением	Начальник филиала	Экономист по труду	Руководитель структурного подразделения
2.	Годовой план работы отделения	68-02-12-01	Заведующий отделением	Начальник филиала	Отделение	Начальник филиала
3.	Должностные инструкции работников отделения	68-02-12-08	Заведующий отделением	Начальник филиала	Экономист по труду	Начальник филиала
4.	Годовой отчет о работе отделения	68-02-12-11	Заведующий отделением	Начальник филиала	Отделение	Начальник филиала

6 Управление записями

№ п/п	Наименование записи	Идентификация	Форма/носитель	Ответственный	Место хранения
1.	Медицинская карта амбулаторного больного (форма № 003/у)	68-02-12-18 КИ бд	Бумажный	Работник регистратуры Работник архива Врач–специалист	Регистратура и Архив филиала
2.	Журнал учета приема больных и отказов от госпитализации	68-02-12-17	Бумажный	Старшая медицинская сестра	отделение
3.	Журнал врачебных назначений (внутривенных)	68-02-09-23	Бумажный	Старшая медицинская сестра	отделение
4.	Журнал врачебных назначений (внутримышечных)	68-02-09-23	Бумажный	Старшая медицинская сестра	отделение
5.	Журнал забора материала для анализов	68-02-15-37	Бумажный	Старшая медицинская сестра	отделение
6.	Табель учета рабочего времени сотрудников	68-03-01-29	Бумажный и электронный	Бухгалтер	Учетно-контрольная группа
7.	Статистическая карта выбывшего из стационара	Форма № 066 у-02	Бумажный и Электронный	Заведующий отделением	Архив филиала

№ п/п	Наименование записи	Идентификация	Форма/носитель	Ответственный	Место хранения
8.	Еженедельные отчеты о результативности процесса	Унифицированная форма	Бумажная и Электронная	Заведующий отделением	отделение
9.	Отчет (презентация) работы отделения стационара по исполнению объема оказанных медицинских услуг и исполнению планово-контрольных показателей за год	Унифицированная форма	Электронная	Заведующий отделением	Заведующий отделением
10.	Журнал административных обходов	68-02-12-13	Бумажный	Заведующий отделением	Структурное подразделение
11.	Журнал заявок по устранению дефектов работы медицинского оборудования	68-02-12-14	Бумажный	Старшая медицинская сестра	отделение
12.	Книга учета материальных ценностей	68-02-12-16	Бумажный	Старшая медицинская сестра	отделение
13.	Журнал учета поступления и расхода перевязочного материала	68-02-12-19 КИ бд	Бумажный	Старшая медицинская сестра	отделение
14.	Журнал учета поступления и расхода этилового спирта	68-02-12-20	Бумажный	Старшая медицинская сестра	отделение
15.	Журнал учета спирта в процедурном кабинете	68-02-12-21	Бумажный	Старшая медицинская сестра	отделение
16.	Журнал учета процедур	68-02-12-22	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Структурное подразделение
17.	Журнал регистрации операций, связанных с оборотом наркотических и психотропных средств	68-02-12-24	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Структурное подразделение
18.	Журнал качества предстерилизационной обработки (форма 366/у)	68-02-12-27	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Старшая медицинская сестра отделения
19.	Журнал учета дезинфекционной обработки вещей, постельного белья (форма 353/у)	68-02-12-29 КИ бд	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Старшая медицинская сестра отделения
20.	Журнал смены постельного белья	68-02-12-30	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Старшая медицинская сестра

№ п/п	Наименование записи	Идентификация	Форма/носитель	Ответственный	Место хранения
					отделения
21.	Документы по движению товарно-материальных ценностей (накладные, акты на списание, инвентаризационные описи) материально ответственных лиц	68-02-12-32	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Старшая медицинская сестра отделения
22.	Книга температурного учета в холодильниках	68-02-12-34	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Структурное подразделение
23.	Журнал учета использования одноразовых шприцев и систем	68-02-12-35	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Структурное подразделение
24.	Журнал накладных на внутреннее перемещение материалов, наркотических и психотропных веществ	68-02-12-37	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Структурное подразделение
25.	Журнал учета температуры и влажности	68-02-12-38	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Структурное подразделение
26.	Журнал контроля прохождения медосмотров сотрудниками	68-02-12-39	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Старшая медицинская сестра отделения
27.	Журнал учета занятий с персоналом	68-02-12-40	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Старшая медицинская сестра отделения
28.	Технологический журнал учета отходов класс В	68-02-12-41	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Старшая медицинская сестра отделения
29.	Журнал учета спирта на посту	68-02-12-42	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Структурное подразделение
30.	Журнал обучения персонала нормам САНПиН	68-02-12-43	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Старшая медицинская сестра отделения
31.	Журнал регистрации инструктажа по охране труда	68-02-12-02	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Структурное подразделение

