

УДК: 614.2

ИТОГИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ за 2014 год. ПЕРСПЕКТИВЫ

Г. В. АРТАМОНОВА, Т. С. КОСТОМАРОВА, Я. В. ДАНИЛЬЧЕНКО, Д. В. КРЮЧКОВ, Н. В. ЧЕРКАСС

*Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»,
Кемерово, Россия*

Рассмотрена деятельность учреждения в рамках процессной модели системы менеджмента качества научно-исследовательской организации, представлен анализ достижения целевых показателей, разработанных процессов и экономическая выгода от внедрения системы, а также стратегические цели для учреждения и подразделений на предстоящий год.

Ключевые слова: система менеджмента качества, анализ процессов, научно-исследовательская медицинская организация, результативность деятельности, планирование.

QUALITY MANAGEMENT SYSTEM'S DEVELOPMENT RESULTS IN RESEARCH INSTITUTE FOR COMPLEX ISSUES OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN 2014. PROSPECTS

ARTAMONOVA, T. S. KOSTOMAROVA, Y. V. DANILCHENKO, D. V. KRUCHKOV, N. V. CHERKASS

*Federal State Budgetary Scientific Institution Research Institute
for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia*

Research institute activities were assessed within the framework of quality management system's process model. Targets achievement analysis, assess of developed processes and economic benefits from the system introduction, as well as strategic objectives observation for the institute and its departments for the coming year, were performed.

Key words: quality management system, process analysis, scientific research medical institution, efficiency of organization, planning.

В настоящей статье проведен анализ достижения целевых показателей процессов системы менеджмента качества (СМК) НИИ КПССЗ в 2014 г., а также в динамике с момента сертификации СМК (2011 г.). Показатели результативности, используемые в менеджменте, позволяют оценить функционирование процесса, правильность постановки целей, своевременно предупреждать появление несоответствий, анализировать эффективность разрабатываемых мероприятий и реализовывать требование стандарта к постоянному улучшению [1, 2]. Желаемый результат достигается эффективнее, если различными видами деятельности и имеющимися ресурсами управляют как процессом. Наличие сертифицированной СМК является гарантией качества работы учреждения в глазах существующих и потенциальных потребителей, так как все принимаемые решения, документы и работа в целом выстраиваются в единую систему с прицелом на качество [3]. Описание модели СМК было опубликовано ранее [4, 5].

Результативность научной деятельности за 2011–2013 гг. выше целевых показателей (ЦП)

и составляет по статьям 87,4 % (ЦП – более 70 %) и по тезисам – 83,3 % (ЦП – более 80 %). Эффективность научной деятельности за этот же период повысилась, в частности по патентной работе она составила 85,5 % (ЦП – не менее 75 %). Ежегодно подается 42–87 заявок на гранты (большинство тревел-гранты) с положительным решением – 5–6 (в среднем – 9 %), что ниже целевого значения (ЦП – 15 %). В 2014 г. получен грант РФФ на 20 млн рублей.

По данным E-LIBRARY, отмечается ежегодное увеличение числа публикаций. Следует отметить, что впервые в 2013 г. число цитирований всех публикаций превысило общее число публикаций за год. Так, отношение цитирований к публикациям в 2010 г. составило только 0,20, а в 2013 г. – 1,12. При этом по предварительным данным за 2014 г. данное отношение достигает 1,31. Средневзвешенный ИФ журналов, в которых были опубликованы статьи, колеблется в пределах 0,303–0,311, что выше целевого уровня по НИИ КПССЗ (0,2). Доля публикаций в журналах с ИФ>0 незначительно снизилась (с 83,8

до 80,1 %), однако данный показатель превышает ЦП по Институту (50 %).

