

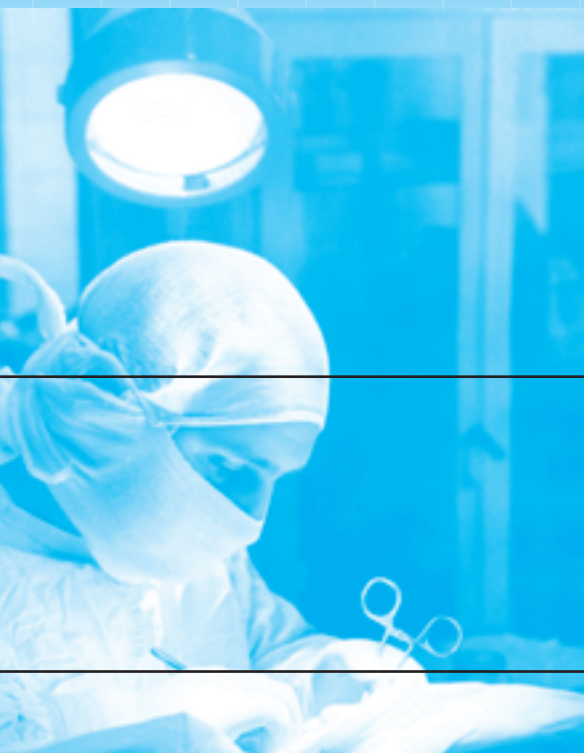
Врач

и информационные
ТЕХНОЛОГИИ



Научно-
практический
журнал

№5
2010



Врач

и информационные
ТЕХНОЛОГИИ

ISSN 1811-0193



9 771811 019000



Всероссийский форум Руководителей учреждений системы здравоохранения

21-22 октября 2010 г.
Москва, ЦВК «Экспоцентр»



одно из крупнейших
событий отрасли



эксперты сферы
здравоохранения
со всей страны



www.forum-zdrav.ru

- Законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
- Программа модернизации здравоохранения субъектов России
- Реформа системы обязательного медицинского страхования
- Изменение правового статуса бюджетных учреждений
- Информатизация здравоохранения

Организатор Форума: ГК «Открытый Диалог»
Тел.: (495) 287-88-77; e-mail: orgcom@opendialogue.ru;
www.opendialogue.ru



УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

В этот номер мы включили несколько практических работ, иллюстрирующих реальные проекты развития медицинских информационных систем в России. Одна из них, «Опыт внедрения информационных технологий в НУЗ «Отделенческая больница на станции Муром ОАО «РЖД», подводит итог многолетней целенаправленной работы по внедрению и оценке эффективности различных программных продуктов в работе лечебного учреждения. Вторая статья рассказывает о первых результатах внедрения «Электронной регистратуры» в Кировской области — услуге, вошедшей в сводный перечень первоочередных государственных и муниципальных услуг, предоставляемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления в электронном виде.

Вообще тема развития web-ориентированных решений (сайты ЛПУ, порталы для пациентов, «электронные регистратуры» и т.д.) является одной из самых развиваемых в последнее время. Как иллюстрация популярности данного направления — статья «Портал для пациентов — новый уровень медицинского сервиса», блок новостей о проектах внедрения «Электронных регистратур» в различных регионах, а также анонс специального аналитического исследования журнала «Врач и информационные технологии».

Все еще много вопросов остается в области защиты персональных данных пациентов. Ответы на некоторые из них дает эксперт журнала, заместитель директора Медицинского информационно-аналитического центра РАМН А.П. Столбов.

Постепенно происходит воплощение планов Минздравсоцразвития по тотальной информатизации ЛПУ. В этом номере мы публикуем ответы Министерства на вопросы, связанные с разработкой регионами программ модернизации здравоохранения и учета в них задачи внедрения информационных технологий, а также репортаж о выступлении директора Департамента информатизации О.В. Симакова в рамках VI Всероссийского форума «Здоровье нации — основа процветания России», на котором были уточнены некоторые параметры и сроки данного глобального проекта.

Напоминаем, что 14–15 октября в Москве пройдет одна из основных выставок и конференций в нашей области — «Информационные технологии в медицине».

*Александр Гусев,
ответственный редактор*

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

Стародубов В.И., академик РАМН, профессор

ШЕФ-РЕДАКТОР:

Куракова Н.Г., д.б.н., главный специалист ЦНИИОИЗ Росздрава

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

Зарубина Т.В., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой медицинской кибернетики и информатики Российского ГМУ

Столбов А.П., д.т.н., заместитель директора МИАЦ РАМН

ОТВЕТСТВЕННЫЙ РЕДАКТОР:

Гусев А.В., к.т.н., заместитель директора по развитию, компания «Комплексные медицинские информационные системы»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Виноградов К.А., профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и фармации Красноярской государственной медицинской академии

Гасников В.К., д.м.н., профессор, директор РМИАЦ Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, академик МАИ и РАМН

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.Н. Сафиулов, В.А. Старостин, И.А. Сафиулова

**Опыт внедрения информационных технологий
в НУЗ «Отделенческая больница
на станции Муром ОАО «РЖД»**

5-12

Л.В. Исакова

**Реализация записи на прием к врачу через Интернет
в Кировской области**

13-17

С.А. Репкина, С.А. Леонов

**Концептуальные аспекты единства информационного
пространства и системы здравоохранения**

18-26

Н.В. Вартапетова

**Результаты социологического опроса различных
специалистов о путях повышения профессиональных
знаний**

27-32

МЕДИЦИНСКИЙ ИНТЕРНЕТ

А.Г. Борисов, А.А. Борейко

**Портал для пациентов — новый уровень медицинского
сервиса**

33-36

Л.И. Дежурный, Г.В. Неудахин, К.И. Лысенко

Информация о первой помощи в сети Интернет

37-40

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

В.А. Аристов

**Возможные проблемы на путях широкомасштабной
информатизации здравоохранения**

41-43

Путеводитель врача в мире медицинских компьютерных систем

Гулиев Я.И., к.т.н, директор Исследовательского центра медицинской информатики Института программных систем РАН
Емелин И.В., к.ф.-м.н., заместитель директора Главного научно-исследовательского вычислительного центра Медицинского центра Управления делами Президента Российской Федерации

Кобринский Б.А., д.м.н., профессор, руководитель Медицинского центра новых информационных технологий МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ

Красильников И.А., д.м.н., заведующий кафедрой информатики и управления в медицинских системах Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

Кузнецов П.П., д.м.н., директор МИАЦ РАМН

Шифрин М.А., к.ф.-м.н., руководитель медико-математической лаборатории НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н.Бурденко

Чеченин Г.И., д.м.н., профессор, член-корр. РАЕН, директор Кустового медицинского ИВЦ, заведующий кафедрой медицинской кибернетики и информатики ГИДУВ

Цветкова Л.А., к.б.н., зав. сектором отделения научно-информационного обслуживания РАН и регионов России ВИНТИ РАН

Щаренская Т.Н., к.т.н., заместитель директора по информатизации НПЦ экстренной медицинской помощи

«ВРАЧ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ»

Свидетельство о регистрации
№ 77-15481 от 20 мая 2003 года

Издается с 2004 года.

Включен в перечень ВАК ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендуемых для опубликования основных научных результатов диссертации на соискание ученой степени кандидата и доктора наук.

Читатели могут принять участие в обсуждении статей, опубликованных в журнале «Врач и информационные технологии» и направить актуальные вопросы на «горячую линию» редакции.

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Врач и информационные технологии» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации. Материалы рецензируются редакционной коллегией.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Врач и информационные технологии» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:

127254, г.Москва, ул. Добролюбова, д. 11
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92

Главный редактор:

академик РАМН, профессор
В.И.Стародубов, idmz@mednet.ru

Зам. главного редактора:

д.м.н. Т.В.Зарубина, t_zarubina@mail.ru
д.т.н. А.П.Столбов, stolbov@mcramn.ru

Ответственный редактор:

к.т.н. А.В.Гусев, alexgus@onego.ru

Шеф-редактор:

д.б.н. Н.Г.Куракова, kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения

и развития:

к.б.н. Л.А.Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:

А.Д.Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

Администратор сайта:

А.В.Гусев, alexgus@onego.ru

Литературный редактор:

Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать» — 82615

Отпечатано в типографии
ООО «КОНТЕНТ-ПРЕСС»:
127206, Москва, Чуксин туп., 9.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

ИНТЕРВЬЮ С ПРОФЕССИОНАЛОМ

Кто поможет пациенту выбрать врача, ЛПУ, страховую организацию?

*Интервью с д.т.н, профессором
Юрием Харитоновым*

44-49

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ-2010

50-54

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Ответы Минздравсоцразвития РФ на вопросы, связанные с разработкой регионами программ модернизации здравоохранения и учета в них задачи внедрения информационных технологий

55-58

Организация защиты информации о пациентах при ее компьютерной обра- ботке в соответствии с требованиями федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ

*На вопросы отвечает эксперт журнала,
заместитель директора Медицинского
информационно-аналитического центра
РАМН, д.т.н. А.П. Столбов*

59-68

АНАЛИТИКА Аналитическое исследование ВиИТ: Электронная регистратура

69-71

АКТУАЛЬНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

72-78

ОРГАНАЙЗЕР

79-80



А.Н. САФИУЛОВ,

к.м.н., главный врач НУЗ «Отделенческая больница на ст. Муром ОАО «РЖД», nwsb@mail.ru

В.А. СТАРОСТИН,

к.м.н., начальник Региональной дирекции медицинского обеспечения на Горьковской железной дороге

И.А. САФИУЛОВА,

к.м.н., врач-кардиолог НУЗ «Отделенческая больница на ст. Муром ОАО «РЖД», irina120779@yandex.ru

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В НУЗ «ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТАНЦИИ МУРОМ ОАО «РЖД»

УДК 61:658.011.56

Сафиулов А.Н., Старостин В.А., Сафиулова И.А. *Опыт внедрения информационных технологий в НУЗ «Отделенческая больница на станции Муром ОАО «РЖД» (НУЗ «Отделенческая больница на ст. Муром Горьковской железной дороги ОАО «РЖД»)*

Аннотация: Статья посвящена рассмотрению основных направлений внедрения медицинских информационных технологий. Обобщен результат работы по использованию программы комплексного учета и анализа финансово-хозяйственной деятельности и внедрению клинической информационной системы. Показаны результаты влияния медицинских информационных систем на улучшение качества медицинской помощи за счет автоматизации трудовых операций.

Ключевые слова: комплексная медицинская информационная система, эффективность автоматизации, информационные технологии в здравоохранении, негосударственные учреждения здравоохранения ОАО «РЖД», финансово-хозяйственная деятельность лечебных учреждений.

UDC 61:658.011.56

Safiulov A., Starostin V., Safiulova I. *Experience of implementation of information technologies in NUZ «Otdelencheskaya hospital at the Murom station of Russian railways»*

Abstract: The article is devoted to the main directions of the introduction of medical information technologies. The results of the usage of the program on complex account and analysis of financially-economic activity as well as implementation of the clinical informative system are generalized and presented in the article. A positive effect of the medical informative systems and therefore automation of labour operation on quality of medical assistance is described and discussed.

Keywords: complex medical information system, efficiency of automation, information technologies in public health system, non-state institutions of public health system of Russian railways, financially-economic activity of medical institutions.

Совершенствование системы здравоохранения — одно из приоритетных направлений успешной реализации стратегии социально-экономического развития страны, а цель этого развития — улучшение демографической ситуации, увеличение продолжительности жизни, уменьшение смертности, то есть повышение здоровья нации [1].

В вопросе улучшения качества медицинской помощи в лечебных учреждениях одним из направлений является развитие информа-

ционных технологий, систем обработки и анализа информации.

Информационные технологии — это тот стержень, с помощью которого можно успешно решать вопросы обеспечения качества медицинской помощи в лечебных учреждениях.

Президент РФ Д.А. Медведев уделяет большое внимание развитию информационных технологий в стране. На заседании Президиума Государственного совета «О реализации Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации» Президент

© А.Н. Сафиулов, В.А. Старостин, И.А. Сафиулова, 2010 г.



отметил, «что в 21 веке главная ставка делается именно на развитие информационно-коммуникационных технологий. Этим все сказано...»

В негосударственных учреждениях здравоохранения ОАО «РЖД» разработана и внедряется система информационных технологий, медицинских информационных систем, телемедицины и автоматизированных систем управления.

Одним из направлений работы негосударственных учреждений здравоохранения Департаментом здравоохранения ОАО «РЖД» и РДМО на Горьковской магистрали определено проведение активного сотрудничества и тесного интегрирования в систему территориальных органов здравоохранения. Минимизация дублирования медицинских услуг в объеме стационарной помощи и развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи, совершенствование организации качества медицинской помощи, в первую очередь работающим железнодорожникам. Это важно уже потому, что в последние годы развитие здравоохранения в РФ можно обозначить как период определенной стабилизации. На примере округа Муром можно отметить характерную черту развития комплексной медицинской помощи среди муниципальных учреждений здравоохранения, постепенный рост ресурсной базы, что приводит к заметному снижению дефицита медицинских услуг.

Особенностью работы большинства негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» является то, что в структуре консолидированного бюджета подведомственных ОАО «РЖД» больниц нет бюджетного финансирования.

Работа по выполнению доходной части бюджета отделенческой больницы обеспечивается:

- **договорной работой со страховыми компаниями** и ФОМСом по выполнению программы бесплатной гарантированной медицинской помощи в объеме муниципального заказа;

- **договорной работой на основании ведомственного заказа** по обеспечению

безопасности перевозочного процесса и организации медицинской помощи железнодорожникам;

- **платными медицинскими услугами** сверх программы ОМС, которые востребованы населением, не организованы в муниципальных учреждениях здравоохранения и обеспечивают возможность населению получить высокотехнологичную медицинскую помощь в своем регионе.

Ресурсное обеспечение отделенческой больницы позволяет предложить населению медицинскую помощь на современном уровне, что дает нам возможность в этих условиях выдерживать серьезную конкуренцию среди муниципальных учреждений здравоохранения.

Экономическая направленность деятельности в отделенческой больнице является не целью, а средством реализации задачи обеспечения качественной медицинской помощи на современном этапе. Развитие информационных технологий в отделенческой больнице — возможность реализации качественной и доступной медицинской помощи железнодорожникам, членам их семей и приписному населению.

Внедрение информационных технологий в лечебные учреждения — это закономерная необходимость, продиктованная временем.

Отделенческая больница на ст. Муром уже 7 лет занимается вопросами внедрения в практику работы информационных технологий. Она является многопрофильным лечебным учреждением и обслуживает в г. Муром одну треть территориального населения.

В отделенческой больнице создана разветвленная локальная сеть, в которую объединены все здания больницы. Имеется на рабочих местах у 79% врачей возможность выхода в Интернет. Активно используется дистанционная форма обучения медицинских работников. По отдельно выделенной линии проводим телемедицинские консультации с ведущими лечебными учреждениями ЦКБ ОАО «РЖД» г. Москвы.





ВНЕДРЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ СИСТЕМЫ

Началом автоматизации отделенческой больницы стало создание автоматизированной системы учета движения и анализа финансовых средств.

В состав творческого коллектива были включены специалисты финансово-хозяйственного подразделения, руководители структурных подразделений стационара и поликлиники, наиболее опытные старшие медицинские сестры. Сложность выполнения задачи была обусловлена тем, что составляющими консолидированного бюджета отделенческой больницы являются три источника, требующие постоянного учета, анализа и строго контроля над их расходованием. Здесь требовался новый подход к методам экономического управления отделенческой больницы с использованием информационных технологий. Эта система должны быть гибкой, настраиваемой и удобной для пользователя [4, 5].

Экономическое направление развития лечебного учреждения становится приоритетным. Строгий учет организации финансово-хозяйственной деятельности лечебного учреждения, эффективное расходование средств и инвестирование их в перспективные направления — одна из важных составляющих в работе руководителя лечебного учреждения в решении вопросов экономического управления.

Программы комплексного учета и анализа финансово-хозяйственной деятельности реализованы на базе «1С:Предприятие 7.7». Они позволяют максимально быстро и эффективно обеспечить решение задач по автоматизации системы бухгалтерского учета и экономического анализа в отделенческой больнице.

Учитывая специфику работы отделенческой больницы на ст. Муром, к внедрению *программы комплексного учета и анализа финансово-хозяйственной деятельности* мы подошли с позиции экономически эффективного использования имеющихся кадровых, финансовых, материальных ресурсов по созданию програм-

мно продукта. Это позволило с минимальными финансовыми затратами и в короткий срок освоить полученный программный продукт и эффективно использовать его возможности.

Мы считали, что для лечебного учреждения нашего уровня и исходя из поставленных задач по эффективному использованию ресурсов отделенческой больницы приоритетным было решение автоматизации финансово-хозяйственного блока. Ставить глобальные задачи по созданию программного продукта, сопряженного с комплексной медицинской информационной системой и блоком финансового учета, на тот момент преждевременно и сложно. Поэтому решалась задача по автоматизации финансово-хозяйственной деятельности, а в перспективе планировали перейти на внедрение медицинской информационной системы. Это позволило выиграть время, правильно распределить ресурсы и создать в коллективе корпоративный интерес к информационным технологиям.

Разработанный *программный комплекс учета и анализа финансово-хозяйственной деятельности* отделенческой больницы представлен отдельными модульными подпрограммами. Общая стратегическая направленность программного продукта была сориентирована на возможность перехода работы структурных подразделений на внутрихозяйственный расчет.

Анализ ресурсного обеспечения отделенческой больницы, основанный на системе персонафицированного учета медикаментов от «склада до пациента», строгий регламент списания расходных материалов, удобный для нашего учреждения складской учет позволили провести оптимизацию работы всех структурных подразделений, минимизировать расходы лечебного учреждения и проводить целенаправленную ресурсосберегающую политику.

Программное обеспечение позволяет осуществлять учет движения материальных запасов в разрезе источников финансирования и структурных подразделений больницы. На основании первичных документов на складе



осуществляется приход материальных ценностей. Автоматически заполняются карточки учета материальных запасов. Для организации учета для каждого материала определены две единицы измерения — базовая и учетная и коэффициент, определяющий соотношение между ними. Это позволяет при занесении первичной документации использовать одну из них. Например, медикаменты могут учитываться как в ампулах, так и в упаковках.

Программа поддерживает систему справочников, одним из которых является *«Картотека блюд»*. В каждой карточке утверждён набор продуктов, оптимальный для приготовления определенного блюда с соответствующей калорийностью. Составление ежедневного меню осуществляется программно. Предусмотрена замена одного продукта другим. На основании составленного меню автоматически рассчитывается количество продуктов питания, предназначенных к списанию, калорийность, как каждого блюда, так и ежедневного рациона, стоимость койко-дня по питанию. Предусмотрены различные диеты для определенной категории пациентов. Учет также ведется в разрезе источников финансирования и структурных подразделений больницы.

При учете по статье «Медицинские расходы» в данной программе разработан персонализированный учет лекарственных препаратов, списание которых осуществляется по каждому законченному случаю в разрезе источников средств, за счет которых проводилось лечение пациента. Учитываются медикаменты, назначенные лечащим врачом, и стоимость всех проведенных диагностических исследований, манипуляций и операций. Контролируется срок годности лекарственных препаратов.

Таким образом, предоставляется возможным корректировать сумму средств, потраченных на лечение конкретного пациента в соответствии со стандартами лечения. Оперативно отрегулировать стоимость одного койко-дня по медикаментам в соответствии с нормативами. Полный перечень назначенных

препаратов и обследований позволяет судить о полноте соблюдения стандартов лечения и предотвратить возможные штрафные санкции врачей-экспертов.

В больнице уже проводится учет медицинских расходов по каждому пациенту, учитываются прямые и накладные расходы по каждому подразделению.

Внедрение информационных технологий позволило оптимизировать работу, организовать учет в разрезе отделений по всем расходным статьям (ранее данная работа проводилась вручную, что требовало больших временных затрат), проводить более качественный и детальный учет и анализ с возможностью оперативного принятия управленческих решений.

В отделенческой больнице на ст. Муром на данном этапе реализован механизм *внутри-учрежденческого контроля финансово-хозяйственной деятельности структурных подразделений*. Завершен первый этап автоматизации финансово-хозяйственного блока. Все структурные подразделения отделенческой больницы включены в общепользовательскую локальную сеть, имеют строго структурированную систему финансового учета и расходования средств на всех этапах. Результат работы от внедрения комплексной автоматизированной системы учета финансово-хозяйственной деятельности для медицинских работников отделенческой больницы — это выбор приоритетного направления на улучшение качества медицинской помощи, использование новых медицинских технологий, внедрение современного оборудования и новейших лечебно-диагностических методов. Результат работы сопряжен с качеством организации медицинской помощи и конечным результатом.

ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

Второй этап внедрения медицинских информационных технологий в отделенческой больнице направлен на внедрение медицинской информационной системы





как статистического блока, обеспечивающего автоматизацию комплексного лечебно-диагностического процесса и управление медицинской деятельностью лечебного учреждения на основе современных медицинских информационных систем (МИС).

Этот этап был более сложным и требовал совершенно другого подхода, так как затрагивал интересы всех медицинских работников — участников процесса перехода на автоматизированную систему.

На этом этапе мы ставили задачу, которая должна решать вопросы, направленные на полную автоматизацию ведения электронных историй болезни и амбулаторных карт [2,3].

В подходе к решению поставленной задачи мы определили, что МИС должна быть ориентированной на выполнение задач:

- анализа, планирования, учета и контроля лечебно-диагностической деятельности больницы и ведения в автоматизированном режиме статистической отчетности;
- создания единой базы пациентов;
- обеспечения условий максимального перехода на безбумажную технологию;
- учета и контроля расходования лекарственных препаратов, привязанных к формулярной системе отделенческой больницы;
- анализа нагрузки работы врачей, качества организации медицинской помощи, автоматизации составления графика приема врачей;
- полного анализа контроля качества и объема оказанных медицинских услуг;
- формирования утвержденной статистической формы отчетности;
- возможности записи на прием пациентов;
- по защите персональных данных пациентов.

Внедрению МИС в работу отделенческой больницы предшествовал большой этап подготовительных работ, включающий обеспечение врачебных кабинетов оргтехникой и создание локальной сети ЛПУ. На этом этапе было проведено тщательное изучение существующих на рынке программных продуктов, определенных как медицинская информационная система [6].

Проанализировав более 15 программных продуктов, учитывая соотношение цены и качества, а также отзывы о внедрении и использовании медицинских информационных систем в работе медицинских учреждений, мы остановили свой выбор на программном продукте «Карельская медицинская информационная система» (далее КМИС)

Определяющим в выборе МИС для нас стало то, что данная медицинская информационная система была ориентирована на пользователя и имела такие характеристики, как:

- **Гибкость в настройке.** За счет использования универсальной системы документооборота имеется возможность настраивать все формы документов и создавать собственные, подключать необходимые базы данных из самых разных источников (страховые компании, паспортный стол и т.п.), вести отчетность в различных разрезах.

- **Положительные отзывы** за счет того, что система уже использовалась в лечебных учреждениях и особенно в системе негосударственных учреждений здравоохранения.

- **Приятный, логичный, хорошо продуманный интерфейс**, значительно ориентированный на конечного пользователя.

- **Наличие полной и качественной документации**, понятной для пользователя и программиста.

КМИС позволила улучшить организацию качества медицинской помощи и значительно повысить эффективность труда медицинских работников за счет автоматизации трудовых операций. К внедрению медицинской информационной системы в отделенческой больнице приступили в сентябре 2007 года и начали с регистратуры, кабинетов УЗИ и параклинических подразделений.

Для обеспечения планового вхождения к работе с медицинской информационной системой мы проводили взаимосвязанные цикловые технические и модульные занятия с медицинскими работниками по утвержденному графику. В ходе реализации адаптации



КМИС для работы в отделенческой больнице мы провели:

- Обучение сотрудников навыкам работы на ПК (и одновременно преодоление психологического барьера перехода к новой форме работы) и знакомство с принципами работы КМИС.

- Учитывая, что 70% медицинских работников не владели пользовательскими навыками работы на компьютере, а потому учеба сотрудников по разработанной нами программе позволила достаточно быстро обучить всех сотрудников работе с КМИС.

- Эффективность некоторых элементов информатизации увидели и оценили многие из средних медицинских работников, сразу же начав использовать систему для оформления талонов амбулаторного пациента (в регистратуре и на приеме врачей).

- В работу регистраторов добавились дополнительные функции — по созданию базы данных пациентов поликлиники. Это работа, которая требовала четкости, хороших базовых знаний работы на компьютере и знания на пользовательском уровне самой программы КМИС. К этой работе были привлечены самые опытные медицинские работники среднего звена.

Итоги работы первого этапа:

- **Создана основная база данных пациентов** — 100% железнодорожного населения и 2/3 приписного населения. Персональная база данных пациентов составлена на 67 000 пациентов. Численность самого приписного населения отделенческой больницы 30 000.

- **Участковые и цеховые медсестры, работники регистратуры освоили работу с электронными амбулаторными картами** (ведение медицинской документации, накопление амбулаторных карт в электронном виде). Время пребывания пациента у окна регистратуры сократилось с 13,6 до 5 мин. Теперь за дневной прием время ожидания пациента в очереди регистратуры по поликлинике не превышает 7–8 мин.

- Полноценно включились в работу УЗИ-кабинет поликлиники, участковые и цеховые

терапевты, травматолог, кабинет функциональной диагностики, регистратура, зав. поликлиникой, прививочный кабинет.