№ п/п	Наименование записи	Идентификация	Форма/носитель	Ответственный	Место хранения
32.	Журнал регистрации инструктажа по пожарной безопасности	68-02-12-03	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Структурное подразделение
33.	Журнал учета инфекционных заболеваний	68-02-15-29	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Старшая медицинская сестра отделения
34.	Журнал приема-передачи дежурств	68-02-09-39	Бумажный	Заведующий отделением	Структурное подразделение
35.	Журнал побочных эффектов лекарственных препаратов	68-02-15-30	Бумажный	Старшая медицинская сестра	Структурное подразделение

7. Отчетность

В рамках процесса стационарной медицинской помощи в филиале ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и реабилитации» отчетность не представляется.

8. Заключительные положения

Внесение изменений и дополнений в Карту процесса осуществляется на основании приказа Общества, подготовленного в установленном в Обществе порядке.

Приложение А
(рекомендуемое)

**Перечень периодических поручений, содержащихся в карте процесса:
ИНД ГТМ 68/01-776-2024 «Стационарная медицинская помощь» в филиале ООО «Газпром трансгаз Москва»
«Центр диагностики и реабилитации»»**

Владелец процесса: генеральный директор

Совладелец процесса первого уровня: Медицинская служба

№ п/п	№ пункта в нормативном документе/стандарте, содержание поручения¹	Ответственные исполнители	Срок исполнения	Периодичность исполнения	Требуемая дата создания экземпляра² периодического поручения
-	-	-	-	-	-

¹ В Перечень включаются пункты нормативного документа, имеющие следующий набор параметров: конкретное поручение, исполнителя/исполнителей, периодичность и срок исполнения.

² Новый экземпляр периодического поручения формируется в автоматизированном режиме АС «Дело» вне зависимости от того закрыт или нет предыдущий экземпляр периодического поручения.

Приложение Б
(рекомендуемое)

Форма определения целей, показателей, способов измерения целей, периодичности измерения и анализа

Определение целей, показателей, способов измерения целей, периодичности измерения и анализа

Период планирования: начало – XXX 20_

окончание – XXX 20_

Цель процесса, направленная на достижение установленных результатов	Показатели измерения цели процесса	Измеряемое (ые) значение для показателя цели процесса	Единица измерения	Фактическое значение показателя на начало планирования	Целевые значения показателя на конец планируемого периода	Способ измерения	Периодичность анализа

Приложение Г
(рекомендуемое)

Форма анализа рисков

**Анализ рисков, оказывающих негативное воздействие на результаты Процесса производства.
Планирование и оценка мер по обращению с ними**

Описание риска (рисковая ситуация, проблема)	Описание последствия	Оценка тяжести последствия (Т) ³	Оценка вероятности возникновения (В) ⁴	Оценка вероятности обнаружения (О) ⁵	Расчет приоритетного числа риска ПЧР=ТхВхО	Меры по снижению негативного влияния существующих рисков	Предпринятые действия	Оценка результативности действий			
								Тяжесть последствий (З)	Вероятность возникновения (В)	Вероятность обнаружения (О)	ПЧР

³ Оценка тяжести последствия(Т) производится по десяти бальной шкале от 1 – наименьшая до 10- максимальная тяжесть;

⁴ Оценка вероятности возникновения (В)по десяти бальной шкале от 1 –наименьшая до 10 - максимальная вероятность возникновения;

⁵ Оценка вероятности обнаружения (В) по десятибальной шкале от 1 –наименьшая до 10 - максимальная вероятность обнаружения.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Наименование документа _____

Фамилия, инициалы	Должность	Подпись	Дата согласования