Несмотря на то что в динамике за пять лет отмечается увеличение среднего числа публикаций в расчете на одного автора (с 3,06 до 4,24), наш институт занимает 2 031-е место из 10 739 в России и 21-е место из 42 в Кузбассе, что отражает низкую публикационную активность каждого сотрудника. Целевое значение – 5,5. То же касается показателя «среднее число цитирований в расчете на одного автора/публикацию»: 1726/1475-е из 10 739 в России и 15/15-е место из 42 в Кузбассе соответственно.

В 2015 г. нужно принять новые критерии оценки качества публикационной деятельности (по E-LIBRARY).

В 2014 г. изменились показатели государственного задания научно-исследовательских работ (НИР), пять научных лабораторий из 17 не выполнили план НИР, но в целом это не повлияло на выполнение УР (100 %). Постановления Ученого совета выполнены на 94 %, что на 5,8 % выше, чем в 2013 г., но ниже целевого уровня (не ниже 95 %).

По *лечебно-диагностическому* процессу основные целевые показатели достигнуты, количество благоприятных исходов лечения составляет 99,1 % (ЦП – не менее 95 %). В 2015 г. необходимо провести детальный анализ причин послеоперационных осложнений, обратить внимание на повышение эффективности работы койки в году (показатели среднегодовой занятости койки, оборота койки, длительности предоперационной подготовки; в 2014 г. они не соответствовали целевым значениям), провести анализ причин, оценить динамику и рациональность планирования объемов медицинской помощи.

Процесс *«Клинические исследования лекарственных препаратов и испытания медицинских изделий»* сформирован в 2014 г., инициировано 25 новых проектов, закрыто 12, при этом основные области нозологий – «кардиология», «пульмонология». Исследования были в основном III и II фаз. Расширился пул главных исследователей. Проведено исследование в рамках одного протокола по новым медицинским изделиям (аппарат ИВЛ «Горноспасатель» (Украина). В 2015 г. нужно интенсифицировать работу по привлечению к испытаниям отечественных компаний-производителей новых медицинских изделий, завершить Регистр исследователей и поддерживать (один раз в три месяца) в актуальном состоянии.

За 2011–2014 гг. вырос объем документооборота, количество зарегистрированных офи-

циальных писем увеличилось с 1 243 до 1 504, отправленных простых и заказных писем – с 622 до 1 721. Анализ результативности процесса *«Управление документами и записями»* свидетельствует о снижении случаев выявления неактуальных документов по сравнению с 2013 г. за счет создания в локальной внутренней сети реестра регламентирующих документов учреждения и повышения внимания к правильности оформления документов со стороны юриста, документоведа, специалистов по кадрам. Децентрализованная регистрация входящих/исходящих документов по государственным закупкам путем передачи этой функции в контрактную службу сократила нагрузку на документоведа.

В 2015 г. с целью повышения качества документооборота необходимо разработать планы-графики отчетов, включить критерий результативности «Доля отчетов, отправленных с нарушением установленных сроков».

В соответствии с новым законодательством РФ для рационального *обеспечения ресурсами* в 2014 г. в институте создана контрактная служба (КС). Среди крупных медицинских учреждений кардиологического профиля Западной Сибири НИИ КПССЗ занимает третье место по количеству проведенных закупок. КС рассмотрено 1 111 заявок участников процедур (2013 г. – 1 113, 2012 г. – 445); сформировано 944 протокола; проведено 560 процедур закупок, заключено 399 контрактов (735 и 334 соответственно).

Около 75 % всех внеплановых заявок поступило от четырех подразделений клиники, в частности по приоритету: РХМДЛ (41 %), оперблок (25 %), АРО (21 %), КХО (13 %). В структуре заявок преобладают расходные материалы (57 %), оборудование (18 %), лекарственные средства (16 %), запасные части к оборудованию (8 %), дезсредства (1 %). Прирост числа внеплановых заявок в динамике по годам – почти в два раза, а также наблюдается значительное число плановых заявок (более тысячи), что увеличивает нагрузку на персонал ресурсной и контрактной служб, приводит к неравномерности нагрузки на персонал в конце года.