На следующем этапе поликлиника перешла полностью на формирование талонов амбулаторного пациента для отдела медицинской статистики в электронном виде. Работниками регистратуры при этом формировались лишь талоны для первичных пациентов, и именно это заставило работать в МИС всех медицинских сестер, ведущих прием с врачами.

Дополнительно установлено 20 рабочих мест. Создана электронная прививочная картотека, что позволило в автоматическом режиме планировать и контролировать выполнение прививочной работы по поликлинике, по участкам и специалистам.

Результатами этого и последующих этапов явилось увеличение рабочих мест и освоение пользователями своего функционала для работы в системе КМИС. В настоящее время в поликлинике создано 86 рабочих мест для работы с данной системой.

Итоги работы второго этапа:

- **Большинство врачей и медицинских сестер овладели навыками работы** в медицинской информационной системе. Участковые и цеховые врачи, обеспеченные оргтехникой, освоили работу с электронными амбулаторными картами.

- **Налажена преемственность в работе с электронной документацией** между работниками, начавшими работу в КМИС на 1-м этапе: цеховые терапевты используют в полной мере программу для рассмотрения результатов ЭКГ, УЗИ, экспертная оценка качества медицинской помощи, электронные записи в амбулаторных картах и их сопровождение.

При внедрении МИС большая роль возлагается на специалистов IT-отдела (кроме обучения всех специалистов, они проводят работу по настройке и созданию шаблонов записей и работе с ними, оптимизацию работы локальной сети, распределение нагрузки на аппаратную часть, сопровождение технической части проекта).



С 1-го октября 2008 года поликлиника отделенческой больницы перешла полностью на использование КМИС в практической работе. Дополнительно была проведена корректировка нормативно правовых документов, решались вопросы организации работы в новом режиме, уточнен график работы поликлиники. В ходе выполнения поставленной задачи проведены следующие мероприятия:

1. Изменены должностные инструкции работников регистратуры, усилен контроль достоверности страховых полисов и паспортных данных, полностью освоена функция оформления вызовов на дом, начато формирование календарей специалистов и кабинетов, автоматизированная регистрация листов нетрудоспособности).

2. У заведующей поликлиники появилась возможность проводить ежедневный контроль качества ведения записей в амбулаторных картах с определением индивидуальных коэффициентов качества работы врачей. Возможность в режиме реального времени осуществлять контроль расписания приема врачей и вносить при необходимости корректировку. Работа заведующей поликлиникой стала творческой, формализованной по существу и оперативной в принятии управленческих решений на всех иерархических ступенях.

3. Ведется мониторинг количества оформленной медицинской документации по каждому рабочему месту, контролируется полнота заполнения медицинской документации, соответствие стандартным формам и протоколу проверок страховыми компаниями по положению вневедомственного контроля.

4. Качественные и количественные показатели работы специалистов в КМИС учитываются при распределении дополнительных выплат работникам поликлиники (в соответствии с положением о премировании). Автоматизирован подсчет балльной системы при подведении итогов работы за отчетный период.

Хотелось бы отметить некоторые трудности, которые возникали при внедрении системы на различных этапах:

- Постоянно ощущался недостаток свободных финансовых средств. Все закупки осуществлялись за счет собственных средств учреждения. Поставка проводилась поэтапно в плановые внутрибольничные сроки. Только благодаря скорректированной финансовой политике отделенческой больницы и работе в автоматизированной системе учета и анализа финансовых средств удавалось оперативно решать вопросы распределения денежных средств и эффективного направления их на инвестиционные программы внутри отделенческой больницы.

- Большая часть медицинских работников обучалась по индивидуальным графикам, так как режим работы, график отдыха после дежурства, график отпускного периода медицинских работников не давали возможности полностью провести обучение персонала за короткое время.

- Учитывая специфику железнодорожной медицины, наличие большого количества внутренних отчетных документов, внутриведомственные нормативы работы НУЗ по обеспечению безопасности перевозочного процесса и профессиональные особенности организации медицинской помощи железнодорожникам вызывали необходимость постоянной корректировки системы. Надо отметить, что в большинстве случаев все изменения вносились с использованием возможностей электронного общения и, как правило, всегда оперативно, быстро и своевременно. Эта работа продолжается и в настоящее время.

На заключительном этапе для работы в МИС в полномасштабном варианте были проведены окончательные работы по настройке системы и локальной сети отделенческой больницы. Совместно с медицинскими работниками и при участии IT-специалистов на завершающем этапе выполнены работы:

- Создание календарей всех работающих кабинетов и специалистов и их активное использование.



- Внедрение модуля профосмотров.
- Освоение всеми специалистами функций диспансеризации.
- Освоение в полной мере модуля вакцинопрофилактики (в части отчетности и планирования вакцинаций).
- Налаживание преемственности в работе параклинических подразделений больницы и стационара.

Этап внедрения МИС в работу стационарного подразделения проходил значительно быстрее, так как медицинский персонал видел результаты работы поликлинического звена больницы с МИС [8].

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные результаты работы при переходе на электронное ведение амбулаторной карты и создание персональной базы данных пациентов выражаются в:

- своевременности заполнения и передаче статистических талонов;
- возможности автоматического поиска по базе данных результатов параклинических исследований любого пациента;
- сокращении рутинной работы врачей поликлинического звена;
- повышении качества и доступности медицинской документации;
- сокращении времени пациентов на ожидание в очередях, повышении интенсивности работы лечебного учреждения.

Достигнутые результаты не оставили равнодушным в отделенческой больнице никого. Статистические показатели работы поликлиники, улучшение качественных показателей только за счет систематизации записи и оформления амбулаторных карт позволили реально оценить выгоду от внедрения и использования КМИС. Это было результатом творческого подхода медицинских работников, активно проведенной подготовительной работы, позиций руководителей структурных подразделений и высокой роли корпоративной культуры отделенческой больницы, общей

стратегии развития, выработанной Департаментом здравоохранения ОАО «РЖД».

При эксплуатации КМИС уже в первый год заметно сократились очереди на запись в регистратуру, а после внедрения календаря врача этот процесс был полностью автоматизирован. Только на этапе внедрения и сокращения времени на прием пациента и более полного учета всех посещений поликлиники эффективность работы поликлиники выросла на 40%. Качество оформления амбулаторных карт стало более полным, емким по значению, верификация диагноза, сроки назначения и выполнения медицинских услуг и соответствие стандарту стали качественно лучше [5]. Для сравнения сумма штрафных санкций по экспертизе качества уменьшилась и составила 1,2% от выставленных счетов против 3,1% за отчетный период до внедрения МИС.

ВЫВОДЫ

1. Использование медицинских информационных систем в работе лечебных учреждений становится важной и приоритетной задачей [7].

2. С учетом большого рынка программных продуктов медицинских информационных систем необходимы четкая систематизация их и возможность адаптации МИС под конкретные задачи лечебного учреждения, формализованные под определенные стандарты.

3. Любая медицинская информационная система в лечебном учреждении будет внедрена при полной готовности медицинского персонала для решения целевых задач перехода на автоматизацию лечебно-диагностического процесса.

4. Этапы обучения, подходы к внедрению в каждом лечебном учреждении должны быть индивидуальными, системными и задачи сформулированы под общую концепцию развития лечебного учреждения. Этап внедрения МИС занимает не менее 3 лет.

5. Экономическая эффективность от внедрения МИС в НУЗ «Отделенческая больни-





ца ст. Муром» очевидна и при полномасштабном использовании медицинской информационной системы ожидаемый эффект от внедрения будет не менее 4–7 % от консолидированного бюджета больницы.

6. Работа по этой тематике в отделенческой больнице ст. Муром требует своего дальнейшего анализа и обобщения. Необходима корректировка и адаптация МИС под требования ведомственного здравоохранения и специфики железнодорожной медицины.

7. Опыт внедрения МИС в НУЗ «Отделенческая больница на ст. Муром» для обобщения и полного анализа недостаточный по срокам. Но последовательность внедрения элементов информационных технологий и медицинской информационной системы дала возможность создать последовательный алгоритм действий, который позволит избежать ошибок нам и тем, кто собирается или уже внедряет в своей среде МИС. А представлен-

ный материал может быть учтен другими ЛПУ в качестве одного из вариантов внедрения МИС в практическую плоскость работы лечебно-профилактического учреждения. В результате использования МИС можно сделать вывод, что она достаточно эффективна и имеет все шансы на дальнейшее развитие. За достаточно короткий срок при отсутствии дополнительных финансовых средств, но при четком выполнении поставленной цели и эффективном распределении имеющихся ресурсов можно результативно заниматься внедрением медицинских информационных систем лечебных учреждений.

8. Выбранная нами МИС может быть рекомендована для практического внедрения в лечебных учреждениях любых форм собственности. Имеет уникальную возможность и гибкую систему для внедрения под различные задачи учреждений здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА



- 1.** Герасименко Н.Ф., Чернышев В.М. О некоторых принципах формирования системы обеспечения качества оказания медицинской помощи//В сб. «Обеспечение качества оказания медицинской помощи». — Межрегиональная ассоциация «здравоохранение Сибири. — Кемерово, 1995. — С. 5–8.
- 2.** Ербактанов А.Б. Компьютерная история болезни — интеллектуальная основа организации лечебно-диагностического процесса//Уральский медицинский научно-практический журнал. — 1996. — № 5. — С. 27–30.
- 3.** Щербаткин Д.Д., Эльчян Р.А., Емелин И.В. Использование автоматизированных больничных информационных систем за рубежом//Медицина и здравоохранение. Обзорная информация. — Выпуск 5. — Москва: ВНИИМиМТИ, 1988. — 48 с.
- 4.** Провалов В.С. Информационные технологии управления: Учебное пособие/Ред. В.С. Провалов. — М.: Флинта МПСИ, 2008.
- 5.** Скрипник К.Г. Экономическая эффективность информационных систем/Ред. К.Г. Скрипник. — М.: ДМК Пресс, 2002.
- 6.** Гусев А.В. Обзор рынка комплексных медицинских информационных систем//Врач и информационные технологии. — 2009. — № 6. — С. 4–17.
- 7.** Ликстанов М.И. Организация внедрения информационной системы в крупной клинической больнице//Врач и информационные технологии. — 2008. — № 1. — С. 20–27.
- 8.** Шульман Е.И., Усов Б.П., Рот Г.З., Сидорова И.А. Клиническая информационная система в стационаре: назначение обследований//Врач. — 2008. — № 2. — С. 69–71.
- 9.** Гусев А.В. и др. Медицинские информационные системы/Ред. А.В. Гусев и др. — Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2005. — 404 с.

**Л.В. ИСАКОВА,**

начальник отдела информационных технологий КОГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», г. Киров, lv@medstat.kirov.ru

РЕАЛИЗАЦИЯ ЗАПИСИ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК 61:658.011.56

Исакова Л.В. Реализация записи на прием к врачу через Интернет в Кировской области (КОГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», г. Киров)

Аннотация: В статье описывается опыт проектирования и внедрения информационной системы «Электронная регистратура», предназначенной для записи пациентов на прием к врачу через Интернет.

Ключевые слова: медицинская информационная система, электронная регистратура

UDK 61:658.011.56

Isakova L.V. Implementing of www-booking to a physician in the Kirov region (Regional medical and analytical Center)

Abstract: The article describes an experience of projecting and installation clinical information system «Electronic registry» for www-booking patient to a physician.

Keywords: clinical information system, electronic registry

Термин «электронное правительство» в настоящее время широко обсуждается во всех слоях общества. Электронное правительство не является дополнением или аналогом традиционного правительства. Под ним понимается новая форма организации деятельности органов государственной власти, обеспечивающая за счет широкого применения информационно-коммуникационных технологий качественно новый уровень оперативности и удобства получения гражданами и организациями государственных услуг и информации о результатах деятельности государственных органов.

Сводный перечень первоочередных государственных и муниципальных услуг, предоставляемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления в электронном виде, а также услуг, предоставляемых в электронном виде учреждениями субъектов Российской Федерации и муниципальными учреждениями, был утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2009 № 1993-р.



Кировская область, наряду с остальными регионами, принимает участие в переходе органов государственной власти на оказание услуг в электронном виде. Несмотря на то, что в целом успехи незначительны, существуют направления деятельности правительства области, о достижениях в которых стоит рассказать.

Со сменой руководства Департамента здравоохранения произошли значительные изменения в системе здравоохранения Кировской области, в том числе и в процессе информатизации. Утверждена Концепция модернизации системы здравоохранения Кировской области, в которую включена подпрограмма информатизации, реализующая стратегию развития информационных технологий в системе здравоохранения области. Координационным центром и идеологом внедрения информационных технологий является Кировское областное государственное учреждение здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр» (далее — КОГУЗ МИАЦ).

Общеизвестно, насколько часто граждане сталкиваются с деятельностью учреждений здравоохранения. Первая услуга, которую оказывают учреждения, — запись на прием к врачу. Она определена Правительством Российской Федерации первоочередной для предоставления ее в электронном виде.

Решение о создании проекта «Электронная регистратура» было принято главой Департамента здравоохранения Дмитрием Александровичем Матвеевым в начале 2010 года. Реализовать решение поручено КОГУЗ МИАЦ. Отделом информационных технологий был разработан проект и выбран главный подрядчик для разработки необходимого программного обеспечения.

Программный комплекс «Электронная регистратура» является частью региональной информационной системы здравоохранения Кировской области и разработан на базе платформы IBM Lotus Notes/Domino. Среди основных преимуществ данного решения —

кроссплатформенность, высочайшая надежность и безопасность, а также высокая скорость работы.

Портал Электронной регистратуры <https://www.medkirov.ru/e-reg/> интегрирован в сайт Департамента здравоохранения Кировской области и использует защищенное соединение.

В марте, после разработки программного обеспечения и урегулирования административных вопросов, КОГУЗ МИАЦ приступил к этапу внедрения проекта «Электронная регистратура».

В качестве «пилотной» площадки, на которой осуществлялось первичное внедрение, обкатка программного обеспечения и организационно-методических решений, выступило учреждение здравоохранения областного центра МУЗ «Кировская городская клиническая больница № 7».

В конце марта комиссия Департамента здравоохранения Кировской области проанализировала работу участковых врачей-терапевтов, побеседовала с работниками регистратуры и проверила возможность записи на прием через новую электронную систему. Руководители здравоохранения Кировской области позитивно оценили удобство и оперативность новой формы записи пациентов к врачу. Была подчеркнута необходимость ее скорейшего внедрения в остальные лечебно-профилактические учреждения здравоохранения города Кирова, а в дальнейшем и области. Очередным лечебным учреждением, где продолжилось внедрение системы, стала МУЗ «Северная городская клиническая больница». Затем были подключены уже 2 центральные районные больницы: МУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» и МЛПУ «Слободская центральная городская больница».

С апреля этого года в области официально стартовал проект «Электронная регистратура». В настоящий момент население Кировской области уже смогло оценить результаты проводимой работы.



Электронная регистратура — это комплекс программных и аппаратных средств, а также организационных мероприятий, предоставляющий населению возможность записаться на прием к врачу.

Основные цели создания проекта «Электронной регистратуры» следующие:

- повышение доступности медицинской помощи и качества обслуживания пациента на этапе прихода пациента к врачу поликлиники;
- уменьшение социальной напряженности путем расширения способов записи на прием к врачам;
- обеспечение взаимодействия между учреждениями здравоохранения при направлении пациента на обследование или госпитализацию;
- повышение эффективности использования ресурсов системы здравоохранения за счет оптимального распределения пациентов.

Для достижения поставленных целей Электронная регистратура решает следующие задачи:

- информирование пациента о расписании работы участковых врачей и специалистов;
- обеспечение процедуры самостоятельной записи пациента на прием с последующим подтверждением и напоминанием через сеть Интернет;
- взаимодействие учреждений между собой при направлении пациента на консультацию специалиста;
- сбор статистической информации, обеспечивающей принятие управленческих решений;
- хранение, передача и защита информации, обрабатываемой в системе «Электронная регистратура».

В настоящее время в проекте «Электронная регистратура» Кировской области участвуют 16 муниципальных учреждений здравоохранения, 20 лечебно-профилактических учреждений здравоохранения города Кирова и 10 областных учреждений. Еще в июле в блоге главы Департамента здравоохранения Д.А. Матвеева (<http://damatveev.livejournal.com/>

13505.html) было отмечено, что в среднем в неделю на прием к врачу записывается около 2500 человек, из них непосредственно через Интернет чуть более 40%. Последняя неделя августа показала 10 515 обращений в неделю.

Идет активное подключение новых районных учреждений здравоохранения. В настоящее время также развивается процесс подключения и областных специализированных лечебно-профилактических учреждений.

Широко распространяется запись пациентов из регистратуры муниципального учреждения к специалистам других муниципальных учреждений, а также в областные специализированные учреждения по направлению лечащего врача. У пациентов появилась возможность определить удобное для себя время записи к врачу-специалисту в регистратуре своего лечебного учреждения.

На пресс-конференции, посвященной вопросам развития регионального здравоохранения и прошедшей 21 июля 2010 г. при участии губернатора области Н.Ю. Белых, глава Департамента здравоохранения Кировской области Д.А. Матвеев перспективно оценил работу Электронной регистратуры, поскольку ее использование позволяет регулировать потоки пациентов и уменьшает очереди в лечебно-профилактических учреждениях. «Создание единого информационного пространства здравоохранения — одна из приоритетных задач Концепции модернизации здравоохранения региона», — подчеркнул глава Департамента Кировской области (<http://www.medkirov.ru/news/docid/771DEA>).

Сейчас можно со всей уверенностью говорить об успехе проекта «Электронная регистратура». Сайт Департамента здравоохранения Кировской области полон положительных отзывов от представителей различных слоев общества. Есть и критические замечания, но все же общая оценка проекта положительная. Вот некоторые из них, взятые из блога Д.А. Матвеева:





Электронная регистратура - Microsoft Internet Explorer

файлправкавходизбранноеСправка

Назад

Адрес:

Департамент здравоохранения Кировской области

Электронная регистратура

г.Киров

Областные учреждения
Баловозняцкий район
Великолукский район
Вятскополянский район
Даровский район
Завьяловский район
Котельничский район
Кильмезский район
Кирово-Чепецкий район
Котельничский район
Лысковский район
Путский район
Наровский район
Никольский район
Омутнинский район
Орловский район
Орловский район
Пижанский район
Подосиновский район
Самарский район
Светлинский район
Слободский район
Спасский район
Удмуртский район
Удомский район
Фаленский район
Шабалинский район
Юрьянский район
Яранский район

Поиск участка

Поиск

Лечебные учреждения Кировской области

Введите адрес:

Кировская городская больница № 2
Детская поликлиника
Женская консультация
Поликлиника № 1
Поликлиника № 2

Кировская городская больница № 3
Женская консультация
Поликлиника № 1
Поликлиника № 2

Кировская городская больница № 4
Взрослая поликлиника

Кировская городская больница № 5
Взрослая поликлиника
Детская поликлиника

Кировская городская больница № 7
Детская поликлиника
Женская консультация
Поликлиника № 1
Поликлиника № 2
Поликлиника № 3

Кировская городская больница № 8
Амбулатория п. Костино

Интернет

Портал «Электронная регистратура» Кировской области



2010-07-12 09:57 (UTC)

«очень часто пользуюсь, записывая бабушку на прием к врачам. очень удобно! не понравилось пока одно что в случае ухода врача например на больничных никаких уведомлений об этом не приходит. более того за несколько часов до начала приема приходят сообщения о том что «не забудьте придти». человек приходит в больницу — а там говорят что врач на больничном и принять некому»

2010-07-12 17:04 (UTC)

«у нас запись была на 8 утра. А напоминание пришло в 8.09 (к тому времени уже вышли от специалиста). Это так мелочи... Но вот заметил, что не ко всем специалистам можно через электронную регистратуру записаться на прием. А вообще очень хороший сервис. Развивайте дальше :)»

2010-07-14 04:11 (UTC)

«Просьба расширить функционал «моего участка». Сейчас «запомнить» только один участок. А если посчитать, обычная семья имеет свои участки по крайней мере в 3-х ЛПУ: детская, взрослая поликлиники и женская консультация (а еще есть, например, детская стоматология и т.п.).

И пользуется услугами всех трех ЛПУ. С учетом увеличения числа участвующих в проекте e-регистратура ЛПУ, искать нужного специалиста становится все сложнее.»

2010-07-19 04:09 (UTC)

«Для пользователей системы через Интернет добавлена возможность настройки на несколько участков/специалистов для дальнейшего быстрого перехода к ним. Примечание: Данные записываются в cookies — работает только при включенной функции Java-script в браузере»

2010-07-31 10:28 (UTC)

«Спасибо за такую возможность. Так понравилось. Записалась к педиатру в 5 поли-

клинике и без всяких очередей в назначенное время нас пригласили. Правда очередь неодобрительно как-то на нас смотрела)»

2010-08-13 16:45 (UTC)

«Спасибо за электронную регистратуру! Я уже четыре раза воспользовалась, и все удачно. Это здорово, что можно планировать свое время — сидеть в бесполезной очереди не хочется. Сотрудники поликлиник относятся уважительно, и местами даже с пиететом — «ooo, записывались через интернет!» Хотя, возможно, это только поначалу. Очередь, конечно, не радуется, но и не ругается. А молодежь спрашивает адрес сайта, где можно записаться. Пожалуйста, не оставляйте этот проект :)»

Настоящее решение зарегистрировано в реестре государственных и муниципальных услуг и готово к работе в Едином портале услуг. Организация единого решения по оказанию услуги «Запись на прием к врачу» в Кировской области и принятие соглашения с муниципальными образованияами о взаимодействии позволят говорить о реальном переводе услуги в электронный вид на территории всей области.

Департамент здравоохранения Кировской области намерен и далее развивать это направление. В дальнейших планах создание электронного паспорта здоровья и автоматизация лечебно-диагностического процесса в рамках всей области. Идет разработка новой версии «Электронной регистратуры», отличающейся функциями интеграции с выбранной областью медицинской информационной системы, унифицированными справочниками, открытым программным интерфейсом и другими возможностями. Планируется, что постоянное развитие и внедрение новых версий позволят повысить эффективность данного решения для лечебных учреждений, использующих одновременно с «Электронной регистратурой» и госпитальную систему.



С.А. РЕПКИНА,

д.м.н., ФГУ ЦНИИОИЗ, г. Москва

С.А. ЛЕОНОВ,

д.м.н., профессор, ФГУ ЦНИИОИЗ, г. Москва, leonov@mednet.ru

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЕДИНСТВА ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА И СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 61:007

Репкина С.А., Леонов С.А. *Концептуальные аспекты единства информационного пространства и системы здравоохранения* (ФГУ ЦНИИОИЗ, г. Москва)

Аннотация: Интеллектуализация информационных технологий и формализация предметных областей здравоохранения рассматриваются как процессы, направленные на создание «бесконфликтной» языковой среды общения человека и машины. В рамках этих процессов любой пользователь в соответствии с собственной потребностью и требованиями машинных технологий в режиме реального времени может участвовать в создании искусственного интеллекта информационных технологий отрасли.

Ключевые слова: единое информационное пространство, формализация предметных областей здравоохранения, информационный язык

UDK 61:007

Repkina S.A., Leonov S.A. *Conceptual aspects of the unity of the information space and the health system* (FGU CNIIOIZ, Moscow)

Abstract: Intellectualization of information technologies and formalization of health care subject areas are considered as processes aimed at creating a «conflict-free» verbal environment of man and machine communication. Within the frame of these processes any user in accordance with their own needs and computing technology requirements in real-time mode can participate in the creation of artificial intelligence of information technology industry.

Keywords: common information space, formalization of health care subject areas, information language

Понятие информационного пространства возникло сравнительно недавно. Однозначного толкования этому понятию пока нет. Однако как объективная реальность оно существовало всегда, но потребности выделения его в самостоятельную структурную единицу долгое время не существовало. В настоящее время, развиваясь внутри системы здравоохранения, оно приобрело новое качество и вступило на свой собственный путь развития. Между информационным пространством и системой здравоохранения начали выстраиваться и развиваться новые отношения, влияние которых на устойчивость двух систем настолько велико, что может приводить обе системы в состояние кризиса. Исследованию этих отношений посвящена данная работа.

Исходя из общей теории систем, где понятие *Система* определяется как некое единство (композиция) элементов, связанных между собой некими отношениями (взаимодействиями), ограниченными заданными условиями (законами)», информационное пространство следует считать системой [1].



Здравоохранение и его информационное пространство — это две разные системы, тесно связанные между собой общей целью. Здравоохранение призвано оказывать медицинскую помощь населению, решать проблемы ее доступности, увеличения объемов и качества, а также развития медицины как науки.

Информационное пространство призвано создавать и поддерживать технологическую базу для его деятельности; решать чисто технические и технологические проблемы, связанные с развитием программно-аппаратных средств, систем и каналов связи; формировать технологические режимы, позволяющие воспринимать и обрабатывать различные виды медицинской информации, решать проблемы хранения информационного ресурса; выстраивать свои отношения с системой здравоохранения с учетом интересов различных групп медицинских работников, выступающих в роли пользователей информационного пространства, степень удовлетворенности которых служит залогом единства, устойчивости и комфортности во взаимодействии этих двух систем.

С позиции единства этих двух систем здравоохранение исполняет роль функциональной подсистемы, информационное пространство — роль обеспечивающей подсистемы.

Основными элементами информационного пространства являются информация как продукт технологической обработки и технологические процессы как *средство его обработки*.

