



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Г. М. Жирнова

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ПРИНЦИПАХ БЕРЕЖЛИВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО НАПРАВЛЕНИЯМ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

МОСКВА
2023

Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Г. М. Жирнова

Современные методы эффективной организации процесса диспансеризации населения в медицинских учреждениях на принципах бережливых медицинских технологий

Учебно-методическое пособие для обучающихся по направлениям
медицинского образования

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2023

УДК 614.2
ББК 51.1

Рецензенты:

Тимошевский Александр Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья образовательного центра ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»;

Камынина Наталья Николаевна – доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Жирнова, Г. М.

Современные методы эффективной организации процесса диспансеризации населения в медицинских учреждениях на принципах бережливых медицинских технологий: Учебно-методическое пособие для обучающихся по направлениям медицинского образования [Электронный ресурс] / Г. М. Жирнова. – Электрон. текстовые дан. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/metodicheskie-posobiya/> – Загл. с экрана. – 46 с.

ISBN 978-5-907717-89-3

В учебном пособии изложены актуальные вопросы организации и управления этапами и процессами диспансеризации населения Российской Федерации, а также современные методы организации процесса диспансеризации населения в медицинских учреждениях на принципах бережливых медицинских технологий в системе здравоохранения и медицинских организаций РФ.

Проанализированы и предложены новые методы и модели процесса диспансеризации населения, включающие: общие организационные мероприятия с применением методов бережливых медицинских технологий по проведению и современных методов эффективной деятельности, организации и управления лечебно-диагностическими процессами в медицинских организациях, связанных с оказанием профилактической медицинской помощи. А также современные и актуальные вопросы организации процессов диспансеризации населения с применением инновационных методов бережливых медицинских технологий для профилактических и диспансерных подразделений в первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению, вопросы эффективной деятельности медицинских учреждений на всех этапах оказания качественной, доступной и эффективной медицинской помощи населению, особенно на этапах проведения диспансеризации населения РФ и в целом в системе здравоохранения Российской Федерации.

Представлены основные методы и процессы диспансеризации населения РФ в медицинских учреждениях, востребованные и актуальные методы обеспечения медико-социальной и медико-экономической эффективности подразделений медицинских учреждений и в целом медицинских учреждений в системе здравоохранения РФ.

Пособие подготовлено в соответствии с программой обучения ординаторов по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье» по дисциплине «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

УДК 614.4
ББК 51.1

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 9 от 21 ноября 2023 г.).*

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-907717-89-3



9 785907 717893 >

© Жирнова Г.М., 2023
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
1. ОСНОВЫ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА И ВИДЫ ПОТЕРЬ.....	10
2. ПОСТРОЕНИЕ ТЕКУЩЕГО, ИДЕАЛЬНОГО И ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЙ. СОЗДАНИЕ КАРТ МАТЕРИАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОГО ПОТОКА. РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ ПРОТЕКАНИЯ ПРОЦЕССА.....	12
3. ПЛАНИРОВОЧНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОЦЕССОВ НА ПРИНЦИПАХ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В СТРУКТУРАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ.....	14
4. ПЛАНИРОВАНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПОТОКА, С УЧЕТОМ РАВНОМЕРНОЙ ЗАГРУЗКИ ПЕРСОНАЛА.....	15
5. МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭТАПОВ ДИСПОНСЕРИЗАЦИИ.....	17
6. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОГО РАБОЧЕГО МЕСТА ПО СИСТЕМЕ 5S В ОТДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ.....	24
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	26
8. ПРИЛОЖЕНИЯ	27
Приложение 1. Карта текущего процесса диспансеризации.....	27
Приложение 2. План мероприятий по реализации проекта.....	28
Приложение 3. План текущего перемещения пациентов в ОМП.....	29
Приложение 4-5. Планирование загрузки пациентов в ОМ.....	30
Приложение 6. Список литературы.....	31
Приложение 7. Перечень вопросов, выносимых на аттестацию в форме тестирования (примеры тестовых заданий).....	34

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ОМП	– отделение медицинской профилактики
КМП	– кабинет медицинской профилактики
ТО	– терапевтическое отделение
ПМСП	– первичная медико-санитарная помощь
КДО	– клиничко-диагностическое отделение
Д	– диспансеризация
ДН	– диспансерное наблюдение
ФР	– фактор риска
ПО	– программное обеспечение
МИС, ЕМИАС	– медицинская информационная система
МУ	– медицинское учреждение
МО	– медицинская организация
ВПП	– время протекания процесса
КИМП	– карта информационно-материального потока
ПР	– планировочное решение
ИМП	– информационно-материальный поток
УПК	– углубленное профилактическое консультирование
КПК	– краткое профилактическое консультирование
АД	– артериальное давление
ВГД	– внутриглазное давление
ИМТ	– индекс массы тела

ВВЕДЕНИЕ

Методическое пособие разработано с целью совершенствования организации процесса, порядка и этапов диспансеризации взрослого населения в медицинских учреждениях первичного медико-санитарного звена (ПМСП) – поликлиник, с внедрением и применением методов бережливого производства – бережливых медицинских технологий.

Бережливое производство в здравоохранении Российской Федерации – система, ориентированная на повышение удовлетворенности потребителей /пациентов медицинских услуг, прежде всего трудоспособного населения Российской Федерации, снижение трудопотерь медицинского персонала, повышение качества и производительности труда медицинских работников первичного звена здравоохранения РФ на этапах проведения диспансеризации населения РФ на основании приказа Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации отдельных групп взрослого населения». При работе медицинской организации с применением методов бережливых медицинских технологий достигается постоянное сокращение всех типов потерь с целью достижения совершенствования условий протекания процессов оказания первичной медико-санитарной помощи населению и наиболее востребованной медицинской помощи на этапе диспансеризации населения, определенных приказами Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 № 404н.

Рекомендации в пособии предназначены для обучения и методической поддержки медицинских специалистов и руководителей медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи при разработке и реализации организационно-управленческих решений функционирования структур медицинской профилактики и отделения диспансеризации медицинских учреждений, а также врачебного и среднего медицинского персонала, непосредственно участвующего в реализации порядка и этапов диспансеризации населения РФ.

Современное здравоохранение и социально-экономическое развитие общества Российской Федерации требует внедрения современных инновационных, актуальных программ и методов в системе оказания первичной медико-санитарной помощи населению. Совершенствование процессов и этапов оказания качественной, доступной и безопасной медицинской помощи населению России, особенно в Программе диспансеризации населения по профилактике и раннему выявлению социально значимых заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, АГ, ОИМ, онкологические заболевания, инфекционные заболевания, сахарный диабет и т.д. Особенно актуально и востребовано обучение и повышение квалификации медицинского персонала медицинских учреждений, отвечающее современным стандартам подготовки и обучения, прежде всего руководителей, заместителей руководителя, врачей, медицинских специалистов, медицинских сестер системы здравоохранения Российской Федерации в первичном звене здравоохранения с внедрением бережливых медицинских технологий на этапах оказания современной и качественной помощи населению в первичном звене, включая диспансеризацию.

Внедрение новых программ в методах подготовки и обучения руководителей и медицинских специалистов на примере ведущих медицинских научно-исследовательских институтов (НИИ) и учреждений Департамента города Москвы, таких как «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную и специализированную/ВТМП медицинскую помощь населению», невозможно представить без внедрения современных бережливых и инновационных обучающих технологий в медицинских учреждениях системы здравоохранения Российской Федерации. В том числе в системе управления методами обучения на постдипломном этапе в системе здравоохранения, адаптированной в современную социально-ориентированную и медико-экономическую модель управления медицинскими учреждениями. В этой связи ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ») внедряет новую модель постдипломного образования и подготовки руководителей и медицинских специалистов Департамента здравоохранения города Москвы и системы здравоохранения РФ, основанную на программе «НММО – Бережливая поликлиника – Диспансеризация населения» обучения, и с эффективным использованием информационного дистанционного (цифрового) обучения, с использованием видеоконференций и телемедицинских технологий различного формата при подготовке руководителей, организаторов (менеджеров) и медицинских специалистов ведущих медицинских учреждений Департамента здравоохранения города Москвы и медицинских организаций РФ.

При всех изменениях современного российского общества поддержание и укрепление здоровья населения остается одной из главных целей государства и человека в целом, вследствие чего не уменьшается потребность населения в профессиональных специалистах системы здравоохранения и информации медицинского характера. В современном обществе возникает стремление оптимизировать усилия и затраты на поддержание, укрепление здоровья населения, а также на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию здоровья населения. Современная информация о заболеваниях, о методах профилактики, доступном и качественном лечении, о безопасности и действии лекарственных препаратов, об особенностях реакции организма требует, с одной стороны, обеспечения максимальной доступности информации, а с другой стороны – достаточно гибкой и эффективной программы в методах обучения и подготовки современных руководителей (менеджеров) и медицинских специалистов медицинских учреждений.