Процесс управляем, отклонения от целевых значений отмечены по четырем критериям из восьми. Обращает на себя внимание то, что все отклонения выявлены во II квартале, что требует анализа эффективности планирования процедуры обеспечения ресурсов, обучения персонала и контроля исполнения установленных требований. В 2015 г. необходимо создать автоматизированный учет движения заявок от заявителя до полу-

чения товаров с целью прозрачности процесса; ввести дополнительный критерий «Число обоснованных претензий от заявителей на качество и своевременность выполнения заявок на обеспечение материально-техническими ценностями». Разработать регламент «Порядок формирования заявок на услуги».

В 2014 г. по клиническим подразделениям сумма по формулярам заявок превысила сумму доведенных лимитов за счет увеличения стоимости химических препаратов и реактивов для КДЛ, дополнительных заявок (110 %). По научным отделам лимиты исполнены на 78 %.

Для оценки результативности процесса «Управление персоналом» используется семь критериев. Укомплектованность штатного расписания сотрудниками по разделу «Фундаментальные исследования» – 86 %, что ниже ЦП на 9 %. Вырос показатель «текучесть кадров» с 6,1 % в 2012 г. до 15,8 % 2014 г. в большей степени за счет младшего и среднего медицинского персонала. В 2014 г. в I и II полугодиях уровень выполнения обязательного плана обучения достиг 100 %, плана желательного обучения – 17,8 %, ЦП – 50 % не достигнут по причине ограниченности финансирования.

Для повышения качества результатов процесса в связи с изменением критериев оценки деятельности учреждения необходимо начать работу по разработке критериев оценки эффективности деятельности сотрудников и переводу части медицинских работников на эффективный контракт, провести оценку эффективности научных руководителей и докторов медицинских наук, организовать переход на кредитную систему обучения сотрудников, актуализировать Положения о работе подразделений и служб НИИ КПССЗ.

Ежемесячный мониторинг фактического показателя процесса «Управление инфраструктурой» критерия «Количество повторяющихся заявок» в течение трех лет не превышает плановый. Ежегодно в план финансово-хозяйственной деятельности (ПФХД) планируются расходы на проведение аттестации рабочих мест (специальной оценки условий труда – СОУТ). Однако при утверждении ПФХД остается только сумма, выделенная Фондом социального страхования (ФСС). Ежегодно аттестацию проходит 15,9–20,2 % рабочих мест от всех. В целом за пять лет аттестовано 88,3 % рабочих мест с вредными условиями труда (3-й класс) и 11,7 % рабочих мест 2-го класса (соответствует СНИП, ГОСТ). По результатам аттестации выявлены основные вредные производственные факторы (табл. 1).

Таблица 1

**Вредные факторы труда
на аттестованных рабочих местах НИИ КПССЗ**

Фактор	Рекомендуемые мероприятия
Тяжесть трудового процесса	Профилактика нервно-эмоциональных и физических перегрузок
Напряженность труда	Соблюдение режимов труда и отдыха
Химический (присутствие вредных веществ в воздухе рабочей зоны)	Привести в соответствии с нормами (не всегда возможно)
Биологический	Исключить из трудового процесса нельзя. Профилактика в отделениях проводится
Световая среда	Установка дополнительных светильников (уст. в 2014 г. в ПЭО, отделе кадров. Работы продолжаются)