Под информацией в данном случае следует понимать ее основную единицу — технико-экономический и медико-социальный показатель (далее показатель), поскольку через него осуществляется взаимодействие пользователей в каждом сегменте системы здравоохранения. Он же при появлении машинных технологий превратился в основной продукт их обработки независимо от того, «упакован» он в форму документа или нет. Показатель как единица информации и как продукт технологической обработки был и остается цен-

тральной фигурой в решении проблем информатизации отрасли. Требования, предъявляемые к показателю как объекту, одновременно принадлежащему двум системам, довольно часто носят противоречивый характер. По мере совершенствования и развития этих систем противоречия могут обостряться до кризисных ситуаций, побуждающих к смене информационных технологий.

Показатель в общепринятом понимании есть ни что иное, как отображения любого свойства объекта средствами естественного языка (ЕЯ). Структурно он состоит из двух компонентов. Первым компонентом является наименование показателя, несущее смысловое описание свойства объекта и имеющее текстовую форму отображения. Второй — мера этого свойства, которая заключена в смысловом содержании наименования показателя. Обычно это либо цифра, либо логическое выражение.

Анализ состава информации, содержащейся в совокупности этих компонентов (наименовании показателя и его меры), и степень ее использования в машинных технологиях и профессиональной деятельности пользователей дают возможность сопоставить и дать оценку степени соответствия *искусственного интеллекта* информационного пространства *интеллекту пользователя*, если под интеллектом подразумевать способность понимать друг друга без переводчика.

Интеллект пользователя системы здравоохранения определяется характером его деятельности и, следовательно, той информацией, которую он создает и использует в процессе исполнения своих функций. В данном исследовании все пользователи в зависимости от характера своей деятельности и технологии обработки показателей условно разделены на две группы.

К *первой группе* отнесены пользователи, деятельность которых в большей степени связана с проведением вычислительных операций (учет, отчетность, текущее планирование и оперативное управление, частично обработ-





ка статистической информации и т.д.). Они оперируют в основном численными значениями показателей, «упакованными» в формы документов. Проведение арифметических вычислений не требует использования всей информации, содержащейся в структуре наименования показателей. Используется только та информация, которая обеспечивает коммуникативные функции пользователя (привязки ко времени, объекту, территории и т.д.). Обработка остальной информации, отражающей детальное описание свойств объектов (и смысловое содержание показателя) и его ассоциативные связи с численным значением показателя, в условиях первых машинных технологий не была предусмотрена. Причины для того времени достаточно объективные и первую очередь это низкий уровень развития технических средств [2].

Вторая группа — это пользователи, занятые формированием первичной информации, различного вида анализами, агрегированием и синтезом вторичных показателей. Их профессиональная деятельность, как правило, связана с оказанием медицинской помощи населению. Таких пользователей в системе здравоохранения большинство. Они работают с каждым единичным показателем. Для них важна информация, присутствующая в обеих частях показателя и особенно содержащаяся в структуре его наименования. Именно там содержится информация о свойствах объектов, мера которых интересует пользователя при решении задач медицинского характера. Это позволяет им осуществлять различные виды анализов (вести ретроспективный поиск показателей, формировать группировки по различным признакам, осуществлять построение динамических рядов и т.д.) и формировать первичные медицинские документы.

В своих требованиях к технологическому процессу первая группа пользователей делает акцент на способность технологий выполнять вычислительные операции, вторая — на способность выполнять вычислительные и

логические процедуры. Каждая группа пользователей предъявляет свои вполне объективные и обоснованные требования к машинным технологиям обработки показателей.

Искусственный интеллект информационного пространства — это способность машинных технологий наиболее полно и комфортно осуществлять контакт пользователей с информационным ресурсом отрасли. Полнота — это объемы информации, их востребованность и достоверность, комфортность — это отсутствие языковых барьеров в общении пользователя с машиной.

Разница между двумя интеллектами состоит в том, что развитие интеллекта пользователя обусловлено развитием медицины и медицинской деятельности. Развитие искусственного интеллекта — способностью информационных технологий, с одной стороны, воспринимать новое знание (обладать способностью к обучению и развитию), с другой, возможностью и способностью медицинского персонала передавать свой непрерывно развивающийся интеллект информационным технологиям (способностью обучать технологии). Ресурс способности к сближению интеллектов — залог единства системы здравоохранения в целом.

Степень сближения интеллектов можно рассматривать как *критерий устойчивости* взаимоотношений двух систем и один из многих аспектов проявления *единства самого* информационного пространства и его *единства с системой* здравоохранения.

Если уровни развития интеллектов находятся в состоянии гармонии, проблемы внутреннего единства информационного пространства и единства с другими внешними по отношению к ней системами не существует, информационное пространство находится в устойчивом состоянии. Проблема единства возникает при нарушении гармонии.

Гармоничное состояние устанавливается и поддерживается совместными усилиями медицинских работников и проектировщиков



информационных технологий. Это пограничная зона. Пользователи должны уметь формализовывать сегмент своих знаний в соответствии с требованиями машинных технологий. Проектировщики со своей стороны должны уметь создавать механизмы формализации знаний, обусловленные уровнем развития программно-аппаратных средств и первую очередь информационного языка как основного средства общения пользователя с машиной.

Экспресс-анализ информационного пространства, основанный на оценке изменений в интеллекте пользователя и соответственно изменений в технологии обработки информации, позволил выделить три этапа в развитии информационного пространства: ручной технологии обработки информации, механизации вычислительных процессов, интеллектуализации информационных технологий. По каждому из них определялась степень сближения взаимодействующих систем, устойчивость их взаимоотношений, противоречия между информационными технологиями первого поколения и различными группами медицинских работников (пользователей), рассматривались причины возникновения противоречий.

На первом этапе развития информационного пространства, в условиях использования домашней, «ручной» технологии с применением средств малой механизации, все технологические процессы обработки информации, связанные с проведением вычислительных и логических процедур, выполняли сами пользователи. Пользователь сам формировал, перерабатывал и использовал необходимые ему показатели. Отношения «Человек — машина» в условиях использования средств малой механизации практически не существовало.

Идентификатором показателя служило само наименование показателя, ассоциативные связи между наименованием и его численным значением были достаточно очевидны для любого пользователя. С большой долей уверенности можно полагать, что все

сообщество пользователей однозначно отождествляло наименование каждого показателя с вполне конкретным свойством того или иного объекта. Острой потребности в унификации терминологии не наблюдалось. Механизмом стандартизации служили различного рода руководящие и методические материалы. Они формировали наименования показателей, определяли их понятия и алгоритмы расчета. Взаимоотношения между системами здравоохранения и информационного пространства, которое к тому времени еще не сформировалось в самостоятельную систему, носили устойчивый характер, так как общение между ними велось на обычном естественном языке. Язык общения был единственным и единым.

Кризис, вызвавший смену технологий, заключался в низких скоростях и малых объемах обрабатываемой информации, перегруженности пользователей рутинной «ручной» работой.

Второй этап развития информационного пространства, начавшийся с 70-х годов прошлого столетия, — это этап создания первых машинных технологий (технологий первого поколения), ориентированных на механизацию вычислительных процессов. Технические возможности технологий и их ресурс развития регламентировались рамками задач, поставленных в то время перед разработчиками информационных технологий, и уровнем развития вычислительной техники.

Появление машинно-ориентированных технологий впервые разделило структуру здравоохранения и разрушило ее языковое единство системы:

- По признаку функциональной деятельности контингент сотрудников здравоохранения разделился на две группы: сотрудников, обеспечивающих технологический процесс обработки информации, и сотрудников, использующих информацию, полученную в результате машинной обработки. Впервые появился термин «пользователь»;





• Начала формироваться среда пользователей информационного ресурса, которая по характеру своей деятельности и взаимодействию с машинными технологиями также разделилась на две группы (первая и вторая группы пользователей), каждая из которых по своему начала выстраивать отношения с информационными технологиями.

• Начало формироваться информационное пространство как самостоятельная система, внутри которой, помимо информационной технологии (ИТ) и информационного ресурса, создавалась среда общения человека с машиной, включающая в себя естественный язык общения и целую совокупность различного типа искусственных информационных языков. Система здравоохранения из одноязычной структуры превратилась в многоязычную структуру. Проблема сохранения единства требовала установления взаимопонимания, то есть адекватных правил перехода с одного языка на другой, без существенных потерь и издержек. Но каких потерь и издержек?

В данной работе рассмотрен только один аспект общесистемного единства, касающийся языка общения медицинского работника (пользователя) с машиной, его состоятельности и перспектив применения в будущих технологиях. В настоящее время он активно обсуждается медицинским сообществом как проблема идентификации показателей [3, 4].

Как уже отмечалось ранее, наименования показателей являются текстами ЕЯ и одновременно формой фиксации численного значения в памяти человека и машины. Машины того времени с текстами ЕЯ работать не умели, поэтому для фиксации численного значения вместо наименования показателя стали использовать идентификатор — искусственно созданную метку, структура которой была ориентирована на проведение арифметических вычислений.

Правила формирования идентификатора, составившие первый информационный язык типа «Человек — машина», основаны на

координатном методе индексирования показателей (КМИП-1).

Суть метода заключается в фиксации координаты расположения показателя в форме документа, то есть «привязке» численного значения показателя к конкретной форме документа и размещению его в матрице документа. Семантическая часть наименования показателя при этом методе в структуру идентификатора не включается. Это простой, удобный, технологичный метод, не оказывающий негативного влияния на результаты арифметических вычислений и передачу их по каналам связи. В действующих технологиях он пока является единственным языком, используемым для обработки матричных форм документов.

Для пользователей 1-й группы переход на технологию первого поколения привел к положительным результатам. Поставленная задача была выполнена, механизация вычислительных процессов состоялась, но какой ценой и какими последствиями и издержками для остальных пользователей — медицинских работников [5–7]?

Однако устойчивого взаимодействия двух систем (здравоохранения и информационного пространства) достигнуто не было. Более того, оно обострилось и приобрело кризисный характер, подтверждением которого можно считать всеобщее мнение о необходимости создания в отрасли Единого информационного пространства (ЕИП), как факт, косвенно подтверждающий разрушение ранее существовавшего единства «домашинной» системы здравоохранения, вызванное появлением машинно-ориентированных технологий.

Причина нарушения единства в том, что информационные технологии первого поколения оказались не в состоянии обслуживать интересы пользователей другой категории (2-й группы), оказались не приспособленными к обработке единичного показателя как продукта технологической обработки.

За прошедшие десятилетия сменился и изменился пользователь, информационные



технологии многократно модернизировались, сменилось нескольких поколений вычислительной техники, произошли коренные изменения средств программного обеспечения (ПО). Однако концептуальные основы информационных технологий, связанные с идентификацией показателя, оставались без существенных изменений. Фактически происходила модернизация программно-аппаратных средств с сохранением концептуальных основ, заложенных еще в 70-х годах прошлого столетия.

В настоящее время новые пользователи в лице медицинских работников все настойчивее выражают свое неприятие к действующим технологиям, указывая на издержки, возникшие в процессе их многолетней эксплуатации, неспособность адаптироваться к решению нового класса задач, указывают на давно устоявшийся консерватизм в концепции их развития [3–6, 8, 10].

Однако информационные технологии продолжают идти по прежнему пути локального развития отдельных сегментов здравоохранения. Например, создание «Электронного паспорта здоровья ребенка», «Электронной истории болезни», «Информационной системы персонализированного учета оказания медицинской помощи гражданам РФ», «Обязательного медицинского страхования (ОМС)» и т.д.

Продолжают формироваться специализированные медицинские информационные системы (МИС) со своим «местечковым» понятием единства, единого подхода к организации ведения, хранения и обмена данными, правилами идентификации и кодирования информации, формированием общероссийских стандартов и т.д. Понятно, что все технические решения при этом носят исключительно локальный характер [7].

Вновь разрабатываемые информационные технологии продолжают тенденцию «сращения» технологического процесса обработки информации с решением локальных задач и комплексов здравоохранения. В конечном итоге вместо общесистемного технологичес-

кого процесса системы здравоохранения вновь создаются совокупности отдельных ее сегментов, но только на основе более развитых программно-аппаратных средств с сомнительной способностью к интегрированию в единую отраслевую систему.

Уже сейчас разработано более «800 самостоятельных информационных систем (согласно каталогу АРМИТ) и порядка 2000 внедрений» [4], а по некоторым данным, более 13 тысяч внедрений [12]. Каждая из них формирует идентификаторы показателей, используя информационный язык первого поколения, основанный на «привязке» показателя к собственным формам документов. Отраслевые формы и формы локальных уровней здравоохранения не обладают стабильностью, достаточной для обеспечения каждого показателя уникальным идентификатором не только в рамках отрасли, но даже внутри каждой МИС. Постоянно текущее обновление состава показателей, вводимых в формы документов, и изменение их конструкций делают проблему создания единого информационного пространства отрасли практически неразрешимой.

М.М. Эльянов, президент Ассоциации развития медицинских информационных технологий (АРМИТ), сделал вывод, что «система управления здравоохранением построена так, что осязаемых и всем понятных выгод от компьютеризации просто нет». «В таком виде информатизация — кошмар для врача и медицинских информационно-аналитических центров. Поэтому сегодня у абсолютного большинства медперсонала компьютеризация — явление, мягко говоря, непозитивное» [4].

Хочется ответить М.М. Эльянову, что возможен и другой вывод: *система компьютеризации построена так, что системе управления здравоохранением понятных выгод от нее нет.*

Чтобы информационное пространство было единым, его изначально надо создавать как общесистемную структуру со своей конфигурацией и инфраструктурой, направленной на обслуживание всех категорий пользо-





вателей системы более высокого порядка. ЕИП должно быть самостоятельной системой, предоставляющей каждому пользователю возможность маневра в выборе алгоритма решения своих проблем, в том числе и проблемой реформирования здравоохранения. В этом случае информационные технологии не должны носить узко специализированный характер и быть ориентированными на решение локальных проблем здравоохранения. Этот порочный круг когда-то надо разорвать. Пользователь и технология обработки не должны находиться в прямой зависимости друг от друга, как, например, водитель автомашины напрямую не зависит от технологий, применяемых автопроизводителями. Тем более, что уровень развития современной техники позволяет это сделать, а потребность в единстве двух систем только возрастает.

Вероятной альтернативой технологиям первого поколения, видимо, следует считать информационные технологии *второго поколения*, ориентированные на обработку *единичных показателей, не имеющих жесткой связи с формами документов и обладающих правом самостоятельного хождения в информационном пространстве* [2, 9].

Переход на технологию второго поколения в первую очередь следует начинать с решения проблемы идентификации единичного показателя и, следовательно, с создания информационного языка второго поколения, способного обеспечить формирование уникального поискового образа показателя с высокой степенью разрешения, формализацию предметных областей здравоохранения и установление надежного взаимопонимания между медицинским работником и машиной. Единство ЕИП отрасли — это прежде всего единство языка общения, без которого в принципе не может быть единства даже при самых развитых и технократически совершенных информационных технологиях. Все-таки «В начале было слово». Необходимость интеллектуализации информационных технологий

уже не требует доказательств. Это требование времени.

Третий этап развития информационных технологий является этапом интеллектуализации информационных технологий, направленным на создание более «дружественной» по отношению к пользователю среды общения, способной создать условия повышенной комфортности для медицинских работников и расширение интеллектуальных и технических способностей информационных технологий при наиболее полном использовании возможностей современной техники.

Интеллектуализация информационных технологий — это способность технологий предоставлять пользователю возможность общения с машиной на ограниченном, но все-таки естественном для него языке, освободив его от непрофильной для него работы, связанной, в частности, с процедурой кодирования текстов.

Для реализации этого этапа потребуется провести:

- переориентацию всего технологического процесса отрасли на обработку единичного показателя и новый механизм идентификации единичного показателя, не опирающейся на систему унифицированных форм документов:
- выделить ЕИП отрасли в самостоятельную систему, выполняющую в рамках взаимодействия с системой здравоохранения функции *общеотраслевого механизма системы здравоохранения*, отвечающую за формирование и последующую реализацию принципиально новых форм отображения единичного показателя (идентификаторов) и формализацию предметных областей здравоохранения.

На наш взгляд, основными компонентами структуры ЕИП отрасли должны стать:

- Среда общения, которая как вновь формирующаяся структура, по сути своей, должна стать механизмом интеллектуализации информационных технологий. Она должна включить в себя информационно-поисковую систему показателей вместе с системой идентификации показателей деятельности



отрасли, формализованными информационными языками пользователей (ФЕЯ, КМИП-2), отраслевой системой классификации и кодирования, а также информационный ресурс отрасли как территориально распределенное единое хранилище информации отрасли.

- Информационные технологии, включающие в себя технологические сети, информационные потоки.

- Общеотраслевое и прикладное программное обеспечение, для взаимодействия функциональной и обеспечивающей систем.

К основным элементам в структуре ЕИП отрасли в первую очередь следует отнести среду общения. В ней заложен один из основных аспектов, обеспечивающих внутреннее единство ЕИП, единство системы ЕИП и здравоохранения и, наконец, единство человека и машины, поскольку он отражает семантическую компоненту информационных процессов, то есть ту компоненту, которая является центральной в процессе интеллектуализации информационных технологий второго поколения.

Выделение информационных технологий и оформление их в самостоятельную общеотраслевую систему ведет к появлению в ее структуре новых элементов, помимо тех, которые имели место в технологии 1-го поколения. Поэтому данная структура по мере разработки общесистемного проекта ЕИП отрасли должна дополняться и расширяться, а элементы, унаследованные из технологии первого поколения, видоизменяться и модернизироваться.

Цели и задачи ЕИП отрасли достаточно полно изложены в концепции информатизации ОМС [11]. Однако в нашем случае достижение поставленных целей основывается на технологии второго поколения, где показатель

обладает правом самостоятельного хождения в информационном пространстве, а не на технологии первого поколения, где показатель «привязан» к форме документа.

Цели совпадают, но методы их достижения разные. С большой долей уверенности можно сказать, что предложенный нами метод перехода на технологию второго поколения позволит устранить кризисную ситуацию, имеющую место между пользователем и информационной технологией первого поколения, поскольку технологии второго поколения будут «обучены» вести диалог с пользователем на ограниченном (формализованном) естественном языке пользователя, а пользователи иметь возможность развивать свой собственный интеллект и интеллект информационной технологии в режиме реального времени.

ЕИП отрасли в контексте языка общения будет обладать не только внутренним единством, но и единством с системой здравоохранения. ЕИП качественно изменится. Это будет система с открытым доступом, способная к саморегулированию, саморазвитию, интероперабельности, стандартизации всех видов информации, созданию единого информационного ресурса, обеспеченного фактографической системой поиска показателей, и т.д.

В настоящее время в ЦНИИ ОИЗ начаты работы по созданию формализованного естественного языка, способного обеспечивать идентификацию единичных показателей в технологиях второго поколения [12]. Ведется разработка Рубрикатора показателей, отражающего процесс формализации единичных показателей предметной области, представленной одним из сегментов деятельности ОМС.

ЛИТЕРАТУРА



1. Урманцев Ю.А. «Общая Теория Систем» в изложении Мартынова А.С., Артюхова В.В., Виноградова В.Г. — <http://www.sci.aha.ru/RUS/waia1.htm>.





2. Репкина С.А., Леонов С.А. К вопросу создания отраслевого классификатора наименований социально-экономических и медико-экономических показателей (ОКСЭП) и его роли в информационных технологиях второго поколения в системе здравоохранения//Врач и информационные технологии. — 2008. — № 6. — С. 36–44.
3. Профессиональное сообщество. Рабочая группа по вопросам создания и внедрения медицинских информационных технологий//Врач и информационные технологии. — 2009. — № 5. — С. 65–68.
4. Профессиональное сообщество. Рабочая группа по вопросам создания и внедрения медицинских информационных технологий//Врач и информационные технологии. — 2009. — № 4. — С. 67–73.
5. Тавровский В.М. Для кого разрабатываются медицинские информационные системы?//Врач и информационные технологии. — 2009. — № 1. — С. 73–78.
6. Кобринский Б.А. Проблемы взаимопонимания: термины и определения в медицинской информатике//Врач и информационные технологии. — 2009. — № 1. — С. 51–52.
7. Венедиктов Д.Д., Гасников В.К., Кузнецов В.П., Радзиевский Г.П., Столбов А.П. Современная концепция построения единой информационной системы здравоохранения//Врач и информационные технологии. — 2008. — № 2. — С. 17–23.
8. Тавровский В.М. «Единое пространство» и бритва Оккама//Врач и информационные технологии. — 2008. — № 5. — С. 75–77.
9. Репкина С.А., Леонов С.А. Методологические вопросы унификации наименований и создания классификатора показателей//Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья». — 2009. — № 2. — С. 1–18.
10. Романов Д.Н., Борейко А.А. Особенности внедрения комплексной медицинской информационной системы с «нуля»//Врач и информационные технологии. — 2009. — № 5. — С. 45–48.
11. Концепция информатизации системы обязательного медицинского страхования на 2008–2010 годы//Врач и информационные технологии. — 2008. — № 3. — С. 8–45.
12. О мерах по созданию государственной системы персонализированного учета оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации//Врач и информационные технологии. — 2008. — № 6. — С. 4–13.



Полезная ссылка

В Кейптауне закончился **Всемирный конгресс MedInfo 2010.**

Сборник трудов можно получить по ссылке
<http://narod.ru/disk/25144494000/Proceedings.rar.html>

**Н.В. ВАРТАПЕТОВА,**

к.м.н., директор Института здоровья семьи, г. Москва, nvart@isi.ru

ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ РАЗЛИЧНЫМИ КАТЕГОРИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ДЛЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*УДК 002.53**Вартапетова Н.В. Информационные ресурсы, используемые различными категориями медицинских работников для непрерывного профессионального образования (Институт здоровья семьи, г. Москва)*

Аннотация: Представлены результаты социологического опроса 500 врачей лечебно-профилактических учреждений Пермского края, отличающихся по профилю профессиональной подготовки и занимаемой должности. Установлены различия источников получения профессиональной информации рядовыми врачами и специалистами, занимающими административную должность. Обнаружена недостаточная осведомленность опрошенных в вопросах доказательной медицины. Результаты опроса свидетельствуют о применении врачами базовой территории клинических протоколов ведения больных, согласно уровню оказываемой медицинской помощи.

Ключевые слова: профессиональное образование, информационные ресурсы, медицинские работники, медицина, основанная на доказательствах

*UDC 002.53**Vartapetova N.V. Information resources used by different categories of health workers for continuous professional education (Institute for Family Health, Moscow)*

Abstract: The results of sociological survey of 500 doctors of medical institutions of Perm region, differing in the profile of training and position. The differences in the sources of professional information to ordinary doctors and specialists in administrative positions. Found a lack of awareness of respondents in matters of evidence based medicine. Survey results indicate the application of medical basic area of clinical protocols, patient management, according to the level of medical care. Survey results indicate the use by physicians the base theory of clinical protocols of patient management, according to the level of medical care.

Keywords: professional education, information resources, medical staff, medicine, based on evidence

Важной проблемой как регионального, так и всего отечественного здравоохранения являются ограниченность информационного поля врачебного сообщества, отсутствие стремления, стимулов и нередко материальных возможностей для профессионального совершенствования большинства специалистов.

Сложившуюся ситуацию достаточно ярко иллюстрируют результаты социологического исследования информационного поля врачебного сообщества Пермского края, целью которого было выявить, какие источники информации врачи используют для принятия клинических решений и непрерывного медицинского образования. Актуальность изучения медицинских информационных источников сопряжена с качеством и доступностью, а также возможностью определять не только уровень оказания медицинской помощи, но



и компетентность, ориентированность специалистов в тех или иных проблемах здравоохранения (здоровье, смертность, рождаемость и пр.). Вопросы удовлетворенности пациентов, информированности специалистов и оценки качества оказываемой медицинской помощи изучались различными авторами [1–6],

Предметом исследования являлось изучение источников информации для профессионального совершенствования специалистов, различных по профессиональной подготовке и занимаемой должности. Тип выборки: целевая (экспертная), контролируемая по параметру специальности респондента и квалификационной категории. В качестве респондентов выступали врачи 7 специальностей: терапевты, неврологи, онкологи, кардиологи, акушеры-гинекологи, травматологи и хирурги. Были опрошены сотрудники 17 лечебно-профилактических учреждений Пермского края, из которых 5 располагались на территории других муниципальных районов региона.

В процессе исследования участвовали 500 врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) базовой территории, отличающихся по профилю профессиональной подготовки и занимаемой должности. Среди опрошенных значительную часть составили терапевты — 37,4%, что обусловлено их большей долей в структуре генеральной совокупности. Акушеры-гинекологи составили 23,0%, хирурги — 14,6%, неврологи — 8,2%, травматологи и ортопеды — 6,8%, онкологи — 2%. Остальные 1,6% приходились на долю врачей других специальностей. Наличие данной группы в выборке связано с двойной самоидентификацией врачей (например, хирург-онколог) и, следовательно, связанными с этим затруднениями, а также с указанием несколькими представителями администрации ЛПУ специальности «Управление здравоохранением».

Основная часть врачей — 82,4% имела высшую квалификационную категорию, 12,4% — первую, 5,2% — вторую. Врачи стационаров составили 62,2%, поликлинических

учреждений — 37,8%. Максимальная часть опрошенных (86,2%) была из числа рядовых сотрудников ЛПУ, доля заведующих отделениями, заместителей главных врачей и других руководителей медицинских учреждений составила 13,8%, что в целом отражает структуру генеральной совокупности.