Необходимость организационного совершенствования порядка и процесса диспансеризации взрослого и детского населения с применением методов бережливого производства связана с выявленной недостаточной удовлетворенностью потребителей медицинских услуг и медицинской помощи как порядком, так и процессом и результатами диспансеризации, причинами которой могут являться:

- низкая организационная дисциплина (в том числе недостижение плановых показателей) выполнения требований порядка, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н, а также приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 марта 2015 г., № 87н «О формах медицинской документации и статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров»;

- неполное и неэффективное, ненадлежащее исполнение функциональных обязанностей медицинскими работниками при проведении порядка и этапов диспансеризации;
- низкая кадровая укомплектованность медицинскими специалистами отделений профилактики и диспансеризации, техническая оснащенность медицинскими программами и оборудованием (ОМП/КМП и ТО);
- подмена функций ОМП/КМП участковвыми терапевтами;
- недостаточные знания и компетенции медицинских специалистов, низкая пользовательская активность медицинского персонала по внесению данных в медицинские информационные системы (ПО МИС, ЕМИАС);
- недостаточная информированность населения по вопросам порядка и этапов диспансеризации, ЗОЖ, профилактики заболеваний и рекламных акций СМИ, межведомственного взаимодействия;
- недостаточная активность и мотивация населения РФ по сохранению и укреплению здоровья, в том числе по диспансеризации.

Как следствие вышеперечисленного возникли проблемы неэффективной деятельности медицинских учреждений в процессах этапов и порядка проведения диспансеризации населения, прежде всего такие проблемы процесса, как:

- неоправданно длительное и неэффективное время протекания процесса и этапов диспансеризации (более 14–30 дней);
- недостаточная доступность методов 1-го этапа и низкая доступность методов специализированного 2-го этапа диспансеризации, главным образом лабораторных и инструментальных, а также консультаций врачей-специалистов (кардиологов, пульмонологов, неврологов, эндокринологов, окулистов и т. д.);
- неоправданно высокая частота посещения поликлиник гражданами (более 5–6 раз) для выполнения отдельных этапов и методов диспансеризации;
- длительное время ожидания гражданами результатов и заключений исследований (более 10–14 дней);
- неоправданно длительное время пребывания граждан в поликлинике при проведении исследований и консультаций (более 3–5 часов).

При внедрении программы и методов современной эффективной модели построения образцовых отделений медицинской профилактики и диспансеризации в регионах РФ: г. Москва, г. Калининград, г. Ярославль и г. Севастополь в эксперименте было показано, что при рациональной организации процесса диспансеризации ВПП можно сократить до 2–3 дней, а количество посещений поликлиники с 13 до 2–4 посещений. Это способствует повышению мотивации и привлекательности процесса

за счет значительного сокращения затрат времени и роста удовлетворенности процессом диспансеризации застрахованного населения РФ.

Настоящее методическое пособие и рекомендации подготовлены в целях оказания научной и практической помощи как руководителям медицинских учреждений, ответственным за организацию и проведение этапов и порядка диспансеризации населения, так и врачебному и среднему медицинскому персоналу, непосредственно участвующему в этом процессе. В процессе дальнейшего накопления опыта по современным инновационным моделям и программам диспансеризации населения предполагается совершенствование нормативно-правовой базы с учетом внедрения принципов бережливого производства в лечебно-диагностический процесс и практику медицинских учреждений.

1. ОСНОВЫ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В МЕДИЦИНЕ И ВИДЫ ПОТЕРЬ

Бережливое производство в здравоохранении – система, ориентированная на повышение удовлетворенности потребителей медицинских услуг и медицинской помощи, снижение трудопотерь медицинского персонала, повышение качества и производительности труда. При работе медицинской организации с применением методов бережливого производства достигается постоянное сокращение всех типов потерь с целью достижения, совершенствования условий оказания медицинской помощи на всех ее этапах и протекания лечебно-диагностических и профилактических процессов в медицинских учреждениях.

Ключевым принципом бережливого производства является непрерывность производственного потока, без задержек и очередей, за счет равномерности загрузки персонала, рациональной логистики пациентов, персонала и информации, оптимальной планировки площадей медицинских учреждений и устранения всех видов потерь в лечебно-диагностическом, профилактическом и реабилитационном процессе.

Весь объем работы, выполняемый персоналом, имеет 4 составляющие по отношению к ценности конечного результата:

Работа, добавляющая ценность, – работа, которую необходимо выполнить для обеспечения требований заказчика (пациента). Это непосредственно профессиональные действия медицинского персонала: осмотр, выполнение исследований и процедур, забор биоматериала, консультации врачей специалистов и т. д.

Работа необходимая, но не добавляющая ценность, – работа, которую необходимо выполнять во время профессиональных действий: перевязка жгутом, санитарно-гигиеническая обработка места инъекции, подготовка кушетки, заполнение медицинской документации и т. д.

Периодическая работа – работа, выполняемая в определенные периоды времени, например, один раз в смену, 2 раза в смену: дезинфекция и утилизация расходных материалов, транспортировка биоматериала в лабораторию, проветривание и уборка помещений и т. д.

Потери – все остальное, что не входит в вышеперечисленные три.

Общепринятым подходом является группировка всех потерь в 7 видов:

Перепроизводство – производство в большем объеме, чем нужно в текущий момент времени (назначение анализов, которые не будут востребованы, выполнение дублирующих исследований).

Лишние движения – нерациональная последовательность выполнения работ, связанная, в том числе, с планировкой рабочей зоны (выполнение действий, не связанных с врачебной функцией, лишние перемещения, связанные с неправильной организацией эргономики рабочего места и трудового процесса в целом).

Ненужная транспортировка – передвижение пациента сверх минимально необходимого, в том числе по причине неорганизованности диагностического/скринингового процесса (необходимость многократного посещения поликлиники в разные дни/смены).

Излишние запасы – очереди, которые образуются в результате неправильного планирования максимальной нагрузки персонала, а также непродуманная логистика поставки расходных материалов/реагентов.

Избыточная обработка – выполнение большего объема работ, чем регламентируется требованиями действующих порядков и стандартов оказания медицинской помощи, в частности при прохождении этапов диспансеризации.

Ожидание – любое ожидание, в том числе результатов исследований, консультаций врачей, документов, информации и пр., является бесполезной деятельностью и одним из основных видов потерь.

Брак и Переделка – ошибки при подготовке материалов, переделка анализов по причине нарушений правил подготовки к исследованию, правил забора биоматериалов, их хранения и транспортировки к месту выполнения исследования, неверно поставленный диагноз и т. д.

2. ПОСТРОЕНИЕ ТЕКУЩЕГО, ИДЕАЛЬНОГО И ЦЕЛЕВОГО СОСТОЯНИЙ. СОЗДАНИЕ КАРТ МАТЕРИАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОГО ПОТОКА. РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ ПРОТЕКАНИЯ ПРОЦЕССА

Приступая к совершенствованию организации порядка и процесса диспансеризации, в первую очередь необходимо оценить текущее состояние процесса и собрать информацию обо всех операциях, его составляющих.

Принципиально важным является организация оценки процессов в реальном времени, а не на основании опросов участников этих процессов. Также требуется оценить соответствие процессов требованиям действующих порядков и регламентов, выявив причины их неисполнения. На основании изучения последовательности и длительности всех операций процесса диспансеризации можно приступать к созданию Карты информационно-материального потока (КИМП) текущего состояния.

КИМП – наглядное отображение/документирование процесса с целью анализа движения пациентов, информации, документации и наглядного представления задержек в анализируемых потоках, т. е. факторов, увеличивающих ВПП и провоцирующих незавершенное производство.

Время протекания процесса – время продвижения гражданина от момента возникновения потребности в комплексной медицинской услуге до момента ее завершения.

КИМП текущего состояния должна включать:

- время цикла (длительность отдельных операций процесса)
- численность задействованного персонала
- расстояние перемещения гражданина внутри МО
- время ожидания/простоя (для пациента/для врача)
- время протекания процесса
- объем незавершенного производства (число граждан, которым услуга не может быть оказана в момент обращения или прервавших получение услуги)
- время такта (Т-такта) – показатель, отражающий требуемую скорость выполнения комплексной услуги для достижения плановых показателей (расчетная величина)
- потери
- проблемы

В случае выявления неучтенных факторов они могут быть включены в КМИП (пример карты потока процесса диспансеризации в ЦГКБ г. Калининград – Приложение № 1).

Следующий шаг после изучения текущего состояния – это разработка идеального состояния процесса.

Идеальное состояние процесса – информационно-материальный поток движется непрерывно, без задержек.