Процесс управляем, но малопрозрачен для потребителя. Один критерий не в полной мере отражает удовлетворенность потребителя условиями производственной среды. Отсутствуют показатели, свидетельствующие об отклонениях в работе систем жизнеобеспечения учреждения (энерго-, тепло-, водо- и газоснабжение, гидроизоляция и др.), что может оказывать неблагоприятное воздействие на бесперебойную работу медицинского и научного оборудования, а также систем вентиляции и кондиционирования воздуха и других, влияющих на безопасность пациента и персонала. В 2015 г. необходимо выделить критерии, касающиеся осуществления текущего контроля соответствия рабочих мест требованиям ГОСТ и санитарных норм. Для оценки работы инженерно-технической службы (ИТС), хозяйственного отдела установить сроки выполнения заявок по их виду. Для плановой работы ИТС целесообразно внедрить электронную систему подачи заявок с обратной связью от заявителя. Следует ввести дополнительные критерии «Число обоснованных претензий от заявителей на качество и своевременность выполнения заявок» и «Доля аттестованных рабочих мест в сумме за пять лет (нарастающим итогом)» (не менее 95 %), «Уровень выполнения плана профилактических мероприятий по улучшению условий труда» с периодичностью контроля один раз в 6 месяцев. Сформировать регламент «Правила подачи и учета заявок по производственному обеспечению».

В период с 2011 по 2014 г. в учреждении наблюдается устойчивый тренд к улучшению технической оснащенности. Количество оборудования

возросло с 770 до 1 085 единиц (в 1,4 раза). Очевидна тенденция к усилению роли технического обслуживания в общем количестве работ – с 16,8 до 109,7 % (к текущему количеству оборудования за период), что дает прирост в 6,5 раза с учетом увеличения парка техники. Вместе с тем при увеличении количества оборудования в 1,4 раза число проведенных внеплановых ремонтных работ возросло в 8,4 раза. В 2014 г. увеличилось количество оборудования, которое после метрологической поверки признано непригодным к эксплуатации и направлено на списание. Также изменился порядок списания, что привело к удлинению процесса списания и повлияло на критерий «Эффективность использования оборудования» по процессу «Управление оборудованием и средствами измерений». Отклонение критерия «Качество предпроверочного технического обслуживания оборудования, подлежащего поверке» в I и III кварталах не достигло целевого показателя.

Увеличение объемов ремонтных работ также связано и с увеличением числа проблем с энергообеспечением, выработкой ресурса значительной части сложного оборудования, недостаточно бережным отношением оперативного персонала к вверенной технике, что требует усиления контроля за эксплуатацией медицинской техники ведущими структурных подразделений.

Существенное влияние на сроки выполнения ремонтных работ оказывает необходимость проведения конкурсных процедур на приобретение необходимых комплектующих и сервисных работ сторонними организациями по требованию законодательства. По этой же причине отсутствует возможность оперативного приобретения компонентов и элементов, необходимость в которых нельзя прогнозировать заранее.

Результативность процесса «Информационно-техническое обеспечение» оценивается по семи критериям. Для развития процесса в 2015 г. необходимо определить порядок оценки взаимодействия с внешним потребителем (пациент, вышестоящие организации) через сайт учреждения. Разработать методические инструкции «Порядок разработки технического задания для нового программного обеспечения», ввести критерий результативности его соблюдения в части этапа отдела информационных технологий. Оценить перспективы и концептуальные направления совершенствования информационного обеспечения в 2015–2017 гг.

Все критерии процесса «Оценка удовлетворенности потребителя» в 2014 г. не хуже целевых значений. В клинических отделениях средний

балл удовлетворенности пациентов колеблется от 4,83 до 4,95 в разные годы (табл. 2).

Таблица 2

Средний балл удовлетворенности пациентов по отделениям (2011–2014 гг.)

Отделение	2011	2012	2013	2014
КО	4,88	4,91	4,92	4,9
КХО	4,88	4,95	4,95	4,92
РХ	4,83	4,9	4,9	4,88

В 2014 г. произошло некоторое снижение среднего балла во всех отделениях. Выявлено, что менее всего пациенты удовлетворены порядком организации стационарной медицинской помощи и организацией питания (табл. 3).

Таблица 3

Средний балл удовлетворенности пациентов по отдельным вопросам (2011–2014 гг.)