Анализ результатов данного исследования относительно источников получения профессиональной информации врачами Пермского края подтверждает приоритетность использования периодических изданий. Данным источником регулярно пользовалась основная часть респондентов (79,6%). В качестве источника получения информации также было отмечено участие в работе конференций (72,2% респондентов). Различные виды используемых источников информации врачами Пермского края представлены в *таблице 1*.

Данные *таблицы 1* свидетельствуют об уровне заинтересованности специалистов в профессиональном росте: помимо периодических изданий и участия в работе конференций, важным источником информации считали циклы повышения квалификации и периодические усовершенствования (71,4%). Основным источником получения профессиональной информации считали Интернет-услуги 33,5% респондентов, что позволяет расширить кругозор специалиста по современным медицинским технологиям в своей профессиональной области. Реже пользовались медицинскими журналами терапевты, наиболее чаще — неврологи и онкологи. Терапевты также реже обращались к монографиям и Интернет-услугам, по сравнению с респондентами других специальностей. К примеру, ресурсы Интернета систематически изучали 50% кардиологов, 41,2% — акушеров-гинекологов, 39,7% — хирургов, в то время как терапевты пользовались лишь в 22,8%.

Врачи стационаров чаще, чем поликлинических учреждений, обращаются к монографиям, статьям в научных журналах и электронным ресурсам. Посредством участия в



Таблица 1

Источники информации врачей, принявших участие в социологическом опросе

№	Источник	Доля респондентов
1.	Медицинские журналы	79,6
2.	Конференции	72,2
3.	Циклы повышения квалификации и усовершенствования врачей	71,4
4.	Монографии	45,2
5.	Семинары, круглые столы	36,1
6.	Ресурсы сети Интернет	33,5
7.	Сборники научных трудов	15,4
8.	Другое	3,5

семинарах и круглых столах обе категории респондентов получали информацию практически в равных соотношениях (в 35,4 и 37,2% врачей стационаров поликлинических учреждений, соответственно).

Наблюдались различия в использовании тех или иных источников профессиональной информации рядовыми врачами и специалистами, занимающими административную должность. Во-первых, заведующие отделениями, заместители главных врачей и сами главные врачи чаще пользовались Интернет-ресурсами (в 43,5% против 31,9% рядовых врачей). Это, вероятно, связано с их возможностью доступа к глобальной сети (в кабинетах администрации, как правило, есть компьютеры и проведен Интернет). Во-вторых, руководящее звено чаще принимало участие в работе семинаров и круглых столов (44,9% представителей администрации отметили данный источник как часто используемый против 34,7% рядовых врачей).

Результаты социологического опроса показали, что врачи учреждений здравоохранения муниципальных образований Пермского края используют несколько иные источники информации, нежели врачи г. Перми. Так, ресурсами Интернета регулярно пользовались 37,8% врачей муниципальных учреждений г. Перми и лишь 18,8% врачей, работающих на других территориях региона; участие в семинарах и

круглых столах отметили 40,1% опрошенных респондентов, работающих в г. Перми, и почти в два раза меньше (22,3%) — врачей других муниципальных образований края.

Для оценки правдивости ответов в процессе исследования был задан вопрос: *«Какую последнюю статью (журнал, монографию, сборник научных трудов, Интернет-ресурс) Вы читали?»* Следует отметить, что 33,2% респондентов затруднились с ответом, что также осложняет интерпретацию. К примеру, респонденты не так часто читают литературу, просто не помнят последний эпизод либо читают слишком много и не в состоянии запомнить весь объем источников. Однако вызывает сомнение, что респонденты не могли вспомнить название даже последнего источника. Чаще затруднялись с ответом медицинские работники муниципальных образований, чем врачи г. Перми (30,8% против 41,2%), рядовые врачи — чаще, чем руководители (34,8% против 23,2%).

Результаты социологического опроса показали, что 66,8% респондентов чаще пользовались периодическими изданиями. Монографии, справочники и сборники трудов в качестве источника информации использовались реже. О качестве получаемой врачами информации свидетельствует ответ на вопрос: *«Чем Вы руководствуетесь, выбирая материал (статью, монографию) для*





Таблица 2

Критерии выбора источника информации для изучения и внедрения в практику в оценках врачей (в % от общего числа ответивших)

№	Основа для руководства в выборе материала	Значимость при выборе для изучения и внедрения								
		Низкая значимость			Средняя значимость			Высокая значимость		
		0	1	Σ	2	3	Σ	4	5	Σ
1.	Автор (известность в научных и профессиональных кругах)	8,2	7,5	15,7	8,2	17,2	25,4	15,6	43,3	58,9
2.	Выводы	19	1,9	20,9	4,2	16,1	20,3	27,7	48,3	76,0
3.	Дизайн и методология исследования	14,5	15,5	30,0	12,7	28,4	41,1	15,0	14,0	29,0
4.	Цель исследования	3,1	1,7	4,8	5,2	19,8	25	24	46,2	70,2
5.	Результаты и обсуждение	2,2	0,7	2,9	2,0	12,4	14,4	27,4	55,3	82,7

изучения и внедрения в практику?», при ответе на который респондент должен был каждому критерию выбора присвоить значение от «0» до «5», где «0» означал утверждение *«абсолютно не руководствуюсь»,* «5» — *«руководствуюсь в максимальной степени».*

Социологический опрос позволил установить, что основой для руководства в выборе материала служили результаты и обсуждение проблемы (82,7% респондентов отмечают высокие значения «4» и «5»), выводы (76% — как наиболее важное руководство при выборе источника информации), цель исследования — 70,2%, авторитет автора — 58,9% были оценены на «4» и «5») (табл. 2).

Следует отметить, что дизайн и методология исследования, определяющие их характеризующие достоверность результатов, а значит, и возможность внедрения для респондентов исследуемой группы, имели низкую (30% ответов) и среднюю (41,1% ответов) степень значимости при выборе источника информации.

В связи с невысокой оценкой значимости дизайна и методологии исследования представил интерес анализ восприятия респондентами категории «доказательная медицина». Известно, что основной принцип доказательной медицины — добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клини-

ческих исследований для принятия решений в оказании помощи конкретному пациенту.

Анализ результатов нашего исследования позволил выявить, что чуть больше половины респондентов (56,7%) знали о существовании такого понятия, как «доказательная медицина», 43,3% — не имели представления. К примеру, из числа респондентов, ответивших положительно на вопрос *«Знакомо ли Вам такое понятие, как «доказательная медицина?»*, лишь в 16,5% смогли дать правильную интерпретацию. При расчете по отношению ко всей выборке лишь 3,2% респондентов определенно знали о понятии «доказательная медицина» и о основных принципах.

Результаты социологического опроса показали, что 87% практикующих врачей Пермского края либо не слышали о доказательной медицине, либо слышали, но не помнят и не руководствуются ее принципами в своей практике.

Представляют интерес ответы на вопрос: *«Руководствуетесь ли Вы в своей повседневной практике клиническими протоколами (стандартами, алгоритмами) (кроме медико-экономических стандартов (МЭСов)?»:* 82,8% опрошенных ответили утвердительно, 8,8% — отрицательно, 8,4% затруднились с ответом.

На рисунке 1 представлены результаты ответов на вопрос: *«На каком уровне раз-*

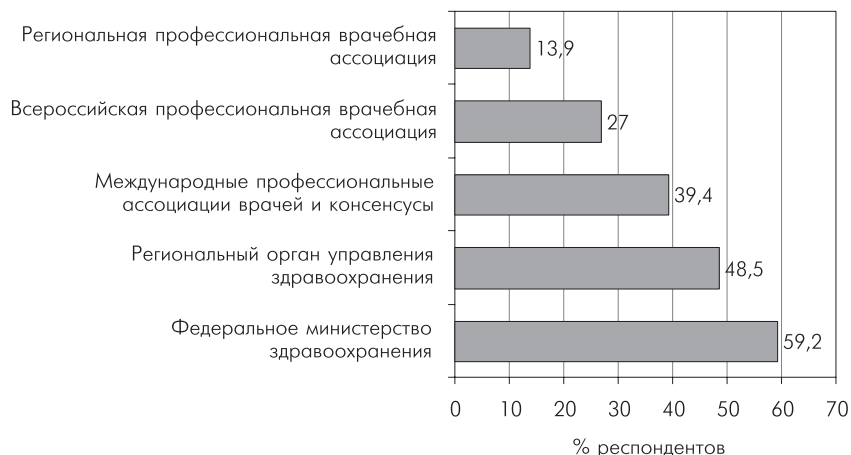


Рис. 1. Субъекты разработки и утверждение клинических протоколов (алгоритмов), используемых врачами Пермского края (в % к общему числу ответивших)

работывались и утверждались клинические протоколы (алгоритмы), которыми Вы пользуетесь?»

Результаты опроса свидетельствуют о применении врачами базовой территории клинических протоколов ведения больных, согласно уровню оказываемой медицинской помощи. Однако использование в повседневной практике клинических протоколов, разработанных и утвержденных региональной профессиональной ассоциацией, отметили лишь 13,9% респондентов.

В то же время, основываясь на данных доказательной медицины, можно с уверенностью утверждать, что большинство беременностей и родов могут быть отнесены к группе низкого риска, так как не требуют вмешательства специалистов. Это означает, что специалисты, помогающие семье во время беременности и родов, должны ограничить свои действия внимательным наблюдением за процессом, зная симптоматику осложнений и владея навыками оказания адекватной помощи.

Данное исследование посвящено оценке возможности повышения эффективности медицинской помощи, в том числе в учреждениях родовспоможения, посредством внедрения в практику современных протоколов, основанных на принципах доказательной медицины. В настоящее время существующие нормативы даже в рамках одного региона

имеют значимую разницу в показателях регистрируемой заболеваемости беременных и рожениц, особенно по нозологиям, являющимся наиболее угрожаемым для здоровья матери и плода. К сожалению, полученные результаты свидетельствуют об отсутствии единого понимания нормы и патологии в течении беременности и родов, что не способствует выбору правильной тактики ведения беременности, сроков и места для оптимального родоразрешения. Результаты исследования свидетельствуют о наличии серьезной проблемы отечественной системы здравоохранения, связанной с отсутствием четкого следования международным стандартам и практикам, низкой степенью компетенции в принципах доказательной медицины.

Как показывают результаты предыдущих исследований, большинство врачей предпочитает использовать в качестве источников информации периодическую печать и справочники. Кроме того, многие врачи пользуются информацией медицинских представителей, а аутсайдерами среди источников информации являются электронные средства информации. Установлено, что до настоящего времени возможности Интернет-ресурсов остаются недоступным для многих медицинских работников.

В целом на основании социологического опроса складывается впечатление, что про-





Профессиональное сообщество врачей Пермского края уделяет значительную часть своего времени самообразованию и повышению квалификации посредством изучения специальной литературы. Однако далеко не все желаемые источники информации являются доступными.

ВЫВОДЫ

1. Установлено регулярное использование Интернет-ресурсов для повышения профессиональных знаний 37,8% врачей муниципальных учреждений г. Перми и 18,8% врачей, работающих на других территориях региона; участие в семинарах и круглых сто-

лах отметили 40,1% опрошенных, работающих в г. Перми и почти в два раза меньше (22,3%) врачей других муниципальных образований края.

2. Результаты социологического опроса показали, что 87% практикующих врачей Пермского края либо не слышали о доказательной медицине, либо слышали, но не помнят и не руководствуются ее принципами в своей практике.

3. Установлено, что в повседневной практике клинические протоколы, разработанные и утвержденные региональной профессиональной ассоциацией, используются лишь 13,9% специалистов.

ЛИТЕРАТУРА



- 1.** Галицкий О.И. Изучение удовлетворенности пациентов стационарным медицинским обслуживанием в целях совершенствования деятельности больницы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33/Мед. и мед.-техн. инф. — М., 1988. — 20 с.
- 2.** Гребенщиков А.П., Вайсбруд И.Ф., Оранский И.Е. Формализованная оценка эффективности лечения, критерии качества деятельности лечебно-профилактических учреждений//В сб. «Моделирование в управлении здравоохранением»: Респ. сб. науч. тр./2-й МОЛГМИ; Под ред. С.А. Гаспаряна. — М., 1990. — С. 234–239.
- 3.** Глушанко В.С. Научное обоснование подходов к организации системы контроля качества и эффективности медицинской помощи в учреждениях различного профиля//Проблемы современной медицины и фармации: Тез. докл. 53-й науч. сессии ВГМИ, г. Витебск, 13–14 февраля 1998 г. — Витебск, 1998. — Т. II. — 187 с.
- 4.** Гречко А.В. Организационно-методическое обоснование механизмов повышения эффективности дерматовенерологической помощи населению: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33; 14.00.11/Ред. А.В. Гречко; ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ. — М., 2004. — 50 с.
- 5.** Иванова М.А. Ресурсное обеспечение и оптимизация медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем, в условиях модернизации здравоохранения: Автореф. дис... докт. мед. наук./Ред. М.А.Иванова. — М., 2007. — 42 с.
- 6.** Люцко В.В. Система оказания медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем, и механизмы повышения ее эффективности: Автореф. дис... канд. мед. наук./Ред. В.В.Люцко. — М., 2009. — 24 с.

**А.Г. БОРИСОВ,**

генеральный директор ООО «Пост Модерн Текнолоджи», г. Москва, andrei@postmodern.ru

А.А. БОРЕЙКО,

директор по маркетингу ООО «Пост Модерн Текнолоджи», boreyko@postmodern.ru

ПОРТАЛ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ – НОВЫЙ УРОВЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО СЕРВИСА

*УДК 61:658.011.56**Борисов А.Г., Бореико А.А. Портал для пациентов — новый уровень медицинского сервиса (ООО «Пост Модерн Текнолоджи», г. Москва)*

Аннотация: В статье представлена концепция портала для пациентов, интегрированного с медицинскими информационными системами лечебно-профилактических учреждений. Рассматриваются ключевые возможности данного решения, его значение для клиник, а также альтернативные пути развития портала — в рамках работы одного ЛПУ или с неограниченным числом участников.

Ключевые слова: портал для пациентов, медицинская информационная система, интегрированное решение, уровень медицинского сервиса.

*UDK 61:658.011.56**Borisov A., Boreiko A. Portal for patients — new level of medical attendance (Post Modern Technology Ltd.)*

Abstract: The article contains the concept of the portal for patients integrated with medical information systems in hospitals and polyclinics. The authors present the key functions and values of this solution and two alternative ways of its development — in a separate clinic or for a great number of participating organizations.

Keywords: portal for patients, medical information system, integrated solution, level of medical attendance.

Для большинства лечебно-профилактических учреждений в России автоматизация — дело будущего. Но для тех ЛПУ, которые уже освоили комплексную медицинскую информационную систему, логика развития диктует новые решения. Дальнейшее движение возможно как «в глубину», так и вовне — по пути расширения состава участников информационного обмена за пределы отдельного лечебно-профилактического учреждения.

Одной из форм этой экспансии уже сейчас становятся различные порталные решения. В большинстве случаев речь идет о том, чтобы предоставить пациентам возможность записаться на прием к врачу через Интернет. Практика показывает, что даже такой минимальный сервис способен заметно изменить показатели посещаемости и состав контингента ЛПУ, прежде всего за счет работающих пациентов.

Заметим, что в данном случае речь идет о двух весьма ограниченных информационных потоках: ЛПУ показывает пациентам свое

расписание и, возможно, информацию о врачах, а обратно получает записи на прием. Скорее всего относительная техническая и организационная простота данного решения приведут к его широкому распространению в ближайшие годы.

Однако нам представляется, что уже сейчас те ЛПУ, которые имеют в своем распоряжении комплексную МИС, могут предоставить пациентам гораздо более широкий спектр возможностей и сервисов, опираясь на ранее созданную программно-техническую базу и новые технологические решения, ставшие доступными совсем недавно.

Ключевой сервис, который ЛПУ с комплексной МИС может обеспечить уже сейчас, — это предоставление пациенту доступа к его медицинским записям. Естественно, возникают два вопроса. Первый — вопрос о безопасности. Второй — стоит ли давать пациенту доступ ко всем записям.

Ответ на первый вопрос заключается в сочетании современных средств защиты дан-



ных при передаче по внешним сетям и деперсонификации передаваемых данных. Нет никакой необходимости хранить данные пациента на специальном портале или в ином внешнем хранилище, когда все они могут и должны находиться в исключительном ведении ЛПУ как профессионального оператора персональных данных.

Медицинские записи пациента могут транслироваться без каких-либо атрибутов, указывающих на личность пациента. Кроме того, пациент может получить их только на время сессии работы с порталом. В сочетании с продуманными методами аутентификации и криптозащиты это дает уровень безопасности, полностью соответствующий требованиям Федерального закона №152.

Таким образом, пациент получает уже доступ не только к расписанию, но и к результатам анализов, к назначениям врача. Окончательное решение о том, в каком объеме и составе предоставлять ему доступ к электронной медицинской карте, может оставаться за руководством клиники или за лечащим врачом.

Режим деперсонификации данных открывает и другие возможности. Например, пациент может создать несколько виртуальных (мобильных) медицинских карт в своем личном кабинете на портале: для себя, для супруга или супруги, для родителей. Так он может проявить заботу обо всех членах семьи, организовать консультации и лечение для тех, кто еще не может или уже не может позаботиться об этом сам или слишком загружен работой и уделяет мало времени здоровью.

Более широкий двухсторонний обмен информацией между пациентом и клиникой позволяет в том числе проводить предварительное анкетирование еще до прихода пациента на прием к врачу. С такой анкетой врач получает дополнительные сведения, картина заболевания становится более полной, а рекомендации — более обоснованными. Добавим к этому виртуальный дневник самонаблюдения пациента с регистрацией давления, пульса и

других ключевых показателей и получим картину, все более приближающуюся к уровню наблюдения в стационаре или санатории.

Развитие интерактивных сервисов позволяет дополнить вышеперечисленные функции такими опциями, как уведомления и напоминания. Пациент настраивает в специальном интерфейсе режим уведомлений с помощью SMS или электронной почты и получает напоминания о предстоящих визитах к врачу, лечебных процедурах и сопутствующих им условиях (правила приема пищи и т.д.), о времени приема лекарств и их дозировке.

Нет нужды подробно останавливаться на тех веб-технологиях, которые хорошо известны большинству пользователей Интернета и которые также легко могут быть интегрированы в портал для работы с пациентами: форумы, врачебные блоги, вебинары и т.д.

Новизна в данном случае заключается не в самих инструментах коммуникации, а в их сочетании. Например, пациент открывает удаленный гостевой доступ к своим данным специалисту, а тот выкладывает свои комментарии и соображения пациенту на форуме с тем уровнем открытости для других пользователей, который определяет сам пациент.

Из приведенных примеров ясно, что и перед пациентами, и перед клиниками открываются поистине беспрецедентные возможности. Хоть и не для всех и не сразу, но третье тысячелетие все же вступает в свои права. Даже сегодня полный перечень возможностей системы «портал + МИС» может быть шире того, что мы привели в качестве примеров. Мы описали лишь немногие, ключевые сервисы, которые могут быть доступны пациентам через портал, интегрированный с медицинской информационной системой.

После всего сказанного едва ли нужно объяснять, чем хорош портал для пациентов. Но есть ли какая-нибудь польза для самих лечебных учреждений? Безусловно, есть. И мы попробуем показать это на ряде примеров. Причем можно говорить о пользе и для



государственно-муниципального сектора медицины, и для коммерческих клиник.

В секторе бесплатных медицинских услуг портал для пациентов повышает доступность услуг. Он очень удобен прежде всего для экономически активных, работающих пациентов. Они могут воспользоваться электронной очередью на прием и прийти к врачу в наиболее удобное для них время. Там, где подобные технологии уже используются, отмечен значительный рост приемов работающих пациентов. При этом нагрузка на врачей, ведущих прием, становится более равномерной.

Помимо роста числа посещений, в данном случае можно ожидать еще один, более долгосрочный эффект. Удобство подбора времени приема и своевременность визитов к врачу позволяют рассчитывать на снижение числа хронических заболеваний у наиболее экономически активных пациентов, заболеваний, возникающих зачастую из-за позднего выявления.

Портал дает врачам возможность оперативно получать дополнительную информацию для принятия решений, а также обеспечивает более полную и быструю обратную связь с пациентом. Это снижает риск врачебной ошибки, способствует укреплению репутации отдельных специалистов и клиники в целом.

Немаловажной, особенно для коммерческой медицины, хотя и не только, является имиджевая составляющая. Наличие нового сетевого сервиса может стать серьезным конкурентным преимуществом, особенно в борьбе за обеспеченных клиентов и за ресурсы страховых компаний. Интегрируя МИС и порталные технологии, любое медучреждение фактически задает новые стандарты обслуживания пациентов.

Благодаря все той же активности пациентов при подготовке визита к врачу, ЛПУ могут сэкономить время специалистов, что открывает новые возможности для оптимизации бизнес-процессов. Иными словами, с помощью порталного решения медучреждение полнее реализует потенциал электронной медицинской карты.

Если не ограничивать функции портала только взаимодействием с уже существующими пациентами, а дополнить его информационно-справочными, новостными и другими сервисами, то появляется дополнительное маркетинговое измерение в его работе. Такая модель является особенно актуальной для коммерческих клиник.

Наиболее значительный маркетинговый эффект может быть достигнут при совместном использовании одного порталного сервиса несколькими ЛПУ. Круг потенциальных клиентов медучреждения может существенно расширяться, а клиника получит еще один канал для коммуникации с потенциальными клиентами. Эффективность маркетинговой работы с хорошо сфокусированной и подготовленной аудиторией будет выше, чем эффективность работы через прессу, собственный сайт или через другие сетевые ресурсы.

В этой связи может возникнуть закономерный вопрос: что лучше для клиники — иметь свой собственный портал или участвовать в более масштабном проекте, где в качестве оператора и разработчика портала выступает сторонняя организация. Такая дилемма возникает чаще всего у крупных, особенно сетевых клиник. Нам представляется, что стратегически более правильным решением для клиники является участие в проекте с одним порталом для большого числа ЛПУ. В пользу такого подхода можно привести достаточно большой список аргументов.

Во-первых, полноценный портал не сможет развивать достаточно широкий набор сервисов на базе одного медучреждения такими же темпами, как на базе многих медучреждений. И в части программных разработок, и в части общедоступного информационного наполнения требуются определенные инвестиции. Причем не только прямые и финансовые. Необходимо задействовать время специалистов, которое и без того в дефиците.

Второй аргумент «за» совместное использование портала несколькими клиниками — взрывообразное расширение числа потенциальных





клиентов. На первый взгляд может показаться, что совместное использование несколькими клиниками одного портала повышает конкуренцию между ними. Такой риск действительно может иметь место, если ЛПУ, участвующих в проекте, мало, они имеют похожий состав услуг и территориально расположены близко друг от друга. Напротив, при увеличении числа участников, большем разнообразии профильной деятельности и главное — при добавлении общедоступных (то есть адресованных любому пользователю Интернета) информационных и справочных сервисов число потенциальных клиентов каждой клиники растет быстрее, чем при использовании изолированного корпоративного веб-ресурса.

В-третьих, опыт крупнейших сервисных порталов, таких как Google, подсказывает, что на определенном этапе развития участникам проекта может и должен быть предоставлен аналитический сервис, с помощью которого они смогут получать статистику поведения не только своих пациентов, но и других пользователей портала. Используя встроенную аналитику, любое ЛПУ без каких-либо затрат на дорогостоящие маркетинговые исследования сможет получить картину потребительского поведения в здравоохранении. И чем больше клиник примет участие в проекте, тем более достоверной будет эта картина.

Наконец, четвертый важный аргумент связан с возможностью развития платежных и расчетных сервисов. Практика других отраслей показывает, что такие услуги могут успешно развиваться только при должном охвате целевой аудитории. В «общем» портале гораздо более реально быстрое развитие платежных и расчетных сервисов, которые позволят шире использовать безналичные и страховые модели и обеспечить поступление большей части выручки ЛПУ от платных услуг в виде авансовых платежей. Такие сервисы хорошо развиваются только при наличии эффекта масштаба, когда затраты на создание базовых механизмов услуги равномерно распределяются между большим числом участников.

В целом же в отношении портала для пациентов уместно провести аналогию с разработкой медицинской информационной системы. Еще сравнительно недавно можно было встретить руководителей ЛПУ, которые всерьез полагали, что могут разработать комплексную МИС для своей клиники силами штатных сотрудников и, более того, продвигать затем эту разработку на рынке медицинских приложений.

Жизнь показала, что подобные решения не только не смогли занять сколько-нибудь заметное место на рынке МИС, но и редко выходили за пределы породившего их учреждения, быстро устаревали, теряли разработчиков, а с ними и базовые знания о принципах работы созданной системы. После чего она не только не может конкурировать на рынке, но становится крайне сложной в сопровождении и поддержке.

Аналогичная судьба может постигнуть и те порталы ЛПУ, которые будут развиваться в отрыве от основных тенденций рынка подобных приложений и сервисов. Возможно, в плане технической сложности порталные решения уступают комплексным МИС, и поэтому их создание «с нуля» будет не таким уж тяжелым бременем, особенно для сетевых клиник. Однако, как было показано выше, портал для пациентов представляет собой своего рода сплав информационной системы, поискового сервиса и средства массовой информации. А развитие таких сложных продуктов под силу только профессиональным коллективам.