При разработке идеального состояния следуют принципам выстраивания операций в поток (выпрямление потоков), выравнивания времени такта и минимума перемещений. Создавая карту идеального состояния процесса, необходимо произвести расчет идеального ВПП и этапов его достижения посредством реализации ряда целевых состояний.

Целевое состояние – состояние процесса, которое может быть достигнуто к определенному времени в рамках реализации проекта. Каждый этап – новое целевое состояние с четко определенными сроками и показателями, целью которых является реализация требуемых улучшений. Для этого необходимо создание детального плана мероприятий по достижению целевого состояния (Приложение № 2).

3. ПЛАНИРОВОЧНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОЦЕССОВ НА ПРИНЦИПАХ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В СТРУКТУРАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Критерии планировочного решения:

- ИМП – непрерывен, без задержек и ожиданий
- Обеспечение необходимой производительности для достижения целевых показателей
- Минимизация необоснованных перемещений
- Планирование (создание условий) работы по времени такта
- Создание процесса с гибкой численностью персонала, т. е. временное, в момент максимальных нагрузок, привлечение персонала к выполнению функционала других участников процесса
- Создание процесса визуально понятным для всех

При разработке совершенного планировочного решения необходимо применять вышеизложенные критерии без учета текущих технологических ограничений. Основой планировочного решения является достижение максимальной производительности при обеспечении требуемого качества и безопасности комплексной услуги. Критерии оценки качества разрабатываемых планировочных решений:

- Эффективность использования площадей
- Сумма необходимых инвестиций
- Объем реализации основных критериев ПР
- Длительность ВПП
- Обеспечение производительности, равной или незначительно превышающей плановые показатели

Создание процесса с гибкой численностью персонала – временное увеличение производительности / пропускной способности в момент максимальных нагрузок за счет привлечения персонала к выполнению функционала других участников процесса, без потерь качества и общей производительности труда.

Создание процесса с гибкой численностью предполагает обучение части персонала, обычно занятого на смежных/иных процессах, навыкам, требующимся для выполнения замещаемого функционала. Для чего должны быть разработаны общий регламент организации диспансеризации, регламенты отдельных операций и функциональные обязанности персонала.

4. ПЛАНИРОВАНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПОТОКА С УЧЕТОМ РАВНОМЕРНОЙ ЗАГРУЗКИ ПЕРСОНАЛА

Согласно порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н, основным объемным показателем ее эффективности является охват населения, находящегося на медицинском обеспечении в медицинской организации и подлежащего диспансеризации в текущем году, плановое значение – не менее 75 % прикрепленного населения. Во многих МО эти целевые значения не достигаются, усредненный показатель по РФ в 2022 г. составил 56 %. Причиной этого в большинстве случаев является неправильное планирование нагрузки.

С целью обеспечения равномерной загрузки ОМП/КМП и достижения целевых показателей необходимо организовать работу согласно времени такта.

Время такта отражает скорость, с которой нужно выполнить комплексную услугу, и прямо зависит от плановых показателей (расчетная величина). Время такта позволяет определить объем работы для каждого медицинского работника, занятого в проведении диспансеризации. Время такта нельзя путать с временем цикла. Время цикла – фактическое время, которое требуется для выполнения определенного метода/исследования в рамках процесса диспансеризации (определяется прямым наблюдением – хронометраж).

Расчет времени такта осуществляется по формуле:

$$\text{Время такта} = \frac{\text{Количество рабочих дней в год (247)*количество рабочих минут в день}}{\text{Количество подлежащих диспансеризации в текущем году}}$$

Пример расчета:

К МО прикреплено и регулярно получают ПМСП 90 тыс. чел., т. о. ежегодный плановый показатель составит – 18,9 тыс. Длительность работы ОМП составляет 12 часов (720 мин).

Теперь мы можем рассчитать время такта: (247 дней x 720 мин.)/18 900 чел. = 9,4 мин/чел. Это означает, что каждые 9,4 мин. гражданин должен переходить от одного к другому методу обследования.

Если время такта больше или равно времени цикла, выполняемого одним сотрудником, то мы можем достичь плановых показателей, не привлекая дополнительный персонал. Если время такта меньше времени цикла, то необходимо:

- сократить потери внутри времени цикла
- произвести перебалансировку работ между недозагруженными сотрудниками ОМП/КМП

Свободно перераспределять выполняемые обязанности между сотрудниками возможно только с учетом уровня квалификации (медицинская сестра – медицинская сестра, медицинская сестра – врач, медицинская сестра – фельдшер, фельдшер – врач).

Время такта для методов специализированного исследования, выполняемых врачами-специалистами (врач-терапевт ОМП, УЗИ, дуплекс БЦА, ФГДС, колоноскопия и др.), – величина расчетная и определяется исходя из доли обследованных, имеющих показания к выполнению данных методов.

Пример:

В предыдущем году доля лиц, которым была установлена II или IIIA группа здоровья, составила 60 или 11 340 чел., не менее 60 % (6 804) из них должны были пройти индивидуальное УПК. Время такта для этого метода составит: $(247 \text{ дней} \times 720 \text{ мин.}) / 6 804 \text{ чел.} = 26,1 \text{ мин/чел.}$ Рекомендованная длительность индивидуального УПК составляет 40 мин., следовательно, для выполнения этого метода необходимо более 1 специалиста (Приложение 5. Диаграмма загрузки).

5. МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА

Важной составляющей эффективной организации порядка и этапов процесса диспансеризации населения является четкая маршрутизация движения пациентов, ведение медицинской документации. Как отмечено выше, равномерность потока способствует повышению пропускной способности подразделений МО (регистратура, ОМП/КМП, КДО, лаборатория). Поэтому, приступая к планированию маршрутизации, необходимо создать принципиальную схему процесса. Схема диспансеризации, согласно порядку, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 № 36ан, представлена на рис. 1.



Рисунок 1 – Общая схема диспансеризации

На основании общей схемы процесса диспансеризации следует составить схемы процессов каждого из двух этапов. Схемы процессов представлены на рис. 2 и рис. 3.



Рисунок 2 – Маршрутизация, I этап



Рисунок 3 – Маршрутизация, II этап

К основным особенностям порядка и этапов диспансеризации, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н, относится дифференцированный подход к формированию набора инструментально-лабораторных методов исследования, примененный в целях повышения вероятности раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, наиболее часто встречающихся в конкретных половозрастных группах. Это обуславливает значительные различия в наборе методов исследования I этапа диспансеризации, доступных в различных половозрастных группах, а следовательно, и разную длительность процесса диспансеризации. По этой причине дальнейшее планирование процесса диспансеризации с учетом равномерности потока пациентов требует учета многообразия вариантов планов обследования с расчетом длительности времени циклов, их составляющих. Для этой цели удобно использовать Приложение № 1 к Порядку, дополнив его данными хронометража времени цикла различных методов (табл. 1). По полученным данным можно рассчитать и среднюю суммарную длительность процесса диспансеризации у пациентов разных возрастов (табл. 2; 3).

Таблица 1 – Время цикла методов первого этапа диспансеризации

Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие	ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ: ВРЕМЯ ЦИКЛА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ																											
	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	
	Возраст (лет)																											
	Первый этап Диспансеризации																											
1. Опрос (анкетирование) на	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
2. Антропометрия (измерение роста)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3. Измерение АД	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18. Прием (осмотр) врача-	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
9. Флюорография легких	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
14. Общий анализ мочи	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6. <u>относительного ССР</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. <u>абсолютного ССР</u>	0																											
17. Измерение ВГД	0						3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Определе ние уровня ОХ общего	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5. Определе ние уровня Глю	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11. Клинический анализ Тройка	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
12. Клинический анализ крови	0						3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
13. Анализ крови биохимический	0						3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7. Электрокардиогр для мужчин	0					5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
афия (в покое) <1> для же нщин	0							6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
15. Исследование кала на скрытую	0									2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8. Осмотр фел ьдшером + мазок	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
10. Маммография обе их молочных	0						8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
16. Для же нщин УЗИ	0						15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
17. Для же нщин УЗИ	0						15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

Таблица 2 – Количество исследований в различных возрастах

возраст	Количество исследований, согласно полу и возрасту																											
	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	
мужчины	10	10	10	10	10	11	12	12	12	13	13	13	13	13	13	12	12	12	12	11	11	11	11	11	11	11	11	11
женщины	11	11	11	11	11	11	13	13	14	15	15	15	15	15	15	14	14	13	13	11	11	11	11	11	11	11	11	11

Таблица 3 – Суммарная длительность процессов первого этапа диспансеризации

	Суммарная длительность исследований выполняемых согласно полу и возрасту (мин)																											
	41	41	41	41	41	46	63	49	63	51	65	51	65	51	65	51	65	51	65	49	63	49	63	49	63	49	63	
мужчины	41	41	41	41	41	46	63	49	63	51	65	51	65	51	65	51	65	51	65	49	63	49	63	49	63	49	63	
женщины	49	49	49	49	49	49	74	60	80	68	82	68	82	68	82	68	82	60	74	50	64	50	64	50	64	50	64	

На основании произведенных расчетов, принимая во внимание время, необходимое для подготовки к исследованиям и их выполнения, следует определить целевую длительность процесса диспансеризации (табл. 4; 5).