Показатель	2011	2012	2013	2014
Порядок организации получения стационарной медицинской помощи	4,71	4,88	4,88	4,83
Организация питания в стационаре	4,52	4,75	4,76	4,7

В динамике за 2012–2014 гг. число обращений существенно снизилось – с 238 до 130, из них число жалоб снизилось с 6 до 1, что следует рассматривать как положительный результат их постоянного анализа.

В процессе отсутствуют критерии оценки удовлетворенности внутреннего потребителя – персонала различными факторами, влияющими на производительность труда, что следует из результатов социологического опроса персонала в 2012 и 2014 гг. Для поддержания благоприятного социально-психологического климата в коллективе целесообразно оформить социальную политику НИИ КПССЗ, совету трудового коллектива – определить формат получения «обратной связи» по ее основным положениям.

В Институте функционирует 12 служб, обеспечивающих непрерывную работу учреждения, дающих возможность научным сотрудникам и клиницистам выполнять свою работу, создающих условия для труда и отдыха, удовлетворяющих потребности как работников, так и пациентов. В основные задачи служб входит: обеспечение проведения лечебно-диагностического и научно-исследовательского процессов, организация учета финансово-хозяйственной деятельности учреждения, правовое сопровождение на всех этапах, обеспечение как внешнего, так и внутреннего

информационного взаимодействия. Больше всего служб задействовано в управлении документами и записями, управлении персоналом, обеспечении ресурсами подразделений и тактическом планировании. В среднем каждый процесс обеспечивают семь служб.

Руководители служб считают, что *внутренние аудиты* (ВА) результативны, позволяют выявить слабые места, дают возможность взглянуть на процесс глазами стороннего наблюдателя. К тому же аудиты дисциплинируют. Выявленные в ходе ВА отклонения в работе подразделения и своевременно внесенные изменения в процесс позволяют оптимизировать работу службы. Сотрудники служб признают, что, несмотря на увеличение количества отчетной документации, отношения с другими службами в значительной степени упростились, т. к. были формализованы. СМК регулирует взаимоотношения как между подразделениями, так и внутри службы в целом.

В 2014 г. четыре стажера-аудитора, прошедшие подготовку в течение года, вошли в состав группы аудиторов, проведено обучение девяти сотрудников, которые в 2015 г. будут привлечены к проведению внутренних аудитов.

В заключение следует сказать, что 2014 г. в деятельности Института отмечались значимые положительные итоги, которые следует рассматривать как закономерный результат последовательных управленческих решений, ориентированных на стратегические цели учреждения, сформулированные в политике в области качества, миссии НИИ КПССЗ.

Все процессы модели СМК актуальные, управляемые, отличаются прозрачностью, соответствуют требованиям потребителей и взаимоувязаны. В 2014 г. стала очевидна экономическая выгода внедрения СМК в Институте. Прямые затраты (привлечение консультантов для разработки, обучение персонала, внешний сертификационный аудит) за 2010–2014 гг. составили около 2 млн рублей. Дополнительные доходы в 2014 г. от научной и образовательной деятельности, клинических исследований составили порядка 23 млн. Экономия по государственным закупкам в 2014 г. – 2 млн рублей.

Деятельность учреждения в рамках процессной модели СМК стала обычным явлением для работников организации. Свидетельство тому – результаты социологического опроса. В 2014 г. пользу от внедрения СМК в НИИ КПССЗ, то есть ее результат, видят 80 % руководителей, 42 % работников вспомогательных служб, 36 % научных сотрудников, 27 % среднего медицинского персонала, 22 %

врачей и 18 % младшего медицинского персонала, при том что положительную динамику в ответах по сравнению с 2012 г. показывают только работники прочих служб, то есть те, кто обеспечивает бесперебойную работу научного и лечебного процесса.