Возможно, у кого-то из читателей возникнет вопрос: насколько близки все эти перспективы. На это мы можем ответить, что они не просто близки, а уже входят в повседневную практику. В сентябре 2010 года несколько московских клиник заканчивают тестовую эксплуатацию подобного решения — портала MOBIMED.RU, который является одним из компонентов системы [ТЕЛЕМЕДИАЛОГ](http://TELEMEDIALOG), и переходят к его использованию в режиме промышленной эксплуатации.

**Л.И. ДЕЖУРНЫЙ,**

д.м.н., ведущий научный сотрудник Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, г. Москва, DL@nrfmirl.ru

Г.В. НЕУДАХИН,

научный сотрудник Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, инструктор Европейского совета по реанимации, г. Москва, ahin76@mail.ru

К.И. ЛЫСЕНКО,

канд. псих. наук, начальник Главного клинического госпиталя Министерства внутренних дел Российской Федерации, г. Москва, gkg@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ О ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ

УДК 61:001.92

Дежурный Л.И., Неудухин Г.В., Лысенко К.И. Информация о первой помощи в сети Интернет (ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения)

Аннотация: Оценено качество информации об оказании первой помощи, найденной с помощью поисковых систем Google, Yandex и Rambler с поисковым образом: «первая помощь», «первая медицинская помощь», «доврачебная помощь», «неотложная помощь», «самопомощь», «взаимопомощь», «обеспечение безопасности жизнедеятельности», «оказание первой (медицинской) помощи», «обучение первой помощи», «устройства (оборудование) для оказания первой помощи».

Ключевые слова: поисковые системы, первая медицинская помощь, качество информации

UDK 61:001.92

Dezhurnyi L.I., Neudahin G.V., Lysenko K.I. Information on first aid in the Internet (FSI CSRI organization and Public Health, Moscow)

Abstract: To assess the quality of information on first aid, found with the use of search engines Google, Yandex and Rambler with the search terms: «first aid», «first medical aid», «predoctor care», «emergency», «self-help», «mutual help», «safety of life», «first-aid (medical) assistance», «learning first aid», «the device (equipment) for first aid».

Keywords: search engines, first aid, the quality of information

Подключение к сети Интернет в нашей стране становится все более и более доступным. Результатом этого становится то, что жители России все чаще используют эту сеть для получения необходимой информации. Мы попытались выяснить, насколько полноценной будет информация об оказании первой помощи, найденная с помощью поисковых систем Google, Yandex и Rambler и ключевых слов «первая помощь», «первая медицинская помощь», «доврачебная помощь», «неотложная помощь», «самопомощь», «взаимопомощь», «обеспечение безопасности жизнедеятельности», «оказание первой (медицинской) помощи», «обучение первой помощи», «устройства (оборудование) для оказания первой помощи». Разнообразие ключевых слов было вызвано тем, что основной термин «первая помощь» был нормативно закреплен только в ноябре прошлого года Федеральным законом № 267 от 25.11.2009 «О внесении изменений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здо-



рочья граждан и отдельные законодательные акты Российской Федерации» и до сих пор и в печатной, и в электронной литературе отмечается отсутствие терминологической четкости.

Полученные ссылки, посвященные первой помощи, были объединены в несколько основных групп, а именно:

1. Сайты обучающих центров — Интернет-страницы организаций, ведущих подготовку граждан правилам и навыкам оказания первой помощи. Контингент обучающихся весьма разнообразен: от всех желающих до работников определенных отраслей (сотрудников силовых структур, работников энергетических и нефтегазодобывающих предприятий, представителей транспортных организаций и т.д.). Также в эту группу нами были отнесены и сайты международных общественных организаций, реализующих в ходе своей деятельности в том числе и программы подготовки населения. Следует заметить, что количество и качество информации по первой помощи на данных сайтах различно. Например, страницы КТЦ «Школа Первой Помощи» (<http://www.allsafety.ru/>).

Являются достаточно привлекательным по дизайну и информативности. Помимо рекламной информации (стоимость, даты проведения и виды курсов, фотографии с проведенных занятий), на сайте содержатся краткие сведения о юридических аспектах оказания помощи и возможной ответственности граждан, а также о тех манипуляциях, которые категорически не рекомендуется осуществлять с пострадавшим. Важным является наличие так называемого «Справочника первой помощи», содержащего не только текстовые файлы, но и видеоуроки. Другим примером может стать сайт «Российского Красного Креста» [<http://www.redcross.ru/>], содержащий информацию о том, что указанная организация осуществляет подготовку людей, не имеющих высшего образования по первой помощи, при этом дополнительной информации не имеется. Особую нишу занимает сайт компа-

нии «Гало» [<http://www.galo.ru/>], на стартовой странице которого располагается высказывание «Жизнь каждого человека — это вселенная, потерю которой невозможно восполнить...». При этом содержание самого сайта достаточно малоинформативно и содержит преимущественно пафосные высказывания руководителя и идейного вдохновителя компании о необходимости оказывать первую помощь в соответствии с разработанной им методикой (не утвержденной впрочем соответствующими органами нормативно-правового регулирования и не соответствующей официально утвержденным в Российской Федерации алгоритмам).

2. Сайты производителей и (или) поставщиков обучающего оборудования. К этой категории мы отнесли Интернет-страницы организаций, занимающихся производством и распространением наглядных пособий, используемых в процессе практической и теоретической подготовки по первой помощи: разнообразных видов манекенов-тренажеров для отработки навыков сердечно-легочной реанимации, переноски и манипуляций с пострадавшим, а также комплектов имитаторов повреждений и различной учебно-методической продукции (плакаты, стенды, пособия и т.п.). Соответственно на этих сайтах содержится информация преимущественно о производимой (или реализуемой) ими продукции, например, на страницах российского представительства датской компании «Ambu» [<http://ambu.ru/>], предлагающей оборудование для обучения различным видам помощи. Следует отметить, что в ряде случаев имеются примеры сайтов, совмещающих признаки двух первых категорий. Достаточно информативно насыщен сайт компании «Рипл» [<http://www.reepl.ru/>], содержащий раздел «Обучение медицинским навыкам», в котором содержатся сведения о современных средствах и устройствах, используемых при отработке практических навыков по первой помощи (и при ее оказании). Навигация по сайту



очень удобна, имеется ссылка на обучающий центр (созданный на базе вышеуказанной организации) «Арибрис» [<http://www.aribris.ru/>], проводящий в том числе и курсы по первой помощи. На этом сайте содержится информация о видах курсов, их программе и справочная информация (адреса учебных центров, статьи, нормативные документы).

3. Непрофильные сайты, содержащие отдельные темы, посвященные первой помощи и частично (косвенно) касающиеся ее оказания. К ним можно отнести прежде всего разнообразные форумы. Они могут быть посвящены туризму (например, «Сервер для туристов и путешественников «Скиталец» [<http://www.skitalets.ru/>]), экстремальным видам спорта (дайвингу, сноубордингу и т.п.), оружию (холодному и огнестрельному — например, оружейный портал «Guns.ru» [<http://www.guns.ru/>]), различным единоборствам (одним из примеров является сайт «Fightbox.ru», содержащий информацию о первой помощи при различных травмах). В эту группу также входят сайты, посвященные опасным видам деятельности (например, сайт «Промышленный альпинизм» [<http://www.alpnet.ru/>]).

Сайт «Промышленный альпинизм», информирующий об оказании услуг в этой области, содержит раздел «Медицинская помощь», сайты по охране труда, безопасности жизнедеятельности и т.п. (к примеру, страница ОАО «Межрегиональная распределительная сетевая компания Центра» («Орел-энерго» [<http://orelenergo.mrsk-1.ru/>] содержит памятку по оказанию первой медицинской помощи в экстренных ситуациях), сайты, посвященные подготовке водителей («Автошкола на дому» [<http://www.1pdd.ru/>]). Особенностью этих сайтов является то, что, как правило, на них содержится разрозненная и «разношерстная» информация об оказании первой помощи; в большинстве случаев рекомендации даются людьми, не имеющими соответствующей подготовки, в результате чего ассортимент этих рекомендаций может быть самым разнообраз-

ным — от вполне приемлемых до совершенно неприменимых. К этой же группе сайтов можно отнести Интернет-ресурсы, созданные энтузиастами (зачастую немедиками) — например, сайт «Первая помощь» [<http://pervayapomosch.ru/>] или «Первая помощь.su» [<http://firsthelp.su/>]. Все вышесказанное целиком относится и к этим сайтам. Интересен пример сайтов, посвященных дайвингу — вследствие наличия четкой международной системы подготовки водолазов и требований к ним, на указанных сайтах, как правило, содержится полная и современная информация о методиках оказания первой помощи (правда, с учетом возможных травм ввиду специфики этого вида спорта).

4. Сайты медицинских организаций и электронные медицинские библиотеки. В эту группу были объединены страницы с информацией по первой помощи, создававшиеся силами профессиональных медицинских работников, преподавателей и студентов средних и высших медицинских учебных заведений. Так же, как и предыдущая, эта группа довольно многочисленна, и также разнообразна в отношении объема и порядка оказания первой помощи. Хорошим примером служит сайт службы скорой и неотложной медицинской помощи г. Екатеринбурга [<http://www.03-ektb.ru/>], на страницах которого располагается справочник по первой помощи с иллюстрациями и видеофрагментами. А на сайте «Медуход.ru» [<http://www.meduhod.ru/>] (сайт об уходе за лежачими пациентами, созданный «учредителями училища для подготовки среднего медперсонала») имеется раздел «Первая медицинская помощь», где содержится текстовая информация об отравлениях, кровотечениях, обмороке, ожогах и т.д. Довольно значительное количество информации об оказании первой помощи находится в электронных библиотеках («Большая медицинская библиотека» [<http://med-lib.ru/>], «Медицинская библиотека «Medlib.ws» [<http://medlib.ws/>] и т.п.), энциклопедиях. Однако поиск нужных сведений на этих страницах может быть затруднен ввиду





того, что не везде информация о первой помощи выделена в отдельные ссылки, а может быть рассеяна по другим разделам.

5. Сайты официальных органов здравоохранения различного уровня (таких, как Минздравсоцразвития РФ [<http://www.minzdrav-soc.ru/>], Всемирная организация здравоохранения — Российский офис [<http://www.who.int/ru/>]) также содержат на страницах своих сайтов информацию о первой помощи, однако, как правило, она не выделена в отдельные разделы, что затрудняет ее поиск. Кроме этого, эти сведения в большинстве случаев ограничиваются официальными документами, предназначенными преимущественно для специалистов в области здравоохранения, и могут не иметь непосредственного отношения к участникам оказания первой помощи.

Таким образом, информационный поиск дал следующие результаты:

— поиск необходимых и объективных сведений о первой помощи в сети Интернет может представлять определенные затруднения в силу целого ряда причин (проблемы с терминологией по первой помощи, большое количество «самодеятельных» сайтов и т.п.);

— в настоящее время в русскоязычном Интернет-пространстве отсутствует сайт (или сайты), который содержал бы наиболее полную информацию обо всех аспектах (образо-

вательном, юридическом, материальном и т.д.) первой помощи;

— наличие сайтов, на которых содержатся указания на методики оказания первой помощи, не утвержденные официальными документами, может снижать качество оказания первой помощи.

На наш взгляд, исходя из вышесказанного, необходимо создать отечественный сайт (портал), который был бы посвящен экономическим, юридическим, образовательным, материальным и прочим аспектам оказания первой помощи. При этом необходимо, чтобы в целевую аудиторию этого сайта входило максимально возможное количество участников оказания первой помощи. Для увеличения степени объективности содержащейся на нем информации создаваемый сайт должен иметь официальный статус и быть информационным представительством в сети Интернет органа, осуществляющего нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. На наш взгляд, это мероприятие повысило бы информированность участников оказания первой помощи, позволило бы по принципу «обратной связи» оперативно реагировать на замечания и предложения целевой аудитории и в конечном итоге могло бы повысить частоту и качество оказания первой помощи.

Полезная ссылка

НАЧАЛ РАБОТУ ОБНОВЛЕННЫЙ САЙТ СЛУЖБЫ КРОВИ – WWW.YADONOR.RU

Новый сайт — это расширенная информационная база для всех участников донорского движения: доноров, волонтеров, НКО, предприятий и компаний, общественных советов, журналистов, содержащая полезную информацию и материалы для работы, проведения мероприятий. С помощью интерактивной карты можно узнать о последних событиях в выбранном регионе, новостях Службы крови, численности доноров и зарегистрированных участников донорского движения и, конечно, адреса и контакты ближайших станций переливания крови. Для тех, кто впервые готовится стать донором, на сайте есть подробная информация о том, как подготовиться к кроводаче, а также специальный сервис «Анкета донора», с помощью которой можно проверить свое здоровье и возможность стать донором. По просьбам родителей, на сайте появился специальный раздел для самых маленьких — «Детям о донорстве».

С целью повышения сервиса обслуживания модернизирована единая горячая телефонная линия донорства крови и ее компонентов: 8-800-333-33-30.

**В.А. АРИСТОВ,**

заместитель директора по информатизации Государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения Хабаровского края

ВОЗМОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НА ПУТЯХ ШИРОКОМАСШТАБНОЙ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Практически ежегодно Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации издает приказы о номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием, где четко прописывает, какие должности может занимать медицинский работник.

Все остальные работники медицинской отрасли относятся к группе «прочие» (форма 30). Очевидно, что врач является врачом, когда у него есть больной. А чем занимается врач без больного? Он занимает руководящие или инженерные должности, в том числе по строительству, по оборудованию, по компьютерным технологиям, компьютерной безопасности и т.д., должности менеджеров по кадрам, маркетологов, логистиков и т.д.

При этом приказов о такой номенклатуре Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации не издает. Невозможно представить инженера, который побывав на двухнедельных курсах, идет работать практическим хирургом, равно как невозможно представить, что врач после двухнедельных курсов становится заместителем директора по ИТ-технологиям и защите информации.

Куда делись квалификационные требования к техническим специальностям?

Практика отношения к неврачебным (не поворачивается язык называть «прочими») специальностям как к второстепенным и малозначимым прочно закрепившаяся в системе здравоохранения, что иллюстрирует уровень оплаты труда таких специалистов (таблица 1.)

Обращает на себя внимание тот факт, что специалисты с высшим инженерным образованием в ряду зарплат расположились между медицинским регистратором и санитаркой, а специалисты со средним техническим образованием — еще ниже. На должностях медицинского регистратора и санитаря, как правило, работают люди, вообще не имеющие специального образования (рис. 1).

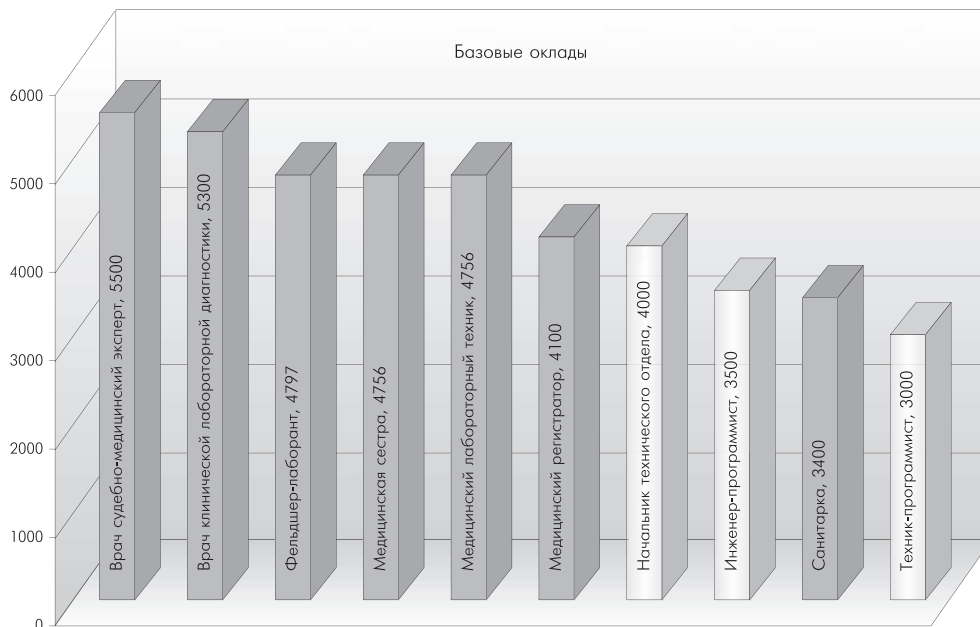


Рис. 1.
Базовые оклады неврачебных специальностей

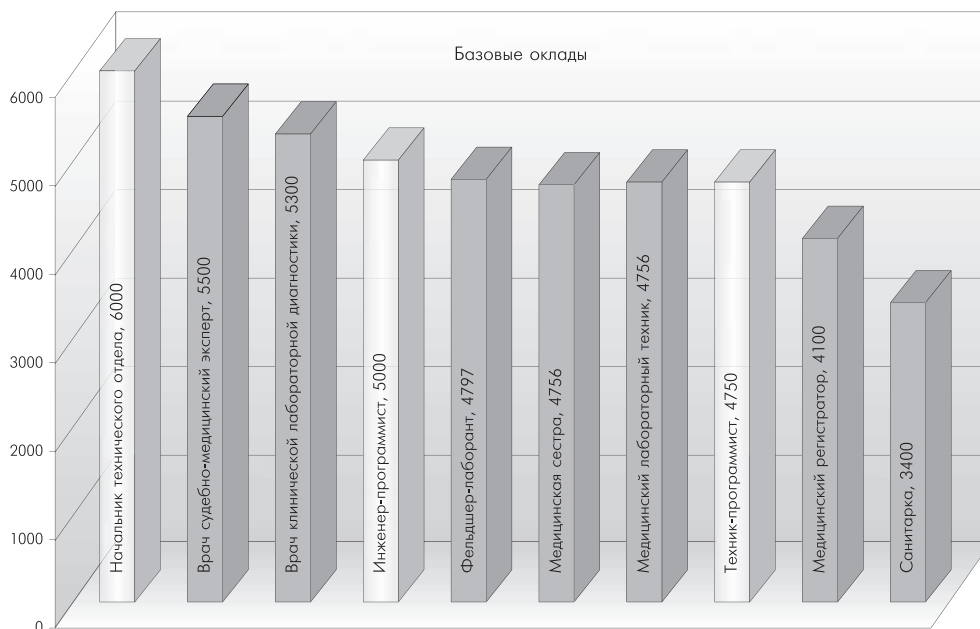


Рис. 2.
Предлагаемое соотношение базовых окладов неврачебных специальностей

Примечательно, что врач на должности инженера получает значительно больше инженера на той же должности. В муниципальном здравоохранении базовые оклады еще ниже.

Более разумным представляется соотношение базовых окладов, представленное на

рис. 2. Любая система, в том числе информационная, начинается с профессионализма людей. Сделать немедицинские специальности привлекательными для специалистов с соответствующим образованием, с нашей точки зрения, позволило бы частично решить кадровую проблему. При этом высвободится



Таблица 1

Уровень оплаты труда специалистов «прочих» специальностей

№	Должность	Оплата труда (оклад)	+%	РК+ДВ	ВСЕГО	Наименование ЛПУ	Источник информации
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Врач-судебно-медицинский эксперт	5500	60	3300	8800	ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»	http://www.zdrav.khv.ru/node/202
2	Врач клинической лабораторной диагностики	5300	60	3180	8480	ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер»	http://www.zdrav.khv.ru/node/212
3	Фельдшер-лаборант	4797	60	2878,20	7675,2	ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер»	http://www.zdrav.khv.ru/node/212
4	Медицинская сестра	4756	60	2853,60	7609,6	ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер»	http://www.zdrav.khv.ru/node/212
5	Медицинский лабораторный техник	4756	60	2853,60	7610	ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»	http://www.zdrav.khv.ru/node/202
6	Медицинский регистратор	4100	60	2460	6560	ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы»	http://www.zdrav.khv.ru/node/202
7	Начальник технического отдела	4000	60	2400	6400	ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»	http://www.zdrav.khv.ru/node/221
8	Инженер-программист	3500	60	2100	5600	ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»	http://www.zdrav.khv.ru/node/221
9	Санитарка	3400	60	2040	5440	ГУЗ «Краевой кожно-венерологический диспансер»	http://www.zdrav.khv.ru/node/212
10	Техник-программист	3000	60	1800	4800	ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»	http://www.zdrav.khv.ru/node/221

значительная доля медицинских работников с немедицинских должностей с последующим вовлечением их в лечебно-диагностический процесс, а на немедицинские специальности в системе здравоохранения придут технические специалисты, что повысит качество самого здравоохранения.

Очень хотелось бы, чтобы Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации в период модернизации здравоохранения и перехода к широкомасштабной информатизации здравоохранения обратило внимание на эти кадровые особенности отрасли.



КТО ПОМОЖЕТ ПАЦИЕНТУ ВЫБРАТЬ ВРАЧА, ЛПУ, СТРАХОВУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ?

В отрасли начат новый этап системных преобразований, направленных на модернизацию здравоохранения, повышение доступности медицинской помощи и эффективности работы лечебно-профилактических учреждений...

8 июля прошел первое чтение в Госдуме законопроект «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Центральным элементом системы ОМС становится человек, гражданин. Он сам будет выбирать страховую медицинскую организацию, лечебное учреждение и врача, сможет получать медицинскую помощь в любой медицинской организации, работающей в системе ОМС. Одним из важных новшеств законопроекта является создание конкурентной среды между медицинскими организациями. Создаются равные условия для медицинских организаций любых организационно-правовых форм и любой формы собственности, а также частно-практикующих врачей.

Однако по сей день нет ответа на целый ряд вопросов, касающихся механизма реализации выбора пациентом врача, ЛПУ, страховой организации. А ведь без ответа на эти вопросы предлагаемое гражданину право выбора может стать декларативным...

Одной из важнейших проблем формализации и организации процесса выбора является отсутствие удобных, простых, профессиональных, заслуживающих доверия информационных ресурсов, позволяющих на основании полной и достоверной информации принимать осознанные решения. Сегодня гость нашей рубрики — д.т.н, профессор Юрий Харитонов, создатель такого ресурса. Он отвечает на вопросы шеф-редактора журнала Наталии Кураковой о функциональных возможностях и принципах использования новой информационной системы...

Наталия Куракова: Юрий Сергеевич! Как получилось так, что сроки создания Вашего информационного ресурса синхронизировались с ожидаемыми сроками принятия закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»? Вы выступили провидцем системы запросов пациентов, медицинских организаций, подготовив им «рояль в кустах».



Юрий Харитонов: Я не обладаю даром провидца... Просто потребность в едином источнике квалифицированной информации о медицинских организациях и их услугах созрела уже достаточно давно.

Судите сами.

Так же, как любой человек, по меньшей мере раз в месяц я вынужден отвечать на свои собственные вопросы или вопросы своих близких: «Куда, к кому пойти лечиться, чтобы решить возникшие проблемы со здоровьем? Как выбрать для своих нужд медицинскую организацию? Как получить достоверную информацию о реальных возможностях и ресурсах того или иного ЛПУ? Можно ли получить бесплатную медицинскую помощь в этом медицинском учреждении, какие направления и документы для этого нужны? В каком случае я могу рассчитывать лишь на платные медицинские услуги? Какой суммой денег мне необходимо располагать?» и т.п.

При этом меня так же, как и всех нас, волнует репутация медицинской организации и отдельных врачей.

А кто из нас не был растерян при возникновении «нештатных» ситуаций со здоровьем? Как действовать и куда обращаться в неотложных ситуациях?

Как мы убедились, «копаться» в Интернете сегодня можно бесконечно, сайтов тысячи, но найти ответы, а тем более получить квалифицированную «подсказку» для выбора ЛПУ в соответствии со своими личными потребностями невозможно.

Дальше — больше. Оказалось, что подобные проблемы есть не только у физических лиц, но практически у всех, кто связан с выбором места и специалистов для оказания медицинской помощи тем или иным группам граждан.

Обратите внимание, когда необходима реальная помощь или совет, то становится неважной форма собственности ЛПУ — государственная, ведомственная или частная.

Главное — это возможность оперативно получить необходимую и достаточную информацию для решения проблем здоровья.

Поэтому наша цель — удовлетворение необеспеченного спроса рынка потребления медицинских услуг в полной, объективной, профессионально структурированной информации об услугах, предоставляемых медицинскими учреждениями вне зависимости от их форм собственности, медицинского профиля и объема предоставляемых услуг.

В этом ключевая особенность нашего проекта.

При этом для нас было принципиально важно не просто собрать и обобщить подробную и глубокую информацию об ЛПУ и представить ее пользователям, но создать систему квалифицированного поиска ЛПУ, отвечающих максимально большой совокупности критериев, интересующих ту или иную целевую группу пользователей.

Вот такую информационную систему мы и создали.

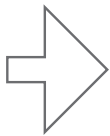
Согласитесь, чтобы почувствовать необходимость в таком централизованном информационном ресурсе, провидцем быть необязательно.

Но я счастлив, что завершение основных работ по его созданию совпало с такими коренными преобразованиями в сфере здравоохранения, как принятие закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федерального закона № 83-ФЗ от 8 мая 2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».





Н.К.: Кто целевая аудитория портала, какие информационные запросы и какие групп пользователей моделировались Вами при проектировании функционала портала?



Ю.Х.: Как я уже говорил, нашей целью является создание централизованного информационного ресурса, ориентированного на рынок потребления медицинских услуг и консолидирующего интересы всех без исключения участников этого рынка.