Таблица 4 – ВПП, мужчины

Целевое время протекания процессов (ВПП) I этапа мужчины										
	день 1		ожидание		день 2		ВПП ИТОГО			
возраст										
21	29	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	41	минут
24	29	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	41	минут
27	29	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	41	минут
30	29	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	41	минут
33	29	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	41	минут
36	34	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	46	минут
39	36	минут	12-24	ч.	27	минут	2	дня	63	минут
42	37	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	49	минут
45	36	минут	12-24	ч.	27	минут	2	дня	63	минут
48	39	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	51	минут
51	38	минут	12-24	ч.	27	минут	2	дня	65	минут
54	39	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	51	минут
57	38	минут	12-24	ч.	27	минут	2	дня	65	минут
60	39	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	51	минут
63	38	минут	12-24	ч.	27	минут	2	дня	65	минут
66	39	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	51	минут
69	38	минут	12-24	ч.	27	минут	2	дня	65	минут
72	39	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	51	минут
75	38	минут	12-24	ч.	27	минут	2	дня	65	минут
78	37	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	49	минут
81	36	минут	12-24	ч.	27	минут	2	дня	63	минут
84	37	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	49	минут
87	36	минут	12-24	ч.	27	минут	2	дня	63	минут
90	37	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	49	минут
93	36	минут	12-24	ч.	27	минут	2	дня	63	минут
96	37	минут	12-24	ч.	12	минут	2	дня	49	минут
99	36	минут	12-24	ч.	27	минут	2	дня	63	минут

Таблица 5 – ВПП, женщины

Целевое время протекания процессов (ВПП) I этапа женщины								
	день 1		ожидание	день 2		ВПП ИТОГО		
возраст								
21	37	минут	12-24 ч.	12	минут	2 дня	49	минут
24	37	минут	12-24 ч.	12	минут	2 дня	49	минут
27	37	минут	12-24 ч.	12	минут	2 дня	49	минут
30	37	минут	12-24 ч.	12	минут	2 дня	49	минут
33	37	минут	12-24 ч.	12	минут	2 дня	49	минут
36	37	минут	12-24 ч.	12	минут	2 дня	49	минут
39	39	минут	12-24 ч.	35	минут	2 дня	74	минут
42	40	минут	12-24 ч.	20	минут	2 дня	60	минут
45	45	минут	12-24 ч.	35	минут	2 дня	80	минут
48	48	минут	12-24 ч.	20	минут	2 дня	68	минут
51	47	минут	12-24 ч.	35	минут	2 дня	82	минут
54	48	минут	12-24 ч.	20	минут	2 дня	68	минут
57	47	минут	12-24 ч.	35	минут	2 дня	82	минут
60	48	минут	12-24 ч.	20	минут	2 дня	68	минут
63	47	минут	12-24 ч.	35	минут	2 дня	82	минут
66	48	минут	12-24 ч.	20	минут	2 дня	68	минут
69	47	минут	12-24 ч.	35	минут	2 дня	82	минут
72	40	минут	12-24 ч.	20	минут	2 дня	60	минут
75	39	минут	12-24 ч.	35	минут	2 дня	74	минут
78	38	минут	12-24 ч.	12	минут	2 дня	50	минут
81	37	минут	12-24 ч.	27	минут	2 дня	64	минут
84	38	минут	12-24 ч.	12	минут	2 дня	50	минут
87	37	минут	12-24 ч.	27	минут	2 дня	64	минут
90	38	минут	12-24 ч.	12	минут	2 дня	50	минут
93	37	минут	12-24 ч.	27	минут	2 дня	64	минут
96	38	минут	12-24 ч.	12	минут	2 дня	50	минут
99	37	минут	12-24 ч.	27	минут	2 дня	64	минут

Для достижения целевой продолжительности процесса и обеспечения планового охвата с минимальным привлечением персонала необходимо обеспечить соблюдение времени такта. Для этого необходимо организовать распределение методов исследования, выполняемых в различных подразделениях (кабинетах), таким образом, чтобы время пребывания пациента в различных кабинетах максимально соответствовало времени такта (рис. 4).

ОМП	<ul style="list-style-type: none"> •Опрос (анкетирование) + Измерение АД 11 мин •Антропометрия + ЭКГ 8 мин •Экспресс определение ОХ + Глюкозы + измерение ВГД 7 мин •Определение ССР (погружены в прием терапевта)
Лаборатория	<ul style="list-style-type: none"> • Общий анализ мочи + исследование кала на скрытую кровь 4 мин • Анализ крови клинический (тройка) + АК расширенный + АК биохимический 6 мин
КДО	<ul style="list-style-type: none"> • Флюорография 6 мин • Осмотр фельдшером, взятие мазка 8 мин • Маммография 8 мин • УЗИ 15 мин
Терапевтическое отделение	<ul style="list-style-type: none"> • Прием (осмотр) участковым врачом-терапевтом 12 мин

Рисунок 4 – Распределение нагрузки

После распределения нагрузки можно приступать непосредственно к составлению маршрутизации обследуемых. Пример маршрутизации представлен на рисунках 5 и 6.

