



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

13.02.2017

№ 130р

О проведении хронометража
в здравоохранении

В соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.01.2017 №16-3-12/3 о включении Астраханской области в число пилотных субъектов Российской Федерации по организации проведения работ в области нормирования труда в здравоохранении (далее - хронометраж):

1. Определить пилотными площадками для проведения хронометража врачей травматологов-ортопедов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, следующие учреждения здравоохранения Астраханской области (далее – пилотные учреждения):

- государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Городская поликлиника №10»;

- государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области Александрово-Мариинская областная клиническая больница.

2. Главным врачам пилотных учреждений:

2.1. Определить перечень наблюдаемых специалистов согласно приложению №1 к настоящему распоряжению.

2.2. Назначить ответственных лиц за проведение хронометража.

2.3. В срок до 15.02.2017 направить в отдел кадровой политики и государственной гражданской службы министерства здравоохранения Астраханской области:

- информацию об ответственных лицах за проведение хронометража по учреждению согласно приложению №2 к настоящему распоряжению;

- краткую справку по учреждению в соответствии с приложением №3 к настоящему распоряжению;

2.4. Провести мероприятия по хронометражу до 10.03.2017.

3. Директору государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Медицинский информационно-аналитический центр» Шумеленковой В.Н. обеспечить техническую поддержку программно-вычислительного комплекса по проведению хронометража и определить ответственного.

4. Назначить ответственным за организацию, проведение и контроль работ по хронометражу начальника отдела кадровой политики и государственной гражданской службы министерства здравоохранения Астраханской области Комарову Т.Н.

5. Контроль за исполнением распоряжения оставляю за собой.

Министр

П.Г. Джувалыков

0017030

Приложение №1
к распоряжению
министерства
здравоохранения
Астраханской области
от 13.02.14 № 130р

Перечень наблюдаемых специалистов

№	Специальность	Количество	Наименование пилотного учреждения
1.	врач-травматолог-ортопед	1	ГБУЗ АО «Городская поликлиника №10»
2.	врач-травматолог-ортопед	1	ГБУЗ АО Александро- Мариинская областная клиническая больница

Приложение №2
к распоряжению
министерства
здравоохранения
Астраханской области
от 13.02.17 № 130Р

Наименование пилотного учреждения	ФИО ответственного за проведение хронометража	Должность ответственного за проведение хронометража	Контактная информация (тел., email и т.д.)
1	2	3	4

Приложение №3
к распоряжению
министерства
здравоохранения
Астраханской области
от 13.02.17 № 130р

Регион	Наименование пилотного учреждения	Расположение село/ город	Специальность наблюдаемого	Количество о наблюдаемых	Уровень информатизации	Организация работ (с медицинской сестрой и без медицинской сестры)	Сроки проведения хронометража
1	2	3	4	5	6	7	8

График проведения фотохронометражных исследований в 2017 г.

Астраханская область

№	Специальность	Сроки проведения фотохронометража – 10 рабочих дней (2 пн., 2 вт., 2 среды, 2 чт., 2 пт.) (до 10 марта)	Сроки введения информации (до 30 марта)
1.	Врач травматолог-ортопед		
2.	Врач травматолог-ортопед		

Карта наблюдаемого специалиста

1. ФИО _____
2. Номера листов наблюдения, заполненных на данного специалиста

3. Населенный пункт, где расположена медицинская организация

4. Медицинская организация (полное наименование, номер) _____
5. Отделение _____
6. Занимаемая должность _____
7. Специальность _____
8. Образование: высшее – 1, среднее специальное – 2, прочее – 3
☐
9. Квалификационная категория: высшая – 1, первая – 2, вторая – 3, без категории – 0
☐
10. Стаж работы общий (лет)
11. Стаж работы по специальности (лет)
12. Возраст врача _____ лет
13. Врач работает: 1. С медсестрой 2. Без медсестры 3. С двумя медсёстрами и более
14. Оснащение компьютером: 1. Есть 2. Нет
15. Запись в медицинские документы вручную: 1. Требуется 2. Не требуется
16. Местность участка: 1. Городская 2. Сельская (отдаленность участка _____ км)
17. Осуществление вызовов на дом: 1. Пешком 2. На автотранспорте