Проект построен на основе системного подхода, адекватного масштабу проблемы и позволяющего учесть требования, предъявляемые различными категориями потребителей к качеству, объему и достоверности информации.

Мы видим несколько основных целевых групп пользователей ресурса.

Прежде всего это обычные люди — физические лица, которых интересует информация о ЛПУ и возможность их поиска для решения личных проблем здоровья либо проблем здоровья своих родных и близких.

Заметьте — такая потребность есть у граждан всех социальных категорий вне зависимости от уровня их достатка и социального положения.

Вторая группа заинтересованных пользователей — медицинские организации и медицинские работники: практикующие специалисты, организаторы здравоохранения.

Для медицинских организаций включение в Единую информационную базу данных ЛПУ (которая является основополагающей частью нашей системы), по существу, является пропуском в гигантский рынок потребления медицинских услуг.

Для медицинских работников наша система — это возможность выбора для своих пациентов тех медицинских организаций, в которых есть необходимые для пациента технологии и специалисты, отсутствующие в данной медицинской организации.

Безусловно, наш ресурс интересен страховым компаниям, работающим по программам ДМС.

Мы имеем многолетний опыт сотрудничества с крупнейшими страховыми компаниями и твердо знаем, что, например, в Москве все страховщики сотрудничают по программам ДМС фактически с одним и тем же весьма ограниченным числом ЛПУ.

Причина тому — недостаток информации о ЛПУ, их реальном состоянии и возможностях.

Наконец, наши информационные ресурсы очень важны для предприятий, осуществляющих выбор медицинских организаций для обеспечения охраны здоровья работников. Теперь, после принятия поправок к ст. 255 НК РФ, позволяющих работодателю напрямую в счет себестоимости заключать договоры с ЛПУ, наличие нашего информационного ресурса становится для предприятий особенно актуальным.

Если учесть, что наша система, помимо предоставления исчерпывающей информации о ЛПУ, помогает любому пользователю осуществить поиск и принять осознанные решения о выборе места лечения, то становится очевидной востребованность в таком ресурсе всех целевых потребительских групп.

Н.К.: Вы говорите о беспрецедентном объеме информации о каждом ЛПУ, которая используется в системе и на основании которой могут приниматься решения. Что это за информация, что лежит в ее основе?



Ю.Х.: Информация — безусловно, важнейший момент. Здесь мы опирались на наш многолетний опыт создания единой вертикально интегрированной информационной системы санаторно-курортного лечения.

Очевидно, что в основу таких проектов должна быть заложена Единая информационная база данных, основанная на унифицированном носителе информации.

А так как все наши разработки, выполняемые в рамках корпоративного проекта «Панацея»[®], ориентированы на потребителей медицинских услуг и прежде всего на интересы каждого человека, то такая информация о лечебном учреждении должна не только содержать полную, объективную и достоверную информацию об объекте, но должна быть достаточной для принятия квалифицированных решений по выбору места лечения.

Для системы санаторно-курортного лечения (портал «Курорт-Информ») таким носителем стал запатентованный «Паспорт санаторно-курортной организации (учреждения)»[®], содержащий более 2500 информационных параметров. На основе этого «Паспорта...» мы уже много лет ведем Единую базу данных санаторно-курортных организаций страны.

Для создания Единой информационной системы ЛПУ в 2007 г. мы разработали и запатентовали «Паспорт лечебно-профилактического учреждения (организации)»[®] (более 30 000 информационных параметров), объединяющий и структурирующий практически всю информацию о медицинской организации, ее возможностях, структуре, медицинских услугах, оснащении, персонале и пр.

«Паспорт ЛПУ» был одобрен Минздравсоцразвития РФ в качестве унифицированного носителя информации для решения комплекса задач, ориентированных на потребителей медицинских услуг. На основе этого «Паспорта...» мы осуществляем сбор информации (паспортизацию ЛПУ) и ведем Единую информационную базу данных медицинских организаций.

Н.К.: Насколько трудоемок процесс паспортизации для ЛПУ?



Ю.Х.: Нам удалось сделать так, чтобы процесс паспортизации стал практически «безболезненным» для ЛПУ с точки зрения затрат сил и времени, несмотря на огромный объем собираемой информации.

Для этого нами разработаны и апробированы специальные методики и технологии. И это тоже наше «ноу-хау».

Н.К.: Это уже Ваш второй системный проект в области медицинских услуг. Первым был портал «Курорт-Информ» в рамках проекта «Панацея». По существу, Вы создали не просто источник информации о санаторно-курортных организациях, но и автоматизированную экспертную систему, позволяющую осуществлять в режиме реального времени квалифицированный отбор на санаторный этап лечения, выявлять обоснованные по медицинским показаниям ограничения и рекомендации для конкретного пациента и даже давать обоснованный отказ в санаторном лечении. Это — несомненная «история успеха» инвестиционного проекта с огромным социальным потенциалом. Каков сегодняшний статус «Курорт-Информа»?





Ю.Х.: Сегодня это не просто востребованный информационный ресурс, во многом определяющий эффективность санаторно-курортного сектора здравоохранения.

Эволюция нашей методической и технологической базы, Экспертной системы «Курорт-Информ»[®] (имеющей, кстати, статус медицинской техники) привела нас к удивительным «сверхэффектам».

Например. При проведении он-лайн-консультации для конкретного пациента с использованием экспертной системы мы «автоматически» получаем полную картину его текущего состояния здоровья, в том числе полный спектр заболеваний, по каждому из заболеваний — форму, фазу, стадию, характер течения и пр.

Причем наша система сама задает удаленному пользователю вопросы и ему остается лишь ставить «галочки» в нужном месте.

Согласитесь, именно такая информация о состоянии здоровья, а не мифический «персонифицированный учет оказанной медицинской помощи» определяет возможность и необходимость оказания медицинской помощи конкретному пациенту в каком бы месте он не находился. Сбор такой информации о состоянии здоровья по значительной группе людей практически является мониторингом состояния здоровья той или иной популяции, например, населения региона.

А анализ полученной информации дает реальную картину для организации здравоохранения, в том числе, в части потребности в медицинских организациях, специалистах, технологиях и т.п.

Другой пример. Изучив действующее законодательство, нормативные акты, приказы и пр., мы создали всю необходимую методическую базу, систему документооборота и отчетности, которая позволяет решить налоговые проблемы при получении санаторно-курортного лечения. Результат: санаторно-курортное лечение работников предприятий при применении наших методик и технологий может быть отнесено на себестоимость и не подлежит налогообложению. Следствие — эффективно решена одна из важнейших задач оздоровления работающего населения.

Поверьте, подобных примеров применения наших разработок я могу привести еще много. По существу, нами реализован системный подход к формированию и управлению ресурсами санаторно-курортного лечения как неотъемлемой части медицинской помощи, создана научная, методическая и технологическая основа для создания единого национального рынка санаторно-курортного лечения.

Подчеркиваю, речь идет о санаторно-курортном лечении как комплексной медицинской услуге, включающей лечение, проживание и питание. При этом и процесс отбора на лечение и собственно лечение в санатории являются квалифицированными медицинскими услугами.

Это я специально говорю для функционеров от туризма и некоторых страховщиков, которые ратуют за признание санаторно-курортной путевки медицинской услугой. Такое было бы равносильно, например, признанию медицинской услугой талона на посещение врача.

Не надо также забывать, что любой санаторий по определению является медицинской организацией, и, следовательно, портал «Курорт-Информ» становится органичной составляющей информационной системы ЛПУ.

К слову, на наш ресурс в Интернете в ближайшее время можно будет попасть по нескольким адресам: www.panacea.ru, www.istmed.ru, www.lpuinform.ru.



Н.К.: Запуск Вашего нового проекта совпал с еще одним знаменательным начинанием в отрасли — с реализацией региональных программ модернизации здравоохранения. Ее целью, по словам В.В. Путина, является «не сплошной ремонт всего хозяйства», а создание «оптимальной системы организации здравоохранения». С этой точки зрения, созданная Вами информационная система, защищенный патентом «Паспорт ЛПУ», подобно Вашей системе организации санаторно-курортного лечения, являются не сметой для «сплошного ремонта», а именно системой оптимизации мощностей здравоохранения. За счет чего эта оптимизация будет достигаться?



Ю.Х.: Действительно, сегодня Минздравсоцразвития начал важнейший проект по инвентаризации материально-технической базы российского здравоохранения, состояние которой правильнее определить как критическое.

Однако следует понимать, что Министерство собирает исключительно корпоративную информацию, к которой будет иметь доступ ограниченное число лиц, принимающих решения федерального уровня управления.

Премьер же делает акцент на оптимизации системы организации здравоохранения, системы оказания медицинской помощи на уровне регионов.

И вот здесь, именно в регионах, наши программы, технологии, разработки наиболее эффективны и востребованы, так как мы изначально основываемся на системном подходе и создаем вертикально интегрированные информационные ресурсы.

Сегодня мы обладаем необходимым потенциалом, реальными высокотехнологичными действующими ресурсами, готовыми к внедрению и адаптации к условиям конкретных регионов.

Н.К.: Премьер-министр возложил на губернаторов персональную ответственность за модернизацию здравоохранения. В этой связи рассчитываете ли Вы на поддержку своего проекта со стороны региональных властей? Ведь для наполнения ресурса такая поддержка не только желательна, но и необходима?



Ю.Х.: До 10 октября все регионы должны подать свои программы модернизации. Мы видим пути эффективной интеграции созданных нами ресурсов в алгоритмы таких программ. Наша информационная система создает информационные, технологические и методические условия для эффективного развития системы оказания медицинских услуг, способна обеспечить оперативное взаимодействие между поставщиками и потребителями, информационную достаточность процессов предоставления медицинских услуг.

Это — прекрасный формат для государственно-частного партнерства, который может способствовать формированию конкурентной среды в здравоохранении, созданию равных условий для организаций здравоохранения с различными формами собственности, развитию института медицинского страхования и многому другому.

Поэтому мы надеемся на конструктивное и взаимовыгодное сотрудничество с руководителями регионального здравоохранения.

Ведь у нас единая цель — сделать систему здравоохранения эффективной, а медицинскую помощь доступной.



СОСТОЯЛОСЬ ЗАСЕДАНИЕ ПРЕЗИДИУМА СОВЕТА ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИИ ПО РАЗВИТИЮ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЩЕСТВА

Виюня 2010 года состоялось заседание президиума Совета при Президенте России по развитию информационного общества, посвященное вопросам развития информационной инфраструктуры органов внутренних дел, использования ИКТ в здравоохранении и образовании. Среди основных вопросов повестки дня рассматривался вопрос «О создании единой государственной информационной системы в здравоохранении».

ПРОШЕЛ VII ТВЕРСКОЙ СОЦИАЛЬНО ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФОРУМ «ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЩЕСТВО»

ВТвери 8–9 июля 2010 г. прошел VII Тверской социально экономический форум «Информационное общество», который планировался как крупнейшая в стране площадка для обсуждения текущего состояния и планов развития информационного общества и формирования электронного правительства в Российской Федерации.

Программа Форума включила в себя два пленарных заседания, а также работу шестнадцати тематических секций. Основное место в программе Форума заняло заседание Совета по развитию информационного общества в России, на котором Президент РФ Дмитрий Медведев выразил озабоченность невысокими темпами внедрения электронных услуг в сферу здравоохранения. Напомнив о своем поручении развивать электронные услуги в здравоохранении, данном два года назад, Президент подчеркнул, что «документы по внедрению электронных услуг в сферу здравоохранения не согласованы, реализация проектов задерживается. Нужно дать объяснение», — заявил Д. Медведев.

Среди непроработанных проблем в области информатизации здравоохранения Д. Медведев назвал введение электронной записи к врачу, внедрение телемедицинских услуг в труднодоступных районах и «оснащение и диспетчеризацию станций скорой помощи, в том числе системами ГЛОНАСС».

Министр здравоохранения и социального развития Татьяна Голикова ответила, что концепция информатизации здравоохранения разработана, документ одобрен и разослан на согласование в заинтересованные федеральные органы. По словам Министра, возможность реализации концепции информатизации здравоохранения появится только с 1 января 2011 года, и ориентировочная сумма затрат на эти цели на 2011–2012 гг. составит 24 млрд. руб.

Среди приоритетных направлений внедрения ИКТ Татьяна Голикова назвала создание информационной системы персонализированного учета оказания медицинской помощи гражданам; развитие информационно-аналитических систем, в том числе электронной медицинской библиотеки, портала главных специалистов и социальной сети медицинских работников, экспертных систем, развитие технологий персонального мониторинга здоровья.



Говоря о сегодняшних достижениях, Министр рассказала о том, как ИТ помогают в реализации проекта по здоровому образу жизни. По ее словам, открытый 1 декабря 2009 года портал takzdorovo.ru. уже посетили 1 млн. 766 тыс. человек, 30 943 из них зарегистрировались в его социальной сети, а после того, как 31 мая 2010 г. на портале прошла акция «Бросай курить навсегда», «более 9 тысяч человек реально бросили курить. Они сегодня общаются в этой информационной сети. И на данный момент это сейчас самое большое активное Интернет-сообщество бросивших курить».

В продолжение темы о внедрении электронной записи к врачу Мэр Москвы Юрий Лужков высказал мнение, что это не очень сложная задача, и если бы решение было принято на государственном уровне, то все регионы смогли бы решить ее до середины 2011 г. По его мнению, более актуальным и сложным является переход на ведение электронной истории болезни. По оценкам московского Мэра, стоимость 1 рабочего места при реализации такого проекта может составить 60 тыс. руб.

Татьяна Голикова заявила, что «На одно медучреждение в России приходится в среднем 37 компьютеров, а на одно автоматизированное рабочее место приходится 5 медработников при норме 1,7–2,5. ПО касается в основном бухучета, системы отчетности, обмена информацией с другими учреждениями, и только 20% медучреждений имеют медицинские информационные системы».

В качестве промежуточного решения Президент предложил ввести в пилотном режиме электронные регистратуры в поликлиниках и медцентрах «наиболее продвинутых регионов», таких как Москва, Татарстан, Пермь и Башкирия. По словам выступавшей на Совете Главы Минздравсоцразвития РФ Татьяны Голиковой, систему электронной записи к врачу планируется внедрить по всей стране в 2012 году, а электронные паспорта медучреждений — в 2011 году.

Вторым направлением в работе Форума стало проведение тематических секций, где участники обсудили основные направления развития информационного общества в России, в том числе ведущей темой стало развитие и использование ИКТ в системе здравоохранения Российской Федерации. В этом году с докладами приняли участие Сергей Собянин, руководитель Аппарата Правительства РФ; Сергей Нарышкин, Глава Администрации Президента РФ; Леонид Рейман, советник Президента РФ; Игорь Щеголев, Министр связи и массовых коммуникаций РФ; Сергей Степашин, руководитель Счетной палаты РФ; Анна Попова, заместитель Министра экономического развития РФ; Дмитрий Зеленин, Губернатор Тверской области, президент Ассоциации менеджеров; Илья Пономарев, председатель подкомитета по технологическому развитию Комитета по информационной политике, информационным технологиям и связи Государственной Думы РФ.

Наконец, третьим направлением работы стала выставка, которая продемонстрировала некоторые инновационные решения в сфере ИКТ и объединила в своей экспозиции разработки и образцы реализации проектов в области информационных технологий. В сфере здравоохранения для участия в работе выставки были приглашены ведущие разработчики медицинских информационных систем. Так, в работе выставки приняла участие компания «Пост Модерн Текнолоджи» (Москва), представила свои новые решения для здравоохранения — систему ТЕЛЕМЕДИАЛОГ и сервис MOBIMED.RU. На выставочном стенде компании проводилась демонстрация возможностей МИС МЕДИАЛОГ, были представлены информационные материалы





о проектах внедрения МИС МЕДИАЛОГ в клиниках с разными формами собственности и специализацией. Компания «Комплексные медицинские информационные системы» (Республика Карелия) представила 2 свои основные разработки: «Карельскую медицинскую информационную систему» и «Электронную регистратуру». При этом на стенде компании в режиме реального времени демонстрировался проект внедрения «Электронной регистратуры» в Кировской области.

Стоит отметить, что Президент был настолько разочарован низкой активностью чиновников в использовании ИКТ в социальной сфере и в работе органов госвласти, что даже отказался посетить выставку, ограничившись лишь участием в работе Совета, хотя на многих стендах разработчики ждали шанса продемонстрировать свои достижения Главе государства. Вместе с этим Тверской форум достаточно быстро стал действительно центральной площадкой, где собираются как ведущие руководители страны, так и в массовом порядке представители регионов. В выставке принимают участие действительно инновационные решения, а из пленарных докладов, как из «первых уст», можно узнать те основные векторы развития информационного общества, которые планирует реализовывать Правительство.

*По материалам: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2010/07/08/ehealth/>,
<http://www.cnews.ru/news/top/index.shtml?2010/07/08/399902>,
<http://www.cnews.ru/reviews/index.shtml?2010/07/21/402025>,
http://www.pmtch.ru/?tree_id=22&qid=626,
<http://www.kmis.ru/site.nsf/pages/14.07.2010.htm>,
<http://www.tver-forum.ru/>, <http://президент.рф/transcripts/8296>*

Подготовил Александр Гусев

.....
ПРЕЗИДЕНТ РОССИИ ДМИТРИЙ МЕДВЕДЕВ ПОРУЧИЛ ПРАВИТЕЛЬСТВУ И ГЛАВАМ РЕГИОНОВ СТРАНЫ ОБЕСПЕЧИТЬ СОВРЕМЕННЫМИ ИНФОРМАЦИОННЫМИ СИСТЕМАМИ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КУЛЬТУРЫ, В ТОМ ЧИСЛЕ ШКОЛЫ, БОЛЬНИЦЫ И БИБЛИОТЕКИ

Как сообщила пресс-служба Кремля, 26 августа Глава государства дал ряд поручений по итогам заседания Совета при Президенте по развитию информационного общества в Российской Федерации от 8 июля 2010 года.

К 31 декабря 2012 года Правительство совместно с высшими органами исполнительной власти субъектов РФ должно «обеспечить создание и внедрение в деятельность учреждений здравоохранения медицинских информационно-справочных систем, в том числе в целях ведения электронной истории болезни, автоматизации работы регистратур и приемных отделений, включая использование систем записи на прием к врачу через Интернет; телемедицинских технологий; системы непрерывного дистанционного обучения врачей».

К 1 декабря 2012 года им предстоит «обеспечить оснащение станций и центров скорой медицинской помощи современными автоматизированными системами обмена информацией, обработки вызовов и управления мобильными бригадами скорой медицинской помощи с использованием аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС».

Источник: АМИ-ТАСС



СТАРТОВАЛ СПЕЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕРНЕТ-ПРОЕКТ МИНЗДРАВ-СОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ «КУЛЬТУРА ТЕЛА»

Запущен специальный Интернет-проект (www.takzdorovo.ru/kulturatela) о культуре тела на портале www.takzdorovo.ru. На промостранице можно пройти разработанные врачами-экспертами Минздравсоцразвития России диагностические тесты, которые помогут определить состояние здоровья, изучить материалы о здоровье внутренних органов, получить советы от ведущих специалистов и поделиться своими советами ведения здорового образа жизни с пользователями портала.

Стартовала кампания, направленная на изменение отношения граждан к своему телу, образу жизни в целом, призывающая обратиться за профессиональной бесплатной консультацией в Центры здоровья. Программа является частью комплексной кампании «Здоровая Россия», которую проводит Министерство в направлении формирования приоритетов здорового образа жизни.

Здоровье человека — это прежде всего здоровье его внутренних органов. Именно поэтому в коммуникации выделены пять ключевых органов человека, заслуживающие наибольшего внимания, — это легкие, позвоночник, суставы, печень и сосуды. Чтобы проводить своевременную диагностику состояния своего здоровья, любой гражданин России может обратиться в бесплатные государственные центры здоровья, открытые по всей России, и получить индивидуальные рекомендации по ведению здорового образа жизни.

Кампания состоит из серии телевизионных роликов, серии анимационных роликов, поддерживается на радио и в сети Интернет. На телевидении ролики выходят с общим слоганом: «Если твое тело не нужно тебе, оно не нужно никому», поддерживая идею ответственности человека за свое здоровье. В сети Интернет запущена кампания из серии Интернет-баннеров, ведущих на промостраницу о культуре тела портала о здоровом образе жизни www.takzdorovo.ru. На промостранице www.takzdorovo.ru/kulturatela можно пройти разработанные врачами-экспертами Минздравсоцразвития России диагностические тесты, которые помогут определить состояние здоровья, изучить материалы о здоровье внутренних органов и поделиться советом ведения здорового образа жизни с пользователями портала. Для сети Интернет были специально разработаны анимационные ролики, призывающие заботиться о своем здоровье не меньше, чем о своей внешности.

Все материалы по коммуникационной кампании «Культура тела», включая примеры наружной рекламы, телевизионные и анимационные ролики, можно посмотреть и скачать по ссылке <http://www.takzdorovo.ru/kulturatela>. Они не только будут отлично смотреться в офисе компании, создавая хорошее настроение всем сотрудникам, но и смогут разнообразить персональный или корпоративный блог.

Источник:
сайт Минздравсоцразвития
России





С 2015 ГОДА НАЧНЕТСЯ ЭТАП РАБОТЫ ЛПУ В РЕЖИМЕ ПОЛНОЙ ИНФОРМАТИЗАЦИИ

В рамках VI Всероссийского форума «Здоровье нации — основа процветания России» 16 сентября с.г. состоялась презентация «Компьютерные и информационные технологии в здравоохранении».

Директор Департамента информатизации Минздравсоцразвития Олег Симаков напомнил участникам презентации, что в рамках масштабной модернизации здравоохранения Правительство РФ выделяет на информатизацию 24 млрд. рублей, которые будут потрачены «в течение двух лет в регионах». «Нужно потратить их так, чтобы потом не было мучительно больно», — добавил директор Департамента.

«Тем, кто помнит мои выступления в течение последних двух лет, хочу подчеркнуть, что, если раньше я говорил о планах, теперь я говорю о результате. Например, при заполнении паспорта ЛПУ были учтены претензии, что плохо ведутся классификаторы. В ответ на это мы разработали единую систему классификаторов отрасли. Концепция информатизации здравоохранения — это не застывший документ, а живой инструмент, который должен все время совершенствоваться».

Постановление Правительства РФ от 2 августа 2010 г. № 591г «О порядке использования в 2010 году бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение создания информационной системы в здравоохранении» (вместе с «Положением об использовании в 2010 году бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение создания информационной системы в здравоохранении») (см. рубрику «Актуальные нормативные документы») дало нам старт для пилотного проекта. Сейчас проходит этап апробации, который будет продолжаться до июля 2011 года, второй этап пройдет в 2011–2012 годах, в ходе него должна быть собрана информация со всех лечебных учреждений России. В частности, это создание электронных медицинских карт и организация процессов удаленной записи на прием к врачу.

В настоящее время мы готовим первую редакцию электронной медицинской карты (ЭМК). Честно скажу, что процесс идет тяжело, но в самое ближайшее время мы определим МИС-победителей, на основе решений которых такая карта будет создана», — сказал О. Симаков. «Другой вопрос, что даже те системы, которые не попадут в победители конкурса, будут иметь право на существование при соблюдении двух условий: использование единых классификаторов и ЭМК. То есть большую часть разработанных в России МИС легко можно доработать с учетом наших требований. И тогда, имея паспорт ЛПУ, реестр медперсонала и ЭМК, фактически мы подойдем к переходу от отчетности к аналитике. Заведующий отделением должен заниматься управлением, а не оформлением и подготовкой документов».

Следующий этап представляет собой наполнение электронных медицинских карт. И ведение полноценных паспортов ЛПУ пройдет в период с 2012 по 2015 годы. С 2015 года начнется этап полноценной работы ЛПУ в режиме полной информатизации. Такие у нас планы в части информатизации здравоохранения до 2020 года».

По словам О. Симакова, стоимость одной информационной системы одного лечебного учреждения составит 3–3,5 млн. рублей.

Источник: Собст. корр. «МЗ»



ОТВЕТЫ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ НА ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С РАЗРАБОТКОЙ РЕГИОНАМИ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УЧЕТА В НИХ ЗАДАЧИ ВНЕДРЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

ОТ РЕДАКЦИИ:

Минздравсоцразвития РФ продолжает развивать направление региональных программ модернизации учреждений здравоохранения. На специальном разделе сайта Министерства «Региональные программы модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы» (<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/med-ins/5>) опубликован документ «Ответы на вопросы, поступившие из субъектов РФ по формированию программы модернизации здравоохранения в субъекте РФ на 2011–2012 годы». В нем, в частности, даны некоторые ответы на общие вопросы, связанные с реализацией задачи информатизации учреждений здравоохранения.

Возможно ли предусмотреть централизованную разработку программного обеспечения для учреждений здравоохранения, в том числе для регистратур, службы скорой помощи и т.д.?



В рамках создания информационной системы в здравоохранении в 2010 году за счет соответствующих средств федерального бюджета планируется разработать типовые программно-технические решения системы, а также провести их пилотную апробацию. Предполагается, что с помощью данных решений будут в том числе реализованы сервисы удаленной записи к врачу, персонифицированного учета медицинской помощи и ведения электронной медицинской карты гражданина. По результатам пилотной апробации все разработанные программные средства будут размещены в фонде алгоритмов и программ Минздравсоцразвития России. Также будет организована возможность их использования медицинскими организациями.