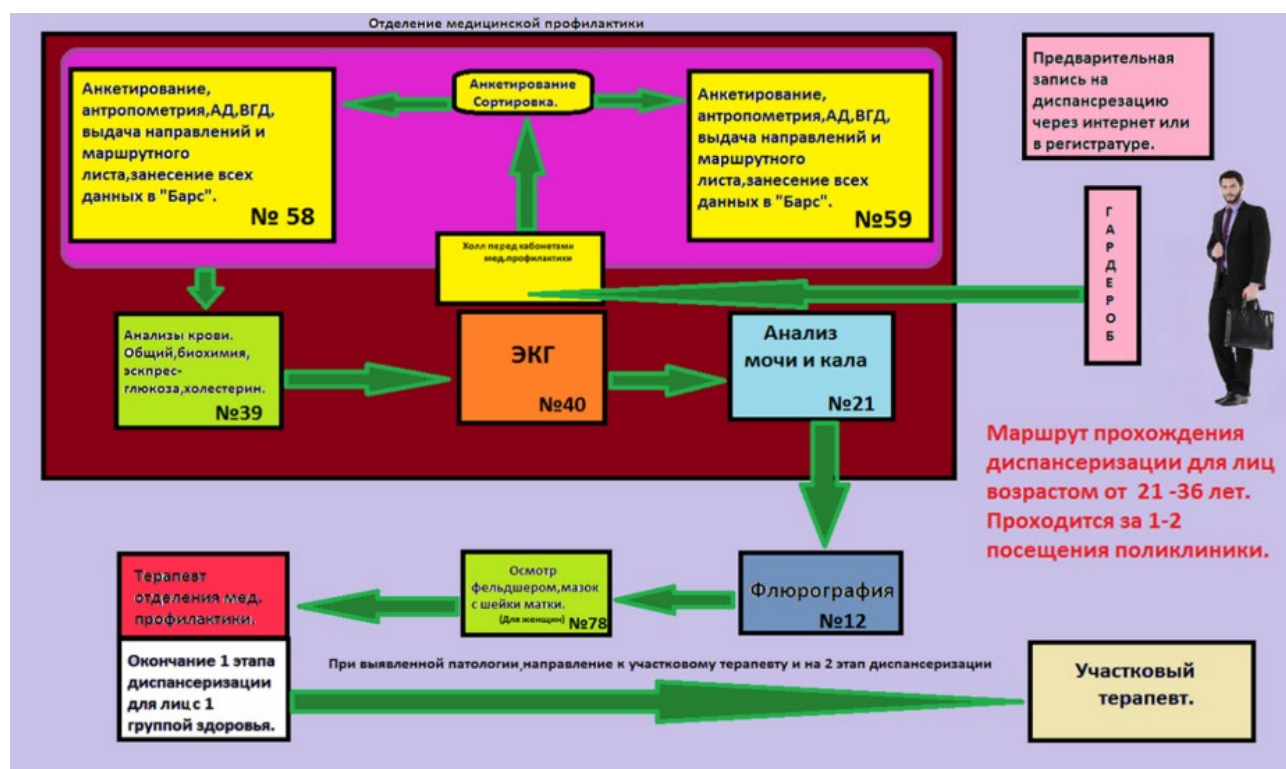


Рисунок 5 – Пример маршрута лиц возрастов 18-36 лет

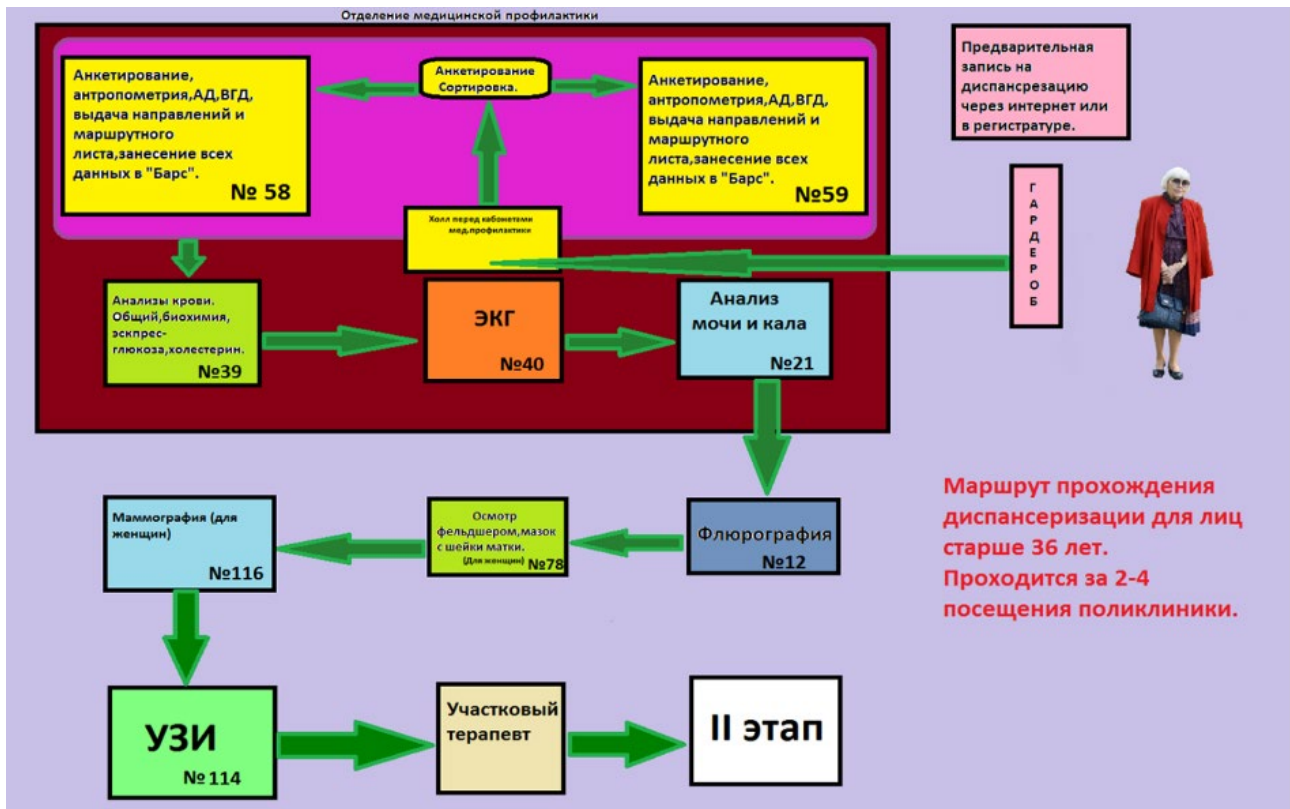


Рисунок 6 – Пример маршрута лиц старше 36 лет

6. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОГО РАБОЧЕГО МЕСТА ПО СИСТЕМЕ 5S В ОТДЕЛЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

С целью организации эффективной работы медицинского персонала ОМП и диспансеризации следует организовать рабочие места согласно принципам системы 5S.

5S – система, направленная на правильную, эффективную и безопасную организацию рабочего места.

5 принципов, на японском языке все начинаются с буквы S.

1-й шаг – сортировка. Подразумевает разделение вещей на нужные и ненужные и избавление от последних. Все материалы, оборудование и инструмент сортируются по принципам:

- нужные всегда – материалы, которые используются в работе постоянно;
- нужные иногда – материалы, которые могут использоваться в работе, но в данный момент не востребованы;
- ненужные вообще – неиспользуемые инструменты, бланки, посторонние предметы.

Без первого шага «Сортировка» бессмысленно переходить к шагу «Соблюдение порядка» и что-то переставлять. В таком случае вы просто перекладываете ненужные вещи с места на место. Важно **УДАЛЯТЬ НЕНУЖНОЕ**.

2-й шаг – соблюдение порядка. Необходимо определить место для каждого предмета. Расположение предметов должно отвечать требованиям: безопасности, качества, эффективной работы. Принципы расположения вещей:

- легко использовать;
- легко вернуть на место;
- на видном месте;
- располагать предметы согласно использованию в текущем процессе;
- чем чаще предмет используется, тем ближе находится;

3-й шаг – содержание в чистоте. Это наведение и поддержание чистоты рабочей зоны:

- уборка рабочего места;
- тщательная уборка и чистка оборудования, фиксация неисправностей;
- устранение неисправностей и выработка мер по их предотвращению.

4-й шаг – стандартизация. Создание понятных визуальных стандартов и инструкций:

- выработанный порядок фиксируем визуально;
- с первого взгляда должно быть понятно, что где лежит, что есть в наличии, а что отсутствует на своем месте.

5-й шаг – совершенствование. Постоянно совершенствовать свое рабочее место:

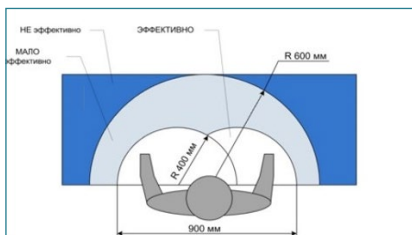
- требовать соответствия принципам системы 5S;
- улучшать разработанные стандарты;
- обучать персонал и следовать разработанным правилам.

Примеры шагов использования Системы 5S:

1-й шаг –
сортировка

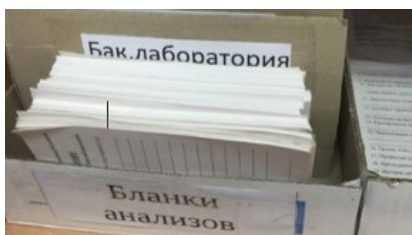


2-й шаг –
соблюдение
порядка



3-й шаг –
содержание в чистоте

4-й шаг –
стандартизация



5-й шаг –
совершенствование



7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В учебном пособии изложены актуальные вопросы организации и управления этапами и процессами диспансеризации населения Российской Федерации, а также современные инновационные методы организации процесса диспансеризации населения в медицинских учреждениях на принципах бережливых (цифровых) технологий в системе здравоохранения и медицинских учреждениях РФ.

Проанализированы и предложены новые методы и модели процесса диспансеризации населения с использованием инновационных бережливых медицинских технологий, включающие:

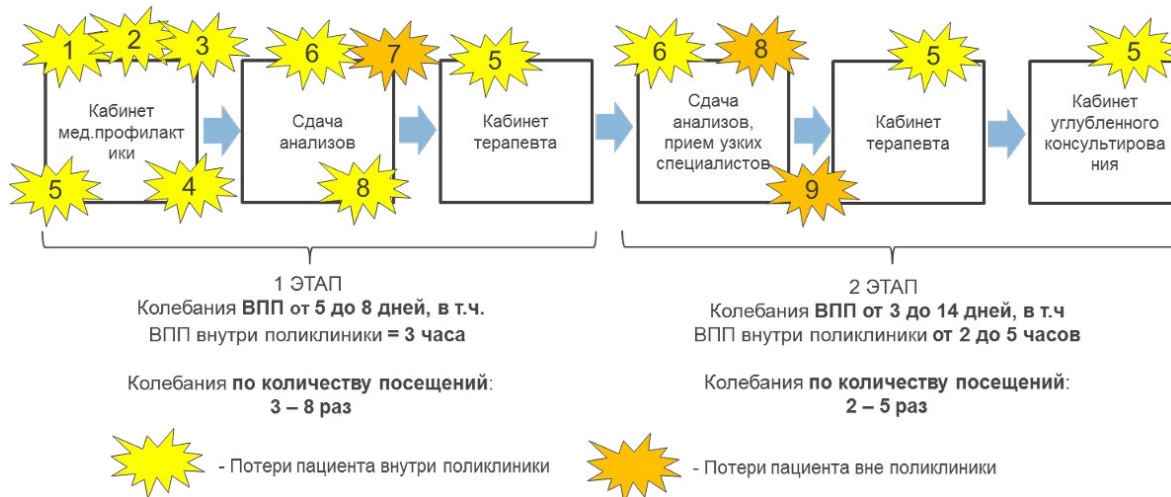
- общие организационные мероприятия с применением методов бережливых (цифровых) медицинских технологий по проведению и внедрению современных методов эффективной деятельности, организации и управления лечебно-диагностическими процессами в медицинских организациях, связанных с оказанием профилактической медицинской помощи населению;
- современные и актуальные вопросы организации процессов диспансеризации населения с применением инновационных (цифровых) методов бережливых медицинских технологий для профилактических и диспансерных подразделений в первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению;
- вопросы эффективной деятельности медицинских учреждений на всех этапах оказания качественной, безопасной, доступной и эффективной медицинской помощи населению, особенно на этапах проведения диспансеризации населения РФ и в целом в системе здравоохранения Российской Федерации.