Анализ результативности системы менеджмента качества позволил составить стратегические цели для учреждения и подразделений на 2015 год (табл. 4).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Сокерина М. П., Чарушина Е. Б., Шестакова Н. В. Оценка результативности процесса системы менеджмента качества. Омский научный вестник. 2009; 3 (78): 9–11.
2. Sokerina M. P., Charushina E. B., Shestakova N. V. Productivity assessment of the process of quality management system. Omsk scientific bulletin. 2009; 3 (78): 9–11. [In Russ].
3. Международный стандарт ISO 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования» (4-е изд., 2008-11-15, пер. с англ. NQA-Russia): 1–21.
4. The international standard ISO 9001:2008 «quality management System. Requirements» (4th ed., 2008-11-15, translation from English NQA-Russia): 1–21. [In Russ].
5. Хасанов А. Г., Абубакирова Л. Р., Хусаенова А. А., Богданов Р. Р. Система менеджмента качества медицинского вуза. Медицинский вестник Башкортостана. 2011; 3 (6): 136–139.
6. Khasanov A. G., Abubakirova L. R., Khusayenova A. A., Bogdanov R. R. Quality management system for medical higher educational institution. Medical journal of Bashkortostan. 2011; 3 (6): 136–139. [In Russ].
7. Артамонова Г. В., Костомарова Т. С., Крючков Д. В., Черкасс Н. В. Результативность системы менеджмента качества НИИ КПССЗ СО РАМН в 2012 году. Политика в области качества и стратегические цели 2013 года. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2013; 2: 51–57.
8. Artamonova G. V., Kostomarov T. S., Kruchkov D. V., Cherkass N. V. Quality management system's effectiveness of the Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases under the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences in 2012. Quality policy and strategic goals of 2013. Complex Issues of Cardiovascular Diseases. 2013; 2: 51–57. [In Russ].
9. Артамонова Г. В., Костомарова Т. С., Данильченко Я. В., Крючков Д. В., Черкасс Н. В. Анализ достижения целей СМК в Научно-исследовательском институте комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний Сибирского отделения Российской академии медицинских наук за период 2011–2013 гг. Перспективы 2014 года. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2014; 2: 56–65.
10. Artamonova G. V., Kostomarov T. S., Danilchenko Y. V., Kruchkov D. V., Cherkass N. V. Quality management system's goals achievement analysis of the Research institute for complex issues of cardiovascular diseases under the Siberian branch of the Russian academy of medical sciences for the period of 2011-2013. Prospects of 2014. Complex Issues of Cardiovascular Diseases. 2014; 2: 56–65. [In Russ].