Как будут осуществляться разработка и поставка типового программного обеспечения по основным направлениям деятельности? В какие сроки и на каких условиях? Как будет осуществляться поставка соответствующих средств вычислительной техники для работы с электронными картами?





Разработка типового программного обеспечения будет осуществляться централизованно за счет средств федерального бюджета. По результатам пилотной апробации, типовые программные решения будут размещены в фонде алгоритмов и программ Минздравсоцразвития России. Кроме того, будут сформированы требования к программным решениям. В дальнейшем медицинские организации смогут бесплатно брать и внедрять программные продукты, размещенные в фонде алгоритмов и программ Министерства, либо в случае необходимости дорабатывать уже используемые программные продукты с учетом требований.

Что касается вычислительной техники, необходимой для работы с электронными картами, нужно отметить следующее. В текущем году в рамках реализации пилотного проекта по созданию информационной системы в здравоохранении мы планируем разработать и апробировать типовые технические решения, а также соответствующие требования. В дальнейшем субъекты Российской Федерации смогут использовать данные требования при закупке необходимого оборудования.

Следует обратить внимание на необходимость реализации задачи внедрения современных информационных систем в здравоохранении с учетом положений Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и оценкой необходимых средств. Реализация намеченных задач с учетом требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ значительно повышает трудоемкость и стоимость внедрения на местах. Потребуется дополнительные расходы из бюджетов субъектов Российской Федерации на обеспечение защиты конфиденциальной информации.



Требования Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О защите персональных данных» должны учитываться при реализации задач по внедрению современных информационных систем в здравоохранении и соответственно на эти цели должны быть предусмотрены финансовые средства. Источником указанных средств могут служить средства бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, бюджета субъекта Российской Федерации и средства бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования, направляемые на реализацию программы модернизации здравоохранения в субъекте Российской Федерации. Вместе с тем указанный Федеральный закон предъявляет требования не только к информационным системам, но и к работе с персональными данными на бумажных носителях. По этой причине необходимо обеспечить проведение организационных мероприятий (разработка административных регламентов, инструкций и т.п.) во всех учреждениях системы здравоохранения, где обрабатываются персональные данные.

При этом необходимо учитывать рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по вопросам защиты персональных данных в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования, размещенные на официальных Интернет-сайтах Министерства и Фонда.



Персонифицированный учет оказанных медицинских услуг и ведение электронных карт пациентов возможны при введении единого федерального реестра медицинских услуг.



В настоящее время Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации реализуется комплекс мероприятий по разработке единого федерального реестра медицинских услуг, а также подготовке соответствующих нормативных оснований. По результатам выполнения данных мероприятий, а также после наделения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации соответствующими полномочиями реестр медицинских услуг планируется ввести в действие.

Какой период устанавливается для апробации и внедрения единого федерального реестра медицинских услуг в субъектах Российской Федерации? (м.б. 2011–2012 гг.)? Возможно ли введение единого федерального реестра медицинских услуг и поэтапный переход на федеральные стандарты оказания медицинской помощи в 2011–2012 гг.? В какой период будут направлены электронные версии стандартов медицинской помощи, включают ли они только стационарную помощь или амбулаторно-поликлиническую также?



Мероприятия по апробации единого федерального реестра медицинских услуг планируется завершить в текущем году. В 2011–2012 годах реестр планируется ввести в эксплуатацию. При этом предполагается, что услуги войдут в единые стандарты медицинской помощи. После принятия стандартов они будут использоваться во всех субъектах Российской Федерации. При этом мы также планируем реализовать механизм, на основе которого в случае необходимости стандарты можно будет адаптировать под специфику конкретного региона. Проекты стандартов медицинской помощи включают в себя как амбулаторную, так и стационарную помощь.

Что подразумевается под подключением медицинских информационных систем к общим ресурсам субъекта или территориального органа управления (например, мониторинг Госзакупок)? Можно ли рассматривать работу в едином информационном пространстве (обмен через медицинскую региональную вычислительную сеть с использованием единых стандартов информационного взаимодействия и нормативно-справочной информации) как подключение к общему ресурсу?



Можно. При этом должны учитываться требования Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации представления государственных и муниципальных услуг», рекомендации и требования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального фонда обязательного





медицинского страхования в части организации персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным по ОМС, и персонифицированного учета в сфере охраны здоровья граждан. Кроме того, в создаваемых и модернизируемых системах должны быть предусмотрены механизмы интеграции, обеспечивающие автоматизированный информационный обмен между системами, исключающий повторный ввод однотипной информации.

Можно ли рассматривать в качестве примера отдельных ПЭВМ, имеющих доступ к общим ресурсам, рабочие места WEB-приложений таких, как ИСС «Консультант врача» или «Электронная аптека»?



Можно.

Что можно отнести к локальным медицинским информационным системам (системам, реализующим частичную функциональность МУ, или системам, работающим на различных компонентах или функциональных подсистемах, не имеющим единой информационной платформы)?



К указанным системам можно отнести медицинские информационные системы в случае, если они обеспечивают персонифицированный учет медицинских услуг, оказанных гражданину, в рамках медицинского учреждения.

Просим привести примеры всех вышеперечисленных типов систем.



Пример системы, реализующей частичную функциональность: в медицинском учреждении есть медицинская информационная система, позволяющая учитывать в электронном виде, например, выписку рецептов на лекарственные средства, а учет остальных медицинских услуг осуществляется в бумажном виде.

Системы, работающие на различных компонентах или функциональных подсистемах, не имеющие единой информационной платформы, — это системы, реализующие частичную функциональность и разработанные (одной или разными компаниями) с использованием разных информационно-технологических решений.



**ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ
ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТАХ
ПРИ ЕЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ
ОБРАБОТКЕ В СООТВЕТСТВИИ С
ТРЕБОВАНИЯМИ ФЕДЕРАЛЬНО-
ГО ЗАКОНА
«О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ»
ОТ 27.07.2006 № 152-ФЗ**

**НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ
эксперт журнала, заместитель
директора Медицинского
информационно-аналитического
центра РАМН, д.т.н. А.П. СТОЛБОВ**

У нас в медицинском учреждении используется следующий порядок действий:

1. Страховая компания заранее присылает нам по электронной почте списки своих застрахованных с указанием Ф.И.О., даты рождения, номера полиса, места работы, сроков прикрепления и программы прикрепления к нашей поликлинике.

2. Списки обрабатываются оператором и импортируются в медицинскую информационную систему (МИС).

3. По факту визита пациента (а пациент может придет, а может и нет) в его электронную медицинскую карту (ЭМК) вносятся недостающие данные (№ карты и т.д.).

В законе говорится о документе под названием «Согласие на обработку персональных данных», который мы должны брать с каждого пациента. Получается мы не имеем права импортировать данные в МИС, не имея такого разрешения? Что делать в такой ситуации?



В соответствии с пунктом 3 статьи 18 Закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ (далее — Закон), если персональные данные (ПДн) были получены не от субъекта ПДн (пациента), то оператор (в данном случае — медицинская организация) до начала обработки ПДн обязан предоставить (то есть сообщить) пациенту следующую информацию:

- наименование и адрес оператора, от которого получены ПДн;
- цель и правовое основание обработки ПДн;
- предполагаемых пользователей ПДн;
- права субъекта ПДн в соответствии с Законом (основные из них изложены в ст.ст. 14–18, 20 Закона).





Кроме того, в данном случае в соответствии со ст.ст. 6, 9 и 10 Закона оператор (медицинская организация) должен получить письменное СОГЛАСИЕ пациента на обработку его персональных данных (в Законе говорится не о «разрешении», а о «согласии»). Следует отметить, что документированное согласие пациента на передачу кому-либо сведений, составляющих врачебную тайну, даже внутри одного медицинского учреждения необходимо в соответствии с требованиями ст. 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 № 5487-1 (далее — Основы). Вот, что сказано в этой статье:

«Статья 61. Врачебная тайна

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1)** в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2)** при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3)** по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4)** в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ (до 15 лет — прим. А.С.), для информирования его родителей или законных представителей;
- 5)** при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;
- 6)** в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации».

В части 5-й ст. 31 Основ также сказано «Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может представляться



без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным в ст. 61 настоящих Основ».

Таким образом, в соответствии со ст.ст. 31, 61 Основ обладателем информации, содержащей врачебную тайну, является пациент (субъект персональных данных) или его законный представитель — только они имеют право распоряжаться передачей кому-либо этой информации, за исключением указанных выше случаев. Заметим, что, в отличие от этого, в пункте 5 статьи 2 Федерального закона «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» от 27.07.2006 № 149-ФЗ дано иное определение: «обладатель информации — лицо, самостоятельно создавшее информацию либо получившее на основании закона или договора право разрешать или ограничивать доступ к информации, определяемой по каким-либо признакам».

Можно рекомендовать следующий порядок работы при оказании медицинской помощи по договорам добровольного медицинского страхования (ДМС).

1. При заключении договора на ДМС страховая компания (страховщик) получает письменное согласие застрахованного гражданина на обработку его ПДн, в том числе передачу его паспортных данных в соответствующие медицинские организации (их реквизиты должны быть указаны в согласии), а также прием от них реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную по программе ДМС, содержащих ПДн застрахованных граждан.

2. Пациент при первом обращении в медицинскую организацию (в стационаре — при каждой госпитализации) также оформляет (дает) письменное согласие на обработку его ПДн, в том числе обмен (получение и передачу) информации, содержащей сведения, составляющие врачебную тайну и его ПДн, со страховщиком (его реквизиты должны быть указаны в согласии). Как уже отмечалось, в согласии должно быть также указано, что разрешен обмен сведениями, составляющими врачебную тайну, между медицинскими работниками внутри учреждения.

Тем самым выполняются требования Закона и Основ относительно конфиденциальности ПДн и информации, составляющей врачебную тайну. Если речь идет об обязательном медицинском страховании (ОМС), то субъектом информационного обмена ПДн является еще также и территориальный фонд ОМС, что должно быть отражено в письменном согласии (для фонда ОМС также необходимо оформить отдельное согласие застрахованного лица).

Следует заметить, что в любом случае пересылка ПДн застрахованных лиц (пациентов) по обычной электронной почте по открытым каналам связи недопустима.

Ниже приведен пример согласия гражданина (пациента) для медицинской организации, оказывающей помощь по программе ДМС, оформленный согласно требованиям ст. 9 Закона и ст. 61 Основ. Целесообразно автоматизировать процесс заполнения реквизитов при подготовке и распечатке согласия пациента в регистратуре (пациенту остается только подписать документ, лучше два экземпляра, один — для учреждения, другой — пациенту). При этом следует ознакомить пациента со статьями 61 Основ и 9 Закона, а также его правами — статьями 14–18, 20 Закона (их текст в виде памятки пациенту можно вывесить на стенде в регистратуре и(или) выдавать на руки пациенту).





СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся *<_Ф.И.О. полностью_>*, проживающий по адресу *<_по месту регистрации_>*, паспорт *<_серия и номер_>*, выдан *<_дата и название выдавшего органа_>*, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, и статьи 61 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 № 5487-1, подтверждаю свое согласие на обработку *<_название и адрес медицинского учреждения_>* (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ДМС между Оператором и страховой медицинской компанией *<_название и адрес компании, № и дата договора_>*.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией *<_полное название_>* с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет *<_двадцать пять лет_>*.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной *<_дата_>* и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:



а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (<_двадцать пять лет_>) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Контактный телефон(ы) <...> и почтовый адрес <...>

< подпись субъекта персональных данных >

Реквизиты регистрации документа в медицинской организации <...>

Регистратор < подпись, Ф.И.О. >



Попутно заметим, что если страхователем гражданина по ДМС является юридическое лицо, а не сам гражданин, то страхователь также должен получить его специальное письменное согласие на обработку ПДн. В общем случае такое согласие может быть оформлено в виде специального списка с подписями субъектов ПДн, в котором указаны их реквизиты, определенные требованиями ст. 9 Закона (Ф.И.О., адрес регистрации, реквизиты паспорта и т.д.).

Дополнительный комментарий



В проекте Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который 30 июля 2010 г. был опубликован на официальном сайте Минздравсоцразвития России, в части 4 статьи 9 «Врачебная тайна» (она почти полностью совпадает со ст. 61 Основ) сказано: «4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается: (...) 7) при обмене информацией в медицинских информационных системах и в медицинских организациях в целях оказания медицинской помощи; 8) при осуществлении государственного контроля качества услуг, оказываемых в сфере охраны здоровья граждан в соответствии с настоящим Федеральным законом.» В статьях 83, 84 и 85 законопроекта перечислены персонифицированные сведения о медицинских работниках и пациентах, обработка которых может осуществляться в информационных системах.

Иными словами, если эти законодательные нормы будут приняты, то в соответствии с пунктом 1 части 2 статьи 6 Закона «О персональных данных» оформление специального письменного согласия пациента на обработку его персональных данных в медицинских организациях не будет обязательным, как это сейчас, например, не требуется при обработке персональных данных и передаче сведений о гражданах в налоговые органы и пенсионный фонд, поскольку их обработка предусмотрена Налоговым кодексом и Законом «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования».

Аналогичные нормы, согласно которым не требуется оформление специального письменного согласия гражданина на обработку и обмен его персональными данными между соответствующими субъектами системы ОМС, предусмотрены и в проекте Закона «Об обязательном медицинском страховании», который был опубликован 25 мая 2010 г. и сейчас уже прошел первое чтение в Государственной Думе.





Можно ли при записи на прием к врачу через Интернет вводить и передавать Ф.И.О., дату рождения и(или) номер полиса ОМС, ДМС или СНИЛС пациента и использовать для этого обычный, незащищенный канал связи? Нужно ли при этом заранее получить письменное согласие пациента на обработку его персональных данных?



Поскольку ввод и передача через Интернет Ф.И.О., даты рождения, номера полиса ОМС или ДМС и т.д. осуществляются самим пациентом (или кем-либо по его поручению) и при этом установление личности, то есть идентификация субъекта ПДн (пациента) не проводится (не предъявляется документ, удостоверяющий личность), то вводимые и передаваемые по открытому каналу связи (в том числе возможно и по телефону) перечисленные сведения в юридическом смысле — с точки зрения Закона «О персональных данных» и иных нормативных актов — не являются персональными данными. В регистратуре поликлиники они могут использоваться только для того, чтобы зарезервировать время приема, а также, возможно, заранее подобрать необходимые документы (насколько можно доверять полученным по «простому» Интернету данным — это дело регистратуры; например, можно предусмотреть специальную процедуру автоматической сверки номера полиса с регистром прикрепленных пациентов и выдачей соответствующего сообщения в случае ошибки на терминал заявителя). При непосредственном обращении в поликлинику пациент должен будет предъявить документ, удостоверяющий его личность. И только после установления его личности все записи в его медицинской карте (и в базе данных МИС) будут иметь юридическую силу. И только в этом случае соответствующие сведения могут рассматриваться как достоверные, документированные и юридически значимые, то есть подпадающие под требования законодательства о конфиденциальности персональных данных и врачебной тайны.

Иными словами, поскольку в данном случае «на другом конце провода» — не достоверно установленная личность, а некий неидентифицированный человек (или даже, возможно, «вредоносная» программа), то вводимые им Ф.И.О. и(или) номер полиса — это лишь только его «псевдонимы», а не реальные персональные данные, и какие-либо специальные меры для обеспечения их конфиденциальности, в том числе защищенный канал связи, не требуются, равно, как и не требуется его специальное письменное согласие на обработку ПДн «на этот случай». Проблема — в обеспечении защиты документированных, реальных персональных данных пациентов, хранящихся в ИС регистратуры ЛПУ (МИС), от несанкционированного доступа через Интернет, а также защиты от вредоносных программ и спама. Но это уже другой вопрос.

У нас есть 4 центра с МИС «Медиалог», использующих VPN-туннели поверх открытых каналов связи, по ним передаются персональные данные пациентов. Ни в одной из точек нет доступа в Интернет, то есть информационная система изолирована. Какая нужна защита данных для соответствия ФЗ-152 в нашей ситуации? И что изменится, если появится Интернет?



Выбор методов и способов защиты информации и соответствующих средств ее защиты (СЗИ) осуществляются на основе модели угроз безопасности персональных данных в ИСПДн и в зависимости от класса системы. Класс ИСПДн определяется оператором (организацией, юрлицом) в соответствии с «Поряд-



ком проведения классификации информационных систем персональных данных» (утвержден Приказом ФСТЭК, ФСБ и Мининформсвязи России от 13.02.2008 № 55/86/20 («приказ трех», далее — Приказ), разработан в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2007 № 781). Поскольку в МИС обрабатываются ПДн о состоянии здоровья (персональные данные 1-й категории), то они по этому Приказу относятся к ИСПДн класса К1. Модель угроз разрабатывается оператором ПДн на основе следующих документов:

1. Методика определения актуальных угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах ... (утверждены ФСТЭК, 14.02.2008, гриф «ДСП» снят 16.11.2009);

2. Базовая модель угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах ... (ФСТЭК, 15.02.2008, ДСП, «открытая» выписка размещена на сайте www.fstec.ru);

3. Типовые требования по организации и обеспечению функционирования шифровальных (криптографических) средств, предназначенных для защиты информации, не содержащей сведений, составляющих государственную тайну, в случае их использования для обеспечения безопасности персональных данных ... (ФСБ, 21.02.2008);

4. Методические рекомендации по обеспечению с помощью криптосредств безопасности персональных данных ... (ФСБ, 21.02.2008);

5. Методические рекомендации по организации защиты информации при обработке персональных данных в учреждениях здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости (Минздравсоцразвития России, 23.12.2009, согласованы с ФСТЭК);

6. Методические рекомендации по составлению частной модели угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных учреждений и организаций здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости (Минздравсоцразвития России, 23.12.2009, согласованы с ФСТЭК);

7. Модель угроз типовой медицинской информационной системы типового лечебно-профилактического учреждения (Минздравсоцразвития России, согласована с ФСТЭК, письмо от 27.11.09 № 240/2/4009).

Методические документы Минздравсоцразвития 26.12.2009 были опубликованы на его официальном сайте — www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/.

Следует отметить, что в большинстве случаев угрозы утечки и перехвата конфиденциальной информации (ПДн) по каналам побочных электромагнитных излучений и наводок (ПЭМИН), а также несанкционированного прослушивания речевой и просмотра визуальной информации для медицинских организаций представляются маловероятными, неактуальными.

Требования к средствам защиты информации (СЗИ) для ИСПДн различного класса, в том числе распределенным, изложены в «Положении о методах и способах защиты информации в информационных системах персональных данных» (утверждено Приказом ФСТЭК от 05.02.2010 № 58 (далее — Положение), разработано также в соответствии с указанным постановлением Правительства РФ № 781). Методами и способами защиты информации от несанкционированного доступа в ИСПДн являются (см. п. 2.1 Положения):

— реализация разрешительной системы допуска пользователей (обслуживающего персонала) к информационным ресурсам, информационной системе и связанным с ее





использованием работам, документам — разграничение их доступа к защищаемым ресурсам ИС, в том числе СЗИ;

— регистрация и учет действий пользователей и обслуживающего персонала, контроль несанкционированного доступа и действий пользователей, обслуживающего персонала и посторонних лиц;

— предотвращение внедрения в информационные системы вредоносных программ (программ-вирусов) и программных закладок — использование средств антивирусной защиты при подключении ИС к сетям связи общего пользования (Интернет) и(или) обмене данными с помощью внешних носителей информации;

— использование защищенных каналов связи;

— размещение технических средств, позволяющих осуществлять обработку персональных данных, в пределах охраняемой территории; ограничение доступа пользователей в помещения, где размещены технические средства, позволяющие осуществлять обработку персональных данных, а также хранятся носители информации; организация их физической защиты;

— учет и хранение съемных носителей информации и их обращение, исключающее хищение, подмену и уничтожение;

— резервирование технических средств, дублирование массивов и носителей информации; использование источников бесперебойного питания.

В многопользовательских системах класса К1 с разными правами доступа к ПДн должны применяться (см. п. 4.3 приложения к указанному Положению):

а) средства управления доступом:

— идентификация и проверка подлинности пользователя при входе в систему по идентификатору (коду) и паролю условно-постоянного действия длиной не менее шести буквенно-цифровых символов;

— идентификация по логическим именам защищаемых ресурсов ИС (именованных объектов операционной системы — ОС): терминалов, технических средств, узлов сети, каналов связи, внешних устройств, программ, томов, каталогов, файлов, а также при необходимости записей и полей записей файлов;

— контроль доступа пользователей к защищаемым ресурсам ИС в соответствии с матрицей доступа;

б) средства регистрации и учета (как «черный ящик» в самолете):

— регистрация входа (выхода) пользователей в систему (из системы) либо регистрация загрузки и инициализации ОС и ее программного останова; регистрация выхода из системы или останова не проводится в моменты аппаратурного отключения компьютера; в параметрах регистрации указываются дата и время входа (выхода) пользователя в систему (из системы) или загрузки (останова) системы, результат попытки входа (успешная или неуспешная), идентификатор (код или фамилия) пользователя, предъявленный при попытке доступа, код или пароль, предъявленный при неуспешной попытке;

— регистрация выдачи печатных документов; в параметрах регистрации указываются дата и время выдачи, спецификация устройства выдачи (логическое имя или номер устройства), краткое содержание документа (наименование, вид, шифр, код), идентификатор пользователя, запросившего документ;

— регистрация запуска и завершения программ и процессов (заданий, задач), предназначенных для обработки персональных данных; в параметрах регистрации



указываются дата и время запуска, имя (идентификатор) программы (процесса, задания), идентификатор пользователя, запросившего программу (процесс, задание), результат запуска (успешный, неуспешный);

— регистрация попыток доступа программных средств (программ, процессов, задач, заданий) к защищаемым томам, каталогам, программам, файлам, записям, полям записей файлов; в параметрах регистрации указываются дата и время попытки доступа к защищаемому файлу с указанием ее результата (успешная, неуспешная), идентификатор пользователя, спецификация защищаемого файла;

— регистрация попыток доступа программных средств к терминалам, техническим средствам, узлам сети, линиям (каналам) связи, внешним устройствам; в параметрах регистрации указываются дата и время попытки доступа к защищаемому объекту с указанием ее результата (успешная, неуспешная), идентификатор пользователя, спецификация защищаемого объекта (логическое имя или номер);

— учет всех защищаемых носителей информации с помощью их маркировки и занесение учетных данных в журнал учета с отметкой об их выдаче (приеме);

— очистка освобождаемых областей оперативной памяти компьютеров и внешних накопителей;

в) для обеспечения целостности:

— проверка целостности программных средств системы защиты информации (ПДн) при загрузке системы по контрольным суммам ее компонентов;

— обеспечение неизменности программной среды путем использования трансляторов с языков высокого уровня и отсутствия средств модификации объектного кода программ в процессе обработки и (или) хранения персональных данных (это означает, что с компьютеров (рабочих мест), входящих в состав ИСПДн, не должно быть доступа к средствам разработки и отладки программ);

— периодическое тестирование функций системы защиты информации (ПДн) при изменении программной среды и пользователей ИС с помощью тест-программ, имитирующих попытки несанкционированного доступа;

— наличие средств восстановления системы защиты информации (ПДн) — ведение двух копий программных компонентов средств защиты информации (СЗИ), их периодическое обновление и контроль работоспособности;

— физическая охрана технических средств информационной системы (устройств и носителей информации) — контроль доступа в помещения посторонних лиц, наличие надежных препятствий для несанкционированного проникновения в помещения и хранилища носителей информации и т.д.

Следует особо отметить, что в соответствии с п. 5 «Положения об обеспечении безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах...», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 17.11.2007 № 781, используемые средства защиты информации должны быть сертифицированы. Все программные средства защиты информации в ИСПДн класса К1 должны быть сертифицированы на соответствие 4-му уровню контроля отсутствия недеklarированных возможностей (п. 7 Положения).

При подключении ИСПДн класса К1 к внешним сетям (Интернет) должны применяться межсетевые экраны (МСЭ), требования к которым перечислены в п. 4.4 Положения. Они практически полностью соответствуют требованиям к МСЭ, сертифицированным





ФСТЭК по 3-му классу защищенности. Это надо учитывать при выборе и покупке средств защиты информации. Кроме того, должны использоваться также средства анализа защищенности и средства обнаружения вторжений (пп. 5 и 6 Положения).

При межсетевом взаимодействии отдельных ИСПДн с использованием VPN-технологий должны осуществляться аутентификация взаимодействующих ИС, проверка подлинности пользователей и целостности передаваемых данных. Кроме того, при взаимодействии ИС разных операторов ПДн (разных юрищ, возможно, это Ваш случай с 4 центрами) должны быть дополнительно обеспечены также «учетность и неотказуемость» фактов передачи и приема ПДн операторами — регистрация и предотвращение возможности отрицания указанных фактов (см. п. 2.9 Положения).

В качестве сертифицированных средств защиты информации, соответствующих перечисленным выше функциональным требованиям, можно рекомендовать программный комплекс «Панцирь-С» (устанавливается на каждом компьютере и сервере, реализует функции управления доступом, регистрации и учета, контроля целостности, а также шифрования данных), а также комплекс ViPNet Custom для создания защищенной сети обмена информацией (VPN) и электронного документооборота с использованием ЭЦП и выполнения функций МСЭ. Указанные программные средства сертифицированы ФСТЭК по классу 1В («максимальный» класс защищенности ИС, в которых обрабатываются сведения, не составляющие гостайну) и ФСБ по классу КСЗ и в настоящее время широко используются в Пенсионном фонде, Фонде социального страхования и системе ОМС.