Представлены основные методы и процессы диспансеризации населения РФ в медицинских учреждениях, востребованные и актуальные методы обеспечения медико-социальной и медико-экономической эффективности подразделений медицинских учреждений и в целом медицинских учреждений в системе здравоохранения РФ.

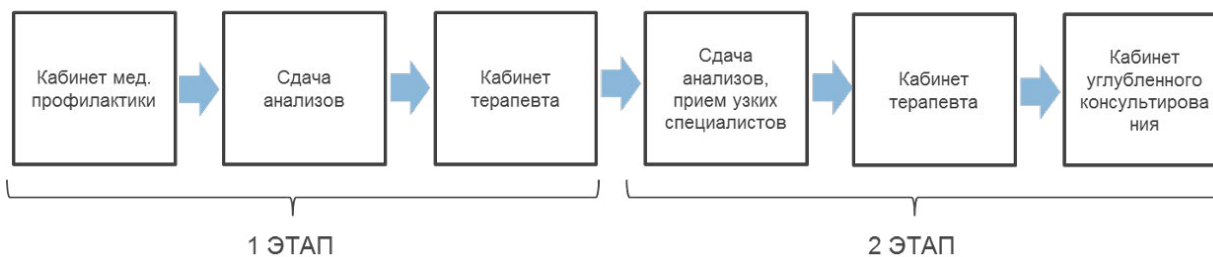
8. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1

Карта текущего состояния процесса:

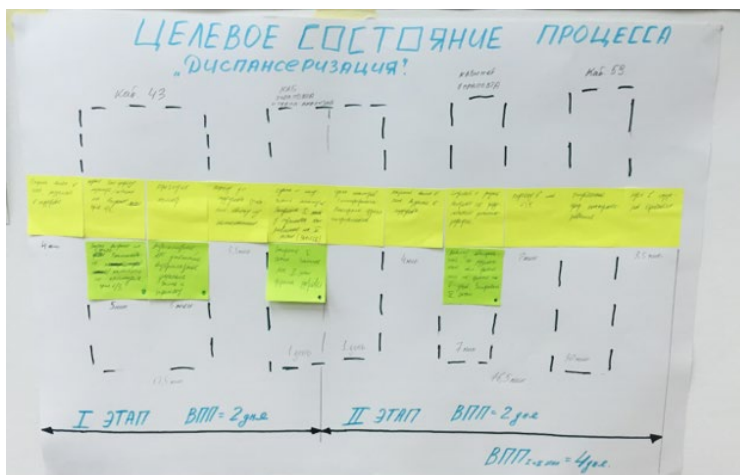


Карта целевого состояния:



	было	стало
Колебания ВПП	от 5 до 8 дней	от 1 до 2 дней
в т.ч. ВПП внутри поликлиники	3 часа	1 час 45 мин
Колебания по количеству посещений	3 – 8 раз	1 – 2 раза

	было	стало
Колебания ВПП	от 3 до 14 дней	2 дня
в т.ч. ВПП внутри поликлиники	от 2 до 5 часов	от 1 до 3 часов
Колебания по количеству посещений	от 2 до 5 раз	до 2 раз



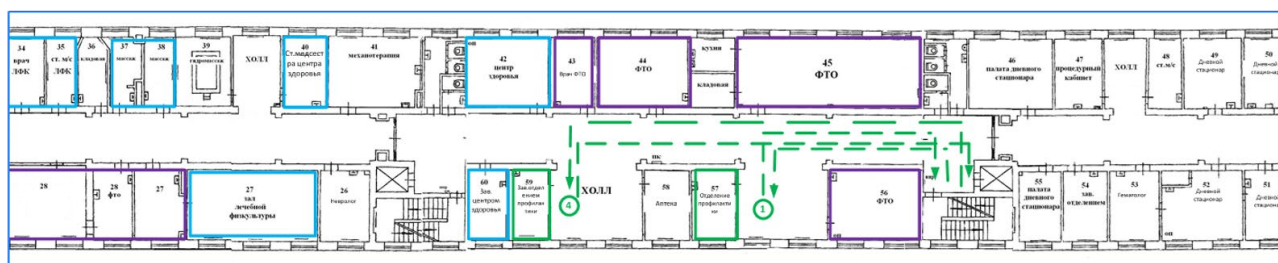
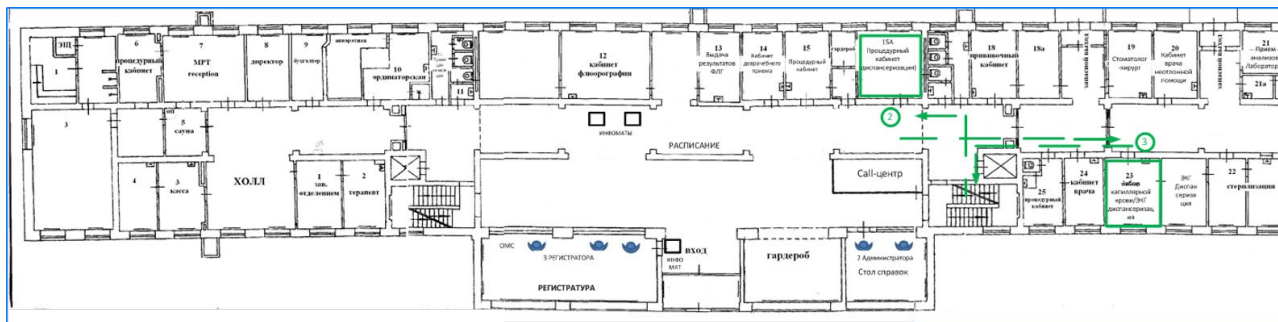
Приложение №2

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА В ЦГКБ «ПОЛИКЛИНИКА № 2»

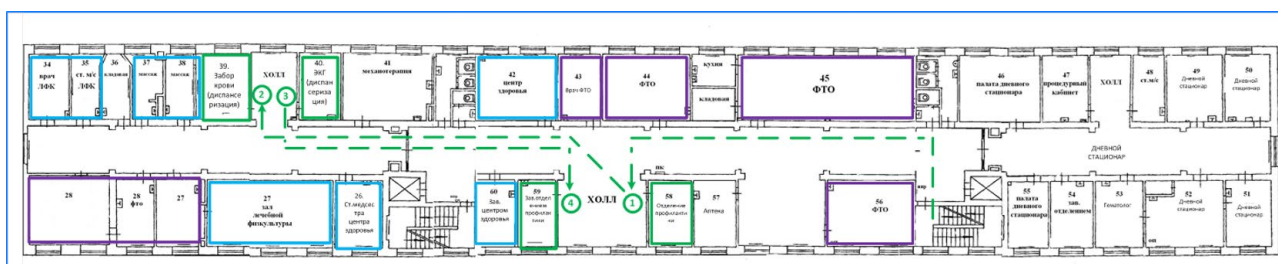
Проект «Реконструкция отделения профилактики. Оптимизация процессов диспансеризации определенных групп взрослого населения»

№	Проблема	Мероприятие по решению	Ответственные/срок	Ожидаемый результат
1	Ожидание пациентов в очереди в регистратуру из-за отсутствия возможности записи через телефон/интернет/терминал	Организация записи пациентов на диспансеризацию через интернет/телефон/терминал на определенную дату и время. С возможностью заполнения формы 131 в личном кабинете пациента	Голиков В.Е. Разин И.В. 01.02.2018	Сокращение ожидания пациентов в очереди на 15 мин.
2	Просмотр амбулаторной карты пациента медсестрой происходит вручную	Создание общей электронной базы данных амбулаторных карт пациентов (объединение карты пациента и карты диспансеризации)	Литвинов М.П. Федулов А.В. 01.02.2018	Сокращение времени на поиск ранее сданных анализов на 5 мин. Устранение риска повторной сдачи одного и того же анализа
3	Большое количество бланков направлений на анализы (до 10 шт.) и длительное время на их оформление (не менее 10 мин.)	Возможность направления на анализы в электронной системе	Литвинов М.П. Романченко З.В. 28.02.2018 Голиков В.Е. Разин И.В. 01.03.2018	Сокращение времени на 10 мин. Повышение удобства для пациентов (исключены бумажные носители)
4	Потеря времени персонала поликлиники на разъяснение информации по анализам пациентам	Создание маршрутных карт для пациентов в электронной базе	Разин И.В. 01.02.2018	Сокращение времени на 5 мин. Повышение удобства для пациентов