Таблица 24

Стратегическая карта достижения целей системы менеджмента качества на 2015 год

Ф. 1.1-01
Утверждена УС от 27.02.2015

Цель НИИ	Показатель	НИИ		Подразделение / служба	
		Мероприятия	Ответственный / сроки	Мероприятия	Ответственный / сроки
<i>Потребители</i>					
Повышение рейтинга НИИ среди учрежденных ФАНО по научной продукции по сравнению с 2014 г.	1. Индекс Хирша 12 (РИНЦ), 7 (WoS) и более. 2. «I-индекс» 8 и более (РИНЦ)	1. Совершенствовать систему мотивации у сотрудников для роста публикационной активности в журналах, индексируемых в WoS, Scopus, с ИФ более 0,2. 2. Анализировать результативность проектных групп, выполнение планов исследований по договору	Зам. директора по НР, зам. директора по НЛР / в течение года в соответствии с планом ПК и сроками договоров	1. Сформировать план работы подразделения (проектной группы), в том числе публикационной активности сотрудников. 2. Выполнить решения УС, ПК, БС	1. Зав. научными подразделениями, координаторы проектных групп, научные руководители / 1 раз в 6 месяцев. 2. Ответственные / по решению УС, ПК, БС
Повышение рейтинга научного журнала «КПССЗ»	ИФ журнала «КПССЗ» по сравнению с 2014 г. с приростом	1. Сформировать план привлечения внешних авторов к публикациям в журнале «КПССЗ». 2. Организовать работу по выполнению условий для принятия журнала «КПССЗ» в базу Scopus	Зам. директора по НР, зам. директора по НЛР / в течение года	1. Рассылать информацию о журнале КПССЗ. 2. Подготовить пакет документов для Scopus	1. Специалист по СО НМО / 1 раз в месяц. 2. Начальник НМО / до июня 2015 г.
Улучшение качества медицинской помощи (КМП)	1. Уровень осложнений после проведенных хирургических вмешательств, включая НМТ, не более 3,2 %. 2. Отсутствие нарушений, принятых в НИИ внутренних алгоритмов оказания медицинской помощи (ОМП) / экспертно по данным работы ВК	1. Проводить мониторинг осложнений после хирургических вмешательств. 2. Сформировать реестр и актуализировать внутренние алгоритмы ОМП. 3. Разработать методические инструкции (МИ) «Экспертиза качества медицинской помощи». 4. Проводить мониторинг внедрения новых медицинских технологий (НМТ) в клинику	1. Гл. врач / 1-й квартал 2015 г. 2. Зам. директора по НЛР / 1-е полугодие. 3. Зам. гл. врача по мед. части / 1-е полугодие. 4. Зам. директора по НЛР / в течение года	1. Осуществлять контроль использования в НИИ внутренних алгоритмов ОМП. 2. Представить на БС отчет о работе ВК за 2012–2014 гг. 3. Разработать МИ «Правила оформления медицинской карты стационар. больного». 4. Проводить разбор применяемых НМТ	1. Зав. отделениями / в течение года. 2. Председатели ВК / 2-й квартал. 3. Врач-статистик / 3-й квартал. 4. Научные руководители и зав. отделениями / в соответствии с планом

Окончание табл. 24

Цель НИИ	Показатель	НИИ		Подразделение / служба	
		Мероприятия	Ответственный / сроки	Мероприятия	Ответственный / сроки
Сохранение высокого уровня удовлетворенности пациентов КМП	1. Уровень удовлетворенности пациентов КМП не менее 4,8 балла. 2. Число обеспокоенных жалоб на КМП по сравнению с 2014 г. – не более 1	1. Разработать регламент «Обеспечение безопасности пациентов». 2. Организовать обучение медицинского персонала по п. 1, деонтологии, правовым вопросам здравоохранения	1. Гл. врач, гл. медицинская сестра / в течение года. 2. Зам. гл. врача по МЧ, главная МС / в течение года	1. Проводить анализ работы школ здоровья. 2. Проводить анализ удовлетворенности пациентов. 3. Разработать МИ «Правила общения с пациентом или его родственниками». 4. Разработать график обучающих семинаров	1. Зав. отделениями, НМО / в течение года. 2. Зав. отделениями, зав. ЛМУТ / в течение года. 3. Юрист, зав. отделением / 1-е полугодие. 4. Зав. отделениями / 1-й квартал
Финансы					
Обеспечение финансовой стабильности института	Кредиторская и дебиторская задолженность не более 6 месяцев	1. Создать службу ресурсного обеспечения. 2. Создать службу инженерно-технического обеспечения медицинского и научного оборудования. 3. Разработать концепцию «Бережливое производство»	1. Зам. директора по экономике / в течение года. 2. Гл. врач, зам. директора по НР / в течение года. 3. Зам. директора, ПРК / 1-е полугодие	1. Контролировать рациональное использование расходного материала и оборудования. 2. Проводить мониторинг движения заявок (плановых и внеплановых) на приобретение МТЦ. 3. Провести семинар для руководителей подразделений, ст. м/с и МОЛ по правилам проведения процесса закупок	1. Зав. подразделениями / в течение года. 2. Служба ресурсного обеспечения / 1 раз в квартал. 3. Нач. КС / март – апрель 2015 г.
Внутренние процессы					
Развитие информационного пространства НИИ	Удовлетворенность потребностей НИИ в информационных технологиях (не менее 85 %)	1. Модернизировать сайт. 2. Выполнить план обеспечения ВТ рабочих мест. 3. Разработать концепцию информатизации на 2015–2017 гг.	1. Зам. директора / 1-е полугодие. 2. Зам. директора / в течение года. 3. Зам. директора / 1-е полугодие	1. Разработать в медицинском портале новые ресурсы. 2. Совершенствовать внутренние электронные ресурсы. 3. Поддержание в актуальном состоянии имеющиеся ПО	1. Нач. ОИТ / в течение года. 2. Инициаторы ПО, нач. ОИТ / в течение года. 3. Зав. подразделениями, научные руководители / в течение года
Развитие образовательной деятельности	Свидетельство об аккредитации	Подготовить документы к аккредитации по образовательной деятельности	Зам. директора по НЛР	Проводить образовательные программы	Научные руководители / в соответствии с планом