Наблюдатель № _____:

ФИО _____

Место работы _____

Занимаемая должность _____

Дата (число, месяц, год) _____

Карта пациента

1. Номер карты пациента _____
2. Должность врача _____
3. Дата обращения (число, месяц, год)

--	--	--	--	--	--
4. Пол: мужчина – 1, женщина – 2

--
5. Возраст (число исполнившихся лет, для детей до года – число месяцев со знаком (-))

--	--	--
6. Посещение (обращение): первичное – 1, повторное – 2

--
7. Место посещения (обращения):
поликлиника – 1,
на дому – 2,
центр здоровья – 3,
врачебные амбулатории – 4,
иные организации (вписать)-5 _____

--	--
8. Вид оказываемой медицинской помощи:
первичная медико-санитарная помощь - 1;
специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь - 2;
скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь - 3;
паллиативная медицинская помощь – 4;
неотложная медицинская помощь – 5
другое (вписать) – 6 _____

--
9. Цель посещения (обращения):
по заболеванию (коды A00-T98) из них:
в плановом порядке – 1.1;
в неотложной форме - 1.2;
диспансерное наблюдение-1.3;
паллиативная помощь - 1.4;
госпитализация -1.5;
за рецептом – 1.6
другое (вписать)-1.7 _____
- с профилактической целью (коды Z00-Z99), из них:
медицинский осмотр - 2.1;
диспансеризация определенных групп населения - 2.2;
патронаж - 2.3;
другие обстоятельства - 2.4 _____

--	--
10. КОД ДИАГНОЗА ВПИСАТЬ _____
11. Дата заполнения (число, месяц, год)

--	--	--	--	--	--

**Контактная информация для отправки файла
в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России**

Если Вами правильно сформирован файл фотохронометражных данных для отправки в ФГБУ «Научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации необходимо его отправить главному сотруднику отделения нормирования труда медицинских работников, кандидату медицинских наук **Люцко Василию Васильевичу** на адрес электронной почты. Если Ваше письмо дошло до адресата, то автоответчик сразу пришлет вам письмо о том, что информация дошла. Если ответного письма не будет необходимо сверить адрес электронной почты и уточнить другие данные.

В течении недели присланная информация будет проверена. В случае наличия ошибок, вам будет направлено письмо с просьбой переделать или доделать ту или иную информацию. В случае, если в присланной информации ошибок нет и она принята к дальнейшей работе, придет письмо с соответствующей информацией. При большой загрузке, время проверки, присланной информации может быть увеличено.

Адрес электронной почте: vasiliy_l@mail.ru (в адресе только латинские буквы, цифр нет!!!)

В случае возникновения вопросов по установке и эксплуатации программы обращаться к ответственному за внедрение программно-вычислительного комплекса Люцко Василию Васильевичу

по тел. +7(925)514-44-59

с 10-00 до 15-00 и с 21-00 до 24-00 - в рабочие дни

с 13-00 до 24-00 – в выходные дни

Возможны ситуации, когда я не смогу с вами поговорить! Просьба самим перезвонить в другое время или в указанное мной время при Вашем звонке.

ВНИМАНИЕ! Указано время Московское!

Ф.И.О. наблюдаемого(1) _____, Специальность (2) _____

Медицинская организация (3)

Модель аппарата, на котором проводилось исследование и год выпуска

Дата наблюдения		Начало работы		Окончание работы	
год	месяц	число	час	мин.	мин.
4	5	6	7	8	9
					10

КАРТА ФОТОХРОНОМЕТРАЖНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

[illegible]

[illegible]