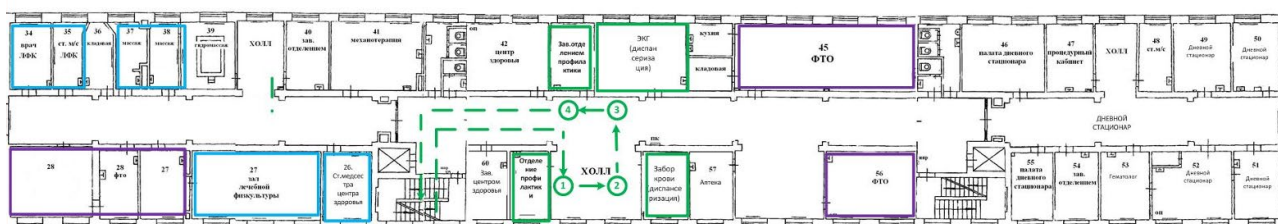
Текущие перемещения пациента в отделении медицинской профилактики



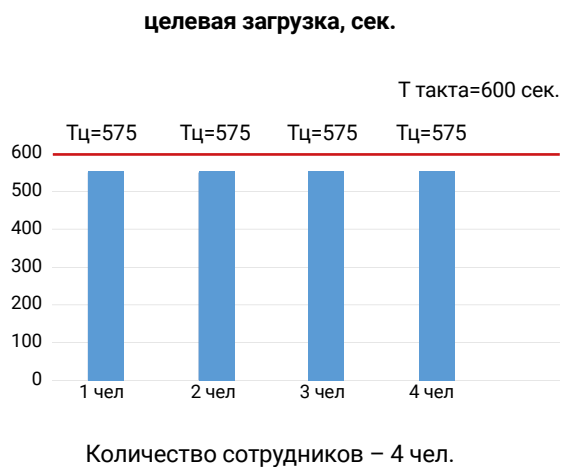
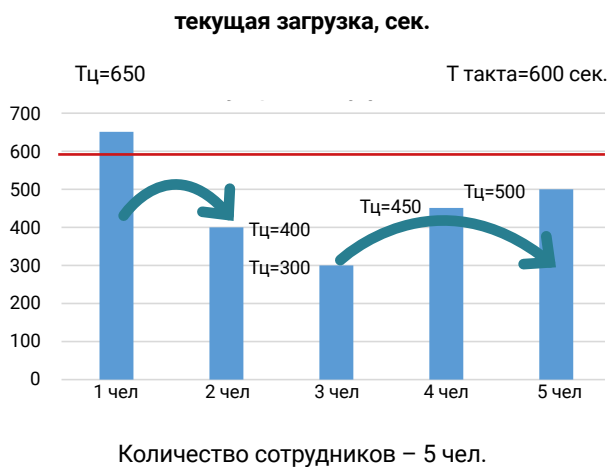
Целевые перемещения пациента в отделении медицинской профилактики



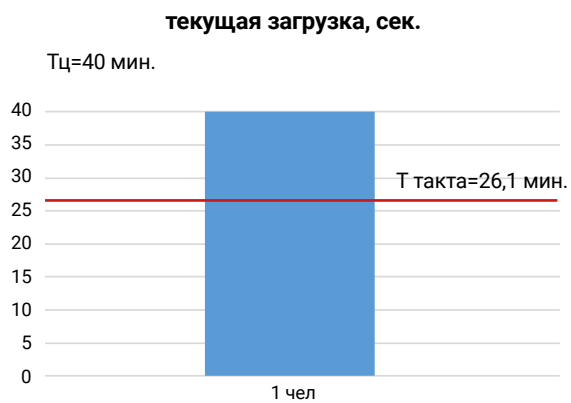
Идеальные перемещения пациента в отделении медицинской профилактики



Приложение №4



Приложение №5



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
3. Приказ Минобрнауки России от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
4. Приказ Минздрава России от 08 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».
5. Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 2 февраля 2022 г. № 97 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье».
6. Практическое руководство по первичной медико-санитарной помощи: учеб. пособие. / А.А. Зуйкова [и др]. –Воронеж: ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, 2015. – 896 с.
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
8. Организационно-методические вопросы применения бережливых технологий в медицине с точки зрения мотивации и обучения персонала Давыдова Н.С., Мазунина С.Д., Позмогова Н.П. Вятский медицинский вестник. 2020. № 1 (65). С. 74-81.
9. Внедрение бережливых технологий в управление организацией. Даниленко М.И. Экономика и бизнес: теория и практика. 2020. № 7 (65). С. 68-73.
10. Опыт использования симуляционных образовательных технологий при изучении вопросов бережливого производства в медицине: «Фабрика процессов по «lean-клиника»» Павлов А.В., Иванова И.В., Жбанников П.С. Дополнительное профессиональное образование в стране и мире. 2018. № 1 (37). С. 10-13.

11. Бережливая медицина как отраслевой стандарт бережливого производства. Курдова А.А., Кузичкина Е.В. В сборнике: молодежь и научно-технический прогресс. Сборник докладов XIII международной научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых. В 2 т. Старый Оскол, 2020. С. 89-92.
12. Международный опыт применения принципов и инструментов бережливого производства в сфере здравоохранения как метода оптимизации деятельности медицинских учреждений. Шрайнер О.О., Ультан С.И. В сборнике: молодежь третьего тысячелетия. Сборник научных статей. 2019. С. 1401-1405.
13. Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge World Health Organization; 2018
14. Guidance on the analysis and use of routine health information systems: rehabilitation module. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
15. Rehabilitation 2030: a call for action – meeting report, Executive Boardroom, WHO Headquarters, 6-7 February 2017. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
16. Strengthening rehabilitation in health systems. SEVENTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY Agenda item 13.4. WHA76.6. 30 May 2023
17. WHO-ITU global standard for accessibility of telehealth services. Geneva: World Health Organization and International Telecommunication Union, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
18. Ястребцева И.П., Даминов В.Д., Дерябкина Л.Ю., Вялкова С.В., Макшанцева К.В. Дистанционная реабилитация пациентов с нарушением двигательных функций при церебральной патологии. Вестник восстановительной медицины. 2021; 20(1): 45-50. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2021-20-1-45-50>
19. Дайхес А.Н., Шулаев А.В., Шикалева А.А., Выговская Л.Е., Садыков М.М. Эффективность медицинской реабилитации с использованием телемедицинских технологий (обзор литературы) // Общественное здоровье и здравоохранение. 2023. № 1 (76).
20. Ляпина И.Н., Зверева Т.Н., Помешкина С.А. Современные способы дистанционного наблюдения и реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2022. № 1.
21. Захарченко Д.А., Новак Э.В., Даминов В.Д., Карпов О.Э. Телереабилитация – способ улучшить приверженность реабилитации на амбулаторном этапе // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2018. №3 (8).
22. Пряникова Н.И, Поликарпова О.С., Ибрагимова Х.С., Бушуева Е.В. Телемедицина как перспективный инструмент развития технологий и инструмент развития мобильной реабилитационной службы (НА ПРИМЕРЕ ФНКЦ РР) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2020. № 1.

23. Видяева Н.Г., Солодухин А.В., Помешкина С.А., Зверева Т.Н. Возможности применения телемедицинских технологий в реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Профилактическая медицина. 2021;24(3):95–99. <https://doi.org/10.17116/profmed20212403195>
24. Помешкина С.А., Локтионова Е.Б., Каспаров Э.В., Беззубова В.А., Шибанова И.А., Барбараш О.Л. Сравнительный анализ эффективности контролируемых и домашних физических тренировок амбулаторного этапа реабилитации после коронарного шунтирования // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2017. № 2.
25. Иванилова Т.Н., Василенко И.В., Семенов В.А., Буслов И.А., Ильминская А.А., Субочева С.А. Функциональные возможности портала дистанционной нейрореабилитации // Научно-технический вестник информационных технологий, механики и оптики. 2019. Т. 19. № 5. С. 925–930 (на англ. яз.). doi: 10.17586/2226-1494-2019-19-5-925-930
26. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».
27. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
28. Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».
29. Постановление Правительства РФ от 18.07.2023 № 1164 (ред. от 18.07.2023) «Об установлении экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций и утверждении Программы экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций по направлению медицинской деятельности, в том числе с применением телемедицинских технологий и технологий сбора и обработки сведений о состоянии здоровья и диагнозах граждан».
30. Приказ Минкомсвязи России от 13.04.2012 № 107 (ред. от 19.08.2022) «Об утверждении Положения о федеральной государственной информационной системе «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме»» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.04.2012 № 23952).