Развитие управленческих технологий на основе требований ИСО 9001-2008	Положительное решение по результатам надзорного аудита	1. Организовать внутренний аудит по процессам. 2. Разработать регламент архивирования документов по основной деятельности. 3. Провести семинар для внутренних аудиторов о проверках в НИИ	1. ПРК / 1-е полугодие. 2. Юрист, документовед / 2-е полугодие. 3. Зам. гл. врача, гл. сестра, гл. инженер / 1-е полугодие	1. Разработать план внутреннего аудита по процессам. 2. Корректировать ДП СМК. 3. Провести семинар для руководителей подразделения о правилах формирования архивных документов	1. Ст. аудитор / 1-е полугодие. 2. Владельцы процессов / постоянно. 3. Документовед, специалисты по кадрам / в течение года
<i>Обучение и развитие</i>					
Повышение профессиональных компетенций персонала	1. Выполнение плана защит диссертации не менее 95 %. 2. Доля специалистов, работающих по эффективному контракту, не менее 15 %. 3. Доля аттестованных врачей не менее 82,5 %, СМП – не менее 70 %	1. Оценить эффективность научных руководителей. 2. Организовать переход части специалистов на эффективный контракт. 3. Организовать переход на кредитную систему обучения сотрудников НИИ	1. Зам. директора по НР / 2-е полугодие. 2. Зам. директора по НР / 1-е полугодие. 3. Зам директора по НЛР / 1-е полугодие	1. Разработать критерии оценки эффективности деятельности сотрудников (эффективный контракт). 2. Провести аттестацию медицинского персонала. 3. Обучить рабочий персонал ИТС и хоз. отдела правилам первой помощи при несчастном случае на производстве	1. Руководители служб / 1-е полугодие. 2. Зав. отделениями, ОК / октябрь 2015 г. 3. Служба главной МС / по плану
Поддержание удовлетворительных условий производственной среды и благоприятного социального психологического климата	1. Несоответствие рабочих мест с 3-м классом вредности требованиям СНиП, ГОСТа, не более 10 % от аттестованных. 2. Текучесть кадров не более 10 %	1. Организовать текущий контроль за условиями труда на рабочих местах. 2. Сформировать социальную политику на 2015–2016 гг.	1. Гл. инженер / в соответствии с планом. 2. Директор, АУП, председатель СТК / 2-й квартал 2015 г.	1. Обеспечить рабочими местами персонал в соответствии с требованиями. 2. Изучить социальные потребности персонала, влияющие на производительность труда	Зав. подразделениями и службами, члены СТК / в течение года

Статья поступила: 06.04.2015

Для корреспонденции: For correspondence:

Данильченко Яна Владимировна
 Адрес: 650002, г. Кемерово, Сосновый бульвар, д. 6
 Тел. +7 (3842) 64-34-71
 E-mail: daniyv@kemcardio.ru

Данильченко Яна
 Address: 6, Sosnoviy Blvd., Kemerovo, 650002, Russian Federation
 Tel. +7 (3842) 64-34-71
 E-mail: daniyv@kemcardio.ru