Органайзер

ЕЖЕГОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАТИКИ И ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

Место проведения: конгресс-центр гостиницы «Космос» (Москва, пр. Мира, 150)

Первый этап: 15 октября 2010 г. в рамках XI Ежегодной специализированной конференции «Информационные технологии в медицине».

Второй этап: 19 октября 2010 г. — в рамках девятого российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии».

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ОБЩЕСТВО – 2010

Время и место проведения: 2–9 октября 2010 г., Кемер (Кириш), Турция

По вопросам участия в симпозиуме обращаться в Организационный комитет.

Ответственный секретарь — Иванова Алевтина, Тел. 8-903-7873375

e-mail: forum@forsycon.ru, info@forsycon.ru



АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВИТ: ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАТУРА

Приглашаем всех заинтересованных лиц участвовать в обзоре программных систем «Электронная регистратура». Наша компания по заказу журнала «Врач и информационные технологии» (http://www.idmz.ru/idmz_site.nsf/pages/vit.htm) периодически выполняет различные аналитические исследования в области медицинских информационных систем. Результаты этих исследований публикуются на страницах журнала, а также нередко перепечатываются другими СМИ, освещающими тему автоматизации медицинских учреждений.

В данное время мы наблюдаем повышенное внимание к теме «Электронной регистратуры». На сегодня в России существует несколько таких решений, в том числе и Ваше. Имеющийся у нас многолетний опыт аналитических исследований позволяет нам надеяться, что проводимая работа интересна широкой массе специалистов и потенциальных заказчиков. В связи с этим мы заинтересованы в представлении полной, достоверной и актуализированной информации о Вашем решении, для чего просим заполнить указанную анкету и отправить заполненный вариант по адресу agusev@kmis.ru.

Мы гарантируем сохранность конфиденциальности полученных анкетных данных. Никакая из анкет не будет передана третьим лицам. В аналитических материалах, которые будут публиковаться по результатам анализа полученных от Вас данных, возможно упоминание определенных показателей по отдельно взятому разработчику МИС. Если Вы не хотите открытой публикации каких-то параметров, то, пожалуйста, выделите эти параметры красным цветом, и эти данные никогда не будут опубликованы в открытом виде, а будут только учтены при расчете средних показателей.

Пожалуйста, ответьте максимально полно и открыто на поставленные вопросы — это позволит сформировать аналитику в наиболее приближенном к действительности варианте. Те вопросы, которые будут оставлены без ответа, мы будем расценивать как «НЕТ ДАННЫХ» или как отрицательный ответ на вопрос. Также мы просим приложить несколько экранных снимков, наиболее удачно характеризующих Ваше решение. Лучше всего интерфейсы пользователя. Эти снимки мы планируем использовать для оформления статей в журналах в качестве иллюстраций Вашего решения.

Мы твердо уверены, что Ваше участие в нашем исследовании позволит Вам заявить о своей работе объективно и в массовом виде. Мы надеемся, что время, затраченное на заполнение анкеты, не будет потрачено зря, и Ваша система войдет в аналитику как современная разработка, входящая в ряд лучших медицинских информационных систем в России.

*С уважением Гусев Александр,
к.т.н., заместитель директора по развитию,
компания «Комплексные медицинские информационные системы».
e-mail: [mailto:info@kmis.ru?subject=Электронная регистратура](mailto:mailto:info@kmis.ru?subject=Электронная%20регистратура)
site: <http://www.kmis.ru>*





ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАТУРА В НОВОСИБИРСКЕ НАБИРАЕТ ПОПУЛЯРНОСТЬ — ЕЖЕДНЕВНО НА ЕЕ ТЕЛЕФОН ПОСТУПАЕТ ДО 2 ТЫС. ЗВОНКОВ ГОРОЖАН

В Новосибирске продолжается внедрение в ЛПУ города электронной регистратуры. И по мере подключения к автоматизированной системе муниципальных поликлиник отмечается и увеличение количества звонков в городскую электронную регистратуру. Ежедневно на многоканальный телефон 227-44-44 поступает до 2 тыс. звонков горожан, сообщили в пресс-службе мэрии Новосибирска.

С 8 сентября в автоматизированной информационной системе «Городская электронная регистратура» начало работать еще одно учреждение здравоохранения Кировского района — Детская городская больница №1. Таким образом, теперь услугами электронной регистратуры могут воспользоваться жители, прикрепленные к двум поликлиническим отделениям этой больницы, расположенным по ул. Сибиряков-Гвардейцев, 36 и ул. Новогодней, 4.

С конца августа осуществляется тестовая эксплуатация возможности записи на прием в поликлиники города через единый веб-сайт, рассказали в пресс-службе мэрии города. Кроме того, сейчас проводится подготовительная работа по подключению к городской электронной регистратуре муниципальных лечебно-профилактических учреждений Заельцовского района. Поочередно подключать учреждения этого района начнут с 21 сентября. До 9 октября электронная регистратура станет доступна всем ЛПУ района.

Источник: АМИ-ТАСС

Постоянная ссылка: <http://www.medvestnik.ru/1/56/32793.html>

ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАТУРА ПРИШЛА И В ЯКУТСК

В больницах Якутска внедряется электронная регистратура. Как сообщили в Управлении здравоохранением Окружной администрации города, впервые в истории здравоохранения Республики Саха /Якутия/ в стенах лечебно-профилактических учреждений столицы будет установлен электронный терминал для самостоятельной записи на прием к врачу.

Проект «Электронная регистратура» направлен на повышение сервиса предоставления медицинских услуг, электронную систематизацию деятельности всех медицинских учреждений посредством формирования единой централизованной базы, которая будет работать с данными в режиме реального времени. Данная мера позволит оперативно корректировать расписания лечебно-профилактических учреждений, прием врачей-специалистов и перераспределять потоки пациентов между лечебно-профилактическими учреждениями города.

В тестовом режиме данная система уже запущена в городских больницах №№3 и 4. А 15 сентября на базе Якутской горбольницы №5 состоится презентация программного продукта «Электронная регистратура», рассказали в пресс-службе окружной администрации.



В целом же горздравом планируется до конца 2010 года установить терминалы во всех ЛПУ столицы республики в несколько этапов. На втором и третьем этапах реализации нового проекта у жителей города Якутска появится возможность записаться на прием к врачу через Интернет и по телефону /через единый call-центр/.

Введение электронной регистратуры позволит значительно сократить очереди в амбулаторно-поликлиническом учреждении за счет предложения альтернативных способов записи к врачу и увеличения скорости обслуживания пациента, а также за счет автоматизации процесса заполнения рутинной медицинской документации.

Таким образом, компьютерная техника появится в кабинетах врачей, стационарных отделениях, аптеках. Благодаря этому станет возможным информационное взаимодействие между больницами, органами управления здравоохранением и информационно-аналитическим центром.

Источник: АМИ-ТАСС

В БОЛЬНИЦАХ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ОРГАНИЗОВАНА ЗАПИСЬ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ

При реализации программы модернизации здравоохранения Омской области на 2011–2012 годы на внедрение только информационных технологий предполагается затратить не менее 300 млн. рублей, что позволит автоматизировать рабочие места всех врачей и создать единое информационное пространство отрасли. На сегодняшний день, по данным регионального Минздрава, в регионе автоматизировано порядка 7 тысяч рабочих мест врачей.

В Омской области оснащенность медработников компьютерами на 30% выше общероссийского уровня. По словам первого замминистра здравоохранения Омской области Виктора Долгушина, в последующие два года в рамках программы планируется реализация масштабного проекта по созданию региональной системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи, который станет базовым элементом модернизации здравоохранения. Проект включает в себя мероприятия по материально-техническому оснащению учреждений здравоохранения, внедрению современного программного обеспечения, обучению медицинского персонала. Программа станет продолжением тех мероприятий, которые уже реализуются на территории области по модернизации системы здравоохранения. Так, в текущем году организовано внедрение двух комплексных проектов по информатизации отрасли — единой информационной системы льготного лекарственного обеспечения и организация записи на прием к врачу в электронном виде. В результате, к настоящему времени более 20 учреждений здравоохранения предоставляют пациентам возможность записи на прием через Интернет.

Как пояснили в региональном Минздраве, до конца года их количество вырастет до 100. Выписка рецептов на территории всей области уже сейчас ведется с использованием информационных технологий.

Источник: www.ami-tass.ru



АКТУАЛЬНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

ЗАКРЕПЛЕНО ПОНЯТИЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА

Президент РФ подписал Федеральный закон от 29 июля 2010 г. № 227-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

Документ устанавливает единую терминологию в отношении электронного документооборота как в сфере связи и телекоммуникаций, так и в сфере госуслуг. В частности, теперь в российском законодательстве дано определение термина «электронный документ». Это документированная информация, представленная в электронном виде, то есть пригодном для восприятия человеком с использованием ЭВМ, а также для передачи по информационно-телекоммуникационным сетям или обработки в информационных системах.

Ранее в связи со вступлением в силу в течение первой половины 2010 года федеральных законов от 9 февраля 2009 г. № 8-ФЗ «Об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления» и от 22 декабря 2008 г. № 262-ФЗ «Об обеспечении доступа к информации о деятельности судов в Российской Федерации» госорганы и органы местного самоуправления стали обязаны обеспечивать доступ к информации с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе Интернета. Основные принципы взаимодействия граждан и организаций с госорганами через Интернет закреплены в постановлении Правительства РФ от 15.06.2009 № 478.

Электронный документ, подписанный ЭЦП, приравнивается к документу на бумажном носителе с собственноручной подписью. Напомним, что ЭЦП — реквизит электронного документа, предназначенный для его защиты от подделки, полученный в результате криптографического преобразования информации с использованием закрытого ключа ЭЦП и позволяющий идентифицировать владельца сертификата ключа подписи, а также убедиться в отсутствии искажения информации в электронном документе.

Поправки в законодательство внесены в рамках реализации Федеральной целевой программы «Электронная Россия» (Постановление Правительства РФ от 28.01.2002 № 65). Изначально она была рассчитана на период до 2010 года, но сейчас сроки ее реализации продлены на 2 года.

РАЗРАБОТКУ ПРОЕКТА ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДКАРТЫ РОССИЯНИНА ОРГАНИЗУЕТ СПЕЦИАЛЬНАЯ РАБОЧАЯ ГРУППА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 августа 2010 г. № 587 «О рабочей группе Минздравсоцразвития России по организации разработки проекта электронной медицинской карты гражданина Российской Федерации»

Решено создать рабочую группу Минздравсоцразвития России по организации разработки проекта электронной медкарты гражданина России. Утверждены положение о ней и ее персональный состав.

Группа организует разработку состава обязательных полей карты, форматов и типов вносимых в нее данных, определяет ее базовую структуру. Определены сроки данных мероприятий. Это соответственно июль-август, август и сентябрь 2010 г.



ПЕРСОНАЛЬНЫЙ КОМПЬЮТЕР – ЕДИНЫЙ ОБЪЕКТ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 2 июня 2010 г. № 03-03-06/2/110 «Об учете в целях налогообложения прибыли стоимости основных средств, имеющих различные сроки полезного использования»

Персональный компьютер (ПК) относится ко второй амортизационной группе. Это имущество со сроком полезного использования свыше 2 и до 3 лет включительно.

Все приспособления и принадлежности, без которых он не может использоваться, включаются в состав единого объекта основных средств — ПК.

КАК ОРГАНУ ЗАГС СООБЩИТЬ В ТФОМС ИНФОРМАЦИЮ О СМЕРТИ ГРАЖДАНИНА?

Приказ Федерального фонда ОМС от 4 мая 2010 г. № 90 «Об утверждении форм документов, используемых для сообщения сведений о государственной регистрации смерти»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 2 июня 2010 г. Регистрационный № 17 442.

С 1 января 2010 г. органы ЗАГС должны сообщать в ТФОМС сведения о государственной регистрации смерти.

Установлена форма для представления указанных сведений. Порядок информационного взаимодействия сторон определяется специальным соглашением.

Если ТФОМС получил сведения о государственной регистрации смерти лица, являвшегося жителем иного региона, он должен их направить в ТФОМС по последнему месту жительства этого лица. Приведена форма для представления данных.

КАКИЕ ЕЩЕ СВЕДЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ В РЕЕСТРАХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УСЛУГ (ФУНКЦИЙ)?

Постановление Правительства РФ от 16 июня 2010 г. № 445 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 15 июня 2009 г. № 478»

Изменения касаются информационно-справочной поддержки граждан и организаций по вопросам взаимодействия с органами исполнительной власти и местного самоуправления через Интернет.

Расширен перечень сведений, содержащихся в реестрах государственных, муниципальных услуг (функций). Теперь включаются и данные об услугах, предоставляемых организациями, подведомственными соответствующим органам.

Определен состав разделов в сводном реестре государственных и муниципальных услуг (функций).

Орган, уполномоченный вести этот ресурс (Минэкономразвития России), должен проверять полноту и достоверность представляемых сведений, при необходимости вносить в них изменения.

Уточнено, каким образом информация размещается в сводном реестре. Так, можно заполнить поля в установленном формате для последующей передачи данных.

В сводном реестре в том числе отражается информация о государственных или муниципальных услугах, предоставляемых указанными выше организациями, об их возмездности (безвозмездности), размерах платы и методиках ее расчета. Эти сведения размещаются и на едином портале государственных (муниципальных) услуг.





СО СЛЕДУЮЩЕГО ГОДА ВСЮ ОФИЦИАЛЬНУЮ СТАТИНФОРМАЦИЮ МОЖНО БУДЕТ ПОЛУЧИТЬ ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ БЕСПЛАТНО

Постановление Правительства РФ от 26 мая 2010 г. № 367 «О единой межведомственной информационно-статистической системе»

Решено создать единую межведомственную информационно-статистическую систему. Утверждено положение о ней. Система призвана объединить официальные информационные статресурсы, формируемые субъектами официального статучета в рамках реализации федерального плана статработ. Цель — обеспечить безвозмездный доступ органов власти, юрииц и граждан к официальной статинформации посредством сети Интернет.

Система состоит из программно-технических средств центрального и ведомственных сегментов и включает в себя ведомственные статресурсы, метаданные, справочники, классификаторы и иное необходимое информационное обеспечение.

К участникам системы относятся координатор (Росстат), оператор (Росинформтехнологии), субъекты официального статучета и пользователи. Определены их правомочия.

Система должна быть введена в эксплуатацию до 1 января 2011 г.

БЮДЖЕТНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ: ИКТ-УСЛУГИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – НОВАЯ СТАТЬЯ РАСХОДОВ

Приказ Минфина РФ от 31 марта 2010 г. № 28н «О внесении изменений в Указания о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденные приказом Министерства финансов Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 150н»

Скорректирован порядок применения бюджетной классификации, действующий с 1 января 2010 г.

Введены новые целевые статьи. В их числе — строительство и реконструкция объектов для производства новых радиофармпрепаратов, госзакупка российской техники, ИКТ-услуги в области медицины, здравоохранения и соцобеспечения, ядерные технологии, космос и телекоммуникации, энергоэффективность. Ряд статей введен в связи с экспериментом по приобретению новых автомобилей взамен вышедших из эксплуатации и сдаваемых в утиль.

Предусмотрены расходы на капремонт многоквартирных домов и переселение граждан из аварийного жилья, строительство нового выхода на МКАД с федеральной автодороги М-1 «Беларусь».

По статье 090 02 00 «Оценка недвижимости, признание прав и регулирование отношений по государственной и муниципальной собственности» дополнительно отражаются расходы на услуги независимых консультантов, привлекаемых к анализу состава федерального имущества.

Пересмотрена классификация доходов бюджетов.

ПЛАНЫ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ГОСОРГАНОВ: РАЗРАБОТКА, УТВЕРЖДЕНИЕ, ЭКСПЕРТИЗА

Постановление Правительства РФ от 24 мая 2010 г. № 365 «О координации мероприятий по использованию информационно-коммуникационных технологий в деятельности государственных органов»

Правительство РФ решило принять меры, направленные на создание и использование информационно-коммуникационных технологий в деятельности органов власти и управления государственными внебюджетными фондами.



В связи с этим разработаны правила подготовки плана информатизации.

Проект плана составляется ежегодно. В нем отражаются мероприятия по использованию информационно-коммуникационных технологий и размеры средств на указанные цели.

Проект направляется в Минкомсвязь России для экспертной оценки.

После того, как приняты законы о бюджетах на очередной финансовый год и плановый период, но не позднее 1 января предстоящего года, проект дорабатывается и утверждается соответствующим органом, а затем Министерством.

Определен порядок экспертной оценки документов по информатизации. Установлены объекты, критерии. Перечислены необходимые документы.

Срок оценки определяет Минкомсвязь России. Максимальный — 10–20 рабочих дней (в зависимости от объекта).

По результатам оценки составляется экспертное заключение. Оно размещается в специализированной информационной системе в течение 1 рабочего дня со дня утверждения Минкомсвязью России. Заключение можно также найти на официальном сайте Министерства.

Внесены изменения в некоторые акты Правительства РФ по вопросам планирования, создания и использования информационно-коммуникационных технологий в деятельности госорганов.

НЕМАТЕРИАЛЬНЫЕ АКТИВЫ: СРОК ПОЛЕЗНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БУДЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ПО-НОВОМУ?

Досье на проект федерального закона № 381988-5 «О внесении изменения в статью 258 части второй Налогового кодекса Российской Федерации» (внесен Правительством РФ)

27.05.2010 в Государственную Думу внесен проект поправок к НК РФ, касающийся порядка определения срока полезного использования некоторых видов нематериальных активов.

Речь идет об исключительных правах на изобретения, полезные модели, промышленные образцы, селекционные достижения, топологии интегральных микросхем, программы для ЭВМ, базы данных, а также секреты производства (ноу-хау).

Налогоплательщику предлагается самостоятельно определять срок полезного использования указанных нематериальных активов. При этом он не может быть менее 2 лет.

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ И МУНИЦИПАЛЬНЫЕ УСЛУГИ И ФУНКЦИИ ПЛАНИРУЕТСЯ ПЕРЕВЕСТИ В ЭЛЕКТРОННУЮ ФОРМУ

Досье на проект федерального закона № 342098-5 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об общих принципах организации предоставления государственных (муниципальных) услуг и исполнения государственных (муниципальных) функций» (внесен депутатами ГД В.Н. Плигиным, Е.А. Самойловым)

Государственная Дума РФ 11 июня 2010 г. в первом чтении приняла законопроект, который призван обеспечить предоставление (исполнение) государственных и муниципальных услуг (функций) в электронной форме.

Он связан с другим законопроектом, касающимся данных услуг и функций.

Понятие электронного документа хотят определить законодательно. Возможно, установят приоритет электронной формы предоставления (исполнения) соответствующих услуг (функций).

Предусмотрено право физических лиц вносить налоги через платежного агента.





Предлагается установить, как проводится лицензирование в электронном виде. В частности, рассматриваются заявления и уведомления, ведется лицензионное дело, выдаются документы и т.д.

Согласно законопроекту в электронной форме можно представить уведомление о начале некоторых видов предпринимательской деятельности, документы для регистрации организаций и предпринимателей, обращение о выплате трудовой пенсии и др.

В электронном виде предлагается регистрировать транспортные средства.

Предусмотрено, что лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, может знакомиться с материалами дела через Интернет.

В МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОРГАНИЗОВАНА РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ВНУТРИВЕДОМСТВЕННОГО ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 августа 2010 г. № 713 «О создании рабочей группы по организации разработки системы внутриведомственного электронного документооборота в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Создана рабочая группа по разработке системы внутриведомственного электронного документооборота в Минздравсоцразвития России.

В состав группы входят представители Министерства.

Функции — разрабатывать принципы организации системы внутриведомственного электронного документооборота, готовить предложения по необходимому программному и материально-техническому оснащению сотрудников.

Определены полномочия председателя и членов группы.

Заседания группы проводят по мере необходимости и в соответствии с планом работы. Они правомочны, если присутствует более половины членов. Решение принимают голосованием простым большинством голосов. Его оформляют протоколом.

СКОРРЕКТИРОВАНЫ ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПЕРСОНАЛЬНЫМ ЭВМ

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 30 апреля 2010 г. № 48 «Об утверждении СанПиН 2.1.8/2.2.4.2620-10»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 7 июня 2010 г. Регистрационный № 17 481.

Уточнены гигиенические требования к персональным ЭВМ (СанПиН 2.2.2/2.4.2620-10).

Изменения претерпела методика инструментального контроля. Он возможен и при проведении производственного.

При проведении инструментального контроля ЭМП от ЭВМ в помещениях с высоким фоновым уровнем электрических и магнитных полей промышленной частоты, в которых уровни напряженности полей в диапазоне 5 Гц–2 кГц превышают временные допустимые, рекомендуется использовать оборудование для измерений в полосе 45 Гц–55 Гц и в указанном диапазоне.

Уточнен порядок проведения гигиенической оценки воздействия ЭМП различных частот.

Перечислены средства измерения параметров ЭМП.

СанПиН 2.2.2/2.4.2620-10 вводятся в действие с момента официального опубликования.



КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ НУЖНО РАЗМЕСТИТЬ НА САЙТАХ ТФОМС?

Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 мая 2010 г. № 1798/91 «О размещении информации на официальных сайтах фондов ОМС»

С 2010 г. ЕСН отменили. Вместо него производятся страховые взносы в ПФР, ФСС РФ, ФФОМС и ТФОМС. Отношения, связанные с их исчислением и уплатой, регулируются специальным законом.

Правильность расчета, полноту и своевременность уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование контролирует ПФР. Официальный сайт ПФР: www.pfrf.ru. Приведенную информацию следует разместить на сайтах ТФОМС.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ГОСУСЛУГ В ЭЛЕКТРОННОМ РЕЖИМЕ: КОГДА ЭТО СТАНЕТ ВОЗМОЖНЫМ?

Распоряжение Правительства РФ от 7 сентября 2010 г. № 1506-р «Об изменениях в распоряжение Правительства РФ от 17 декабря 2009 г. № 1993-р»

Пересмотрены сроки перехода на предоставление в электронном виде первоочередных государственных и муниципальных услуг, оказываемых региональными и местными органами власти, а также их учреждениями.

Речь идет об услугах, предоставляемых в рамках полномочий Российской Федерации, переданных региональным органам.

Это отдельные виды лицензирования, госаккредитация некоторых образовательных учреждений, социальная поддержка и обслуживание детей-сирот и граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, предоставление субсидий на оплату жилых помещений и коммунальных услуг, выдача документов органами ЗАГС и др.

Переход осуществляется в несколько этапов. Первое — это размещение информации об услуге в специальном сводном реестре и на едином портале. Во-вторых, в общем доступе должны быть электронные формы заявлений и необходимых документов. На 3 этапе обеспечивается возможность подавать их через единый портал, а на 4 — наблюдать за ходом предоставления услуги. 5 шаг — получение результатов услуги в электронном виде.

В целом сроки сократились. Так, подать заявление и нужные документы через единый портал, чтобы получить лицензию на фармацевтическую деятельность (исключение — оптовая торговля и аптеки ФГУЗ), можно будет уже после 1 августа 2011 г. (ранее это планировалось внедрить до 1 января 2013 г.).

СОКРАЩЕНЫ СРОКИ ПЕРЕХОДА ОРГАНОВ ВЛАСТИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ГОСУСЛУГ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ

Распоряжение Правительства РФ от 8 сентября 2010 г. № 1519-р «О внесении изменений в план перехода на предоставление государственных услуг и исполнение государственных функций в электронном виде федеральными органами исполнительной власти»

Пересмотрен план перехода федеральных органов власти на предоставление госуслуг и исполнение госфункций в электронном виде.

Так, помимо прочего в указанной форме будут предоставляться сведения о налоговой задолженности гражданина и информация по исполнительным производствам, выдаваться разрешения на строительство. Планируется проводить в электронном виде госаккредитацию образовательных и научных учреждений, регистрацию предельных отпускных цен на жизненно





необходимые и важнейшие лекарства, принимать уведомления о начале предпринимательской деятельности и заявки на выдачу патентов на изобретения.

Сокращены сроки полного перевода ряда госуслуг в электронную форму. Это, в частности, касается техосмотра транспортных средств, выдачи водительских удостоверений, приема заявлений об установлении пенсий, проведения медико-социальной экспертизы, регистрационного учета граждан, выдачи иностранцам виз и документов на проживание в стране, регистрации лекарственных средств.

В декабре 2010 г. планируется завершить переход к лицензированию в электронном виде фармацевтической и медицинской деятельности, а также производства лекарственных средств. В отношении иных видов деятельности это предполагается сделать к 1 января 2011 г.

БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ НА ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОЗДАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ЗДРАВООХРАНИЕНИИ

Постановление Правительства Российской Федерации от 2 августа 2010 г. № 591 «О порядке использования в 2010 году бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение создания информационной системы в здравоохранении» (вместе с «Положением об использовании в 2010 году бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение создания информационной системы в здравоохранении»).

В соответствии с Федеральным законом «О федеральном бюджете на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов» Правительство Российской Федерации утверждает Положение об использовании в 2010 году бюджетных ассигнований на финансовое обеспечение создания информационной системы в здравоохранении.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации разрабатывает проект перечня первоочередных мероприятий по созданию информационной системы, реализуемых в 2010 году (далее — перечень мероприятий), с указанием объема финансирования по каждому мероприятию, включая проведение работ по созданию типовых программно-технических решений, необходимых для обеспечения функционирования информационной системы.