Приложение №7

Перечень вопросов, выносимых на аттестацию в форме тестирования

1. Укажите принципы охраны здоровья населения, изложенные в ФЗ-323 «Об основах законодательства об охране здоровья граждан РФ»:

- А. соблюдение прав человека в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий,
- Б. приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан, доступность медико-социальной помощи,
- В. социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья,
- Г. ответственность законодательной и исполнительной власти, работодателей за охрану здоровья населения,
- Д. все вышеперечисленное.

2. Основные направления реформы здравоохранения в РФ:

- А. децентрализация системы управления,
- Б. внедрение альтернативных источников финансирования,
- В. сохранение бесплатной медицинской помощи в объеме **программы** Государственных гарантий государства на оказание бесплатной помощи населению,
- Г. реструктуризация больничной помощи,
- Д. приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи и диспансеризация населения.

3. Основные модели общеврачебной (семейной) практики:

- А. частнопрактикующий врач общей (семейной) практики,
- Б. групповая общеврачебная (семейная) практика,
- В. участковый (цеховой) врач медико-санитарной части,
- Г. отделения общеврачебной (семейной) практики в территориальных поликлиниках.

4. Укажите основные общепринятые показатели, по которым судят о потенциале здоровья населения:

- А.** демографические показатели, заболеваемость, инвалидность, физическое и психическое здоровье,
- Б.** демографические показатели, показатели естественного движения, заболеваемость, инвалидность,
- В.** показатели естественного движения, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие.

5. Индекс здоровья – это:

- А.** частота случаев всех заболеваний среди населения за календарный период,
- Б.** доля лиц среди всего населения, не болевших в течение года,
- В.** контингент лиц, имевших по крайней мере один случай заболевания в течение года,
- Г.** соотношение здоровых и больных лиц.

6. Для развитых стран характерны следующие демографические характеристики:

- А.** высокая рождаемость, низкая смертность, низкая младенческая смертность, большой показатель продолжительности предстоящей жизни,
- Б.** низкая рождаемость, средний уровень смертности, низкая младенческая смертность, большой показатель продолжительности предстоящей жизни,
- В.** высокая рождаемость, высокая смертность, высокая младенческая смертность, низкая продолжительность предстоящей жизни,
- Г.** низкая рождаемость, высокая смертность, высокая младенческая смертность, низкая продолжительность предстоящей жизни.

7. Для развивающихся стран характерны следующие демографические характеристики:

- А.** высокая рождаемость, низкая смертность, низкая младенческая смертность, высокая продолжительность предстоящей жизни,
- Б.** низкая рождаемость, низкая смертность, низкая младенческая смертность, высокая продолжительность предстоящей жизни,
- В.** высокая рождаемость, высокая смертность, высокая младенческая смертность, низкая продолжительность предстоящей жизни,
- Г.** низкая рождаемость, высокая смертность, высокая младенческая смертность, низкая продолжительность предстоящей жизни.

8. Укажите основные причины увеличения показателя общей смертности населения РФ за последние два десятилетия:

- А. рост числа болезней органов кровообращения и онкозаболеваний, постарение населения, рост числа смертей от тяжелых травм, отравлений и несчастных случаев,
- Б. улучшение регистрации случаев смерти, постарение населения,
- В. увеличение детской смертности, увеличение смертности от болезней органов кровообращения и онкозаболеваний,
- Г. снижение уровня рождаемости, постарение населения,
- Д. увеличение смертности населения в рабочем возрасте, постарение населения.

9. Современные тенденции заболеваемости населения России, характерные для диспансеризации и охраны здоровья населения:

- А. увеличение числа хронических болезней (болезней системы кровообращения, новообразований, эндокринных болезней) в молодом возрасте,
- Б. роста общей заболеваемости только за счет совершенствования системы диагностики и регистрации болезней,
- В. увеличение числа бессимптомных и атипичных форм заболеваний,
- Г. увеличение числа больных, имеющих сочетанную патологию.

10. В соответствии с законом ФЗ-326 «О медицинском страховании граждан РФ» каждый гражданин имеет право:

- А. право на обязательное медицинское страхование и диспансеризацию,
- Б. право на свободный выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС/ДМС,
- В. право на возвращение части страховых взносов при ОМС,
- Г. право на получение первичной медицинской помощи на всей территории РФ, в т. ч. прохождения медицинских осмотров и диспансеризацию.

11. Тарифы на медицинские услуги разрабатываются:

- А. фондами обязательного медицинского страхования,
- Б. страховыми медицинскими организациями,
- В. органами государственного управления здравоохранением,
- Г. профессиональными медицинскими ассоциациями,
- Д. совместно всеми вышеперечисленными структурами.

12. Какое из перечисленных определений медицинского страхования является наиболее полным:

А. медицинское страхование – это система мероприятий по формированию особых страховых фондов,

Б. медицинское страхование – это система отношений по защите интересов физических лиц,

В. медицинское страхование – это система отношений по защите финансовых интересов физических лиц (граждан) при наступлении страховых случаев, связанных с нарушением здоровья,

Г. медицинское страхование – это система мероприятий по формированию фондов, предназначенных для финансирования медицинской помощи.

13. Перечислите виды эффективности в здравоохранении:

А. медицинская, социальная, экономическая,

Б. макроэкономическая, микроэкономическая, медицинская, социальная, правовая,

В. медицинская, макроэкономическая, мезоэкономическая, социальная, правовая.

14. В установлении факта инвалидности принимают участие:

А. врачи ЛПУ – выявляют признаки инвалидности,

Б. врачи-эксперты бюро МСЭ – устанавливают факт стойкого нарушения трудоспособности,

В. врачи-эксперты бюро МСЭ – устанавливают причины, признаки и факт инвалидности.

15. Лечащий врач имеет право выдачи листков нетрудоспособности единолично и одновременно:

А. до 5 дней,

Б. до 7 дней,

В. до 15 дней,

Г. до 30 дней.

16. На должность руководителя учреждения допускается:

- А. любой специалист, имеющий высшее медицинское образование,
- Б. любой врач-специалист, имеющий стаж работы по специальности не менее 5 лет,
- В. врач, получивший специальное, дополнительное образование.

17. Информация статистики здравоохранения включает в себя:

- А. обеспеченность населения медицинскими кадрами,
- Б. показания заболеваемости населения,
- В. анализ деятельности медицинских учреждений,
- Г. показатели общей смертности,
- Д. обеспеченность населения койками,
- Е. ожидаемую продолжительность жизни при рождении, физическое и психическое развитие,
- Ж. все вышеперечисленное.

18. За счет государственного бюджета здравоохранения в РФ обеспечивается:

- А. скорая и неотложная медицинская помощь,
- Б. медицинская помощь, оказываемая по программе Государственных гарантий оказания бесплатной помощи населению в медицинских учреждениях,
- В. дорогостоящие виды медицинской помощи,
- Г. амбулаторно-поликлиническая помощь, в т. ч. диспансеризация (в больницах, отделениях, кабинетах) при социально значимых болезнях,
- Д. стационарная помощь, оказываемая в специализированных медицинских учреждениях.

19. К медико-демографическим показателям относятся:

- А. показатели диспансеризации населения,
- Б. показатели естественного движения населения,
- В. показатели рождаемости,
- Г. показатели смертности,
- Д. все вышеперечисленное.

20. К методам управления относятся все, кроме:

- А.** экономического,
- Б.** статистического,
- В.** вербального.

21. Основные этапы и группы диспансеризации:

- А.** работающие граждане,
- Б.** неработающие граждане,
- В.** обучающиеся в образовательных учреждениях по очной форме,
- Г.** все вышеперечисленное.

22. Цели и задачи диспансеризации:

- А.** раннее выявление состояний, заболеваний и фактор риска их развития,
- Б.** выявление немедицинского потребления наркотических и психотропных средств,
- В.** определение группы здоровья и рекомендации врачей специалистов для пациентов,
- Г.** все вышеперечисленное.

КЛЮЧ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

№ п/п	Ответ	№ п/п	Ответ	№ п/п	Ответ
1	Д	10	А, Б, Г	19	Д
2	В, Г, Д	11	Д	20	В
3	Б, Г	12	В	21	Г
4	А, Б	13	А	22	Г
5	Б	14	В		
6	А	15	В		
7	В	16	В		
8	А	17	Ж		
9	А, В, Г	18	А, Б, Г, Д		

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Жирнова Галина Михайловна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья образовательного центра Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы.

Научное электронное издание

Жирнова Галина Михайловна

**Современные методы эффективной организации
процесса диспансеризации населения в медицинских
учреждениях на принципах бережливых
медицинских технологий**


Учебно-методическое пособие для обучающихся по направлениям
медицинского образования

*Корректор Е. Н. Малыгина
Дизайнер-верстальщик П. В. Жеребцов*

Объем данных 1 МБ
Дата подписания к использованию: 28.12.2023

URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/metodicheskie-posobiya/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

МОСКВА
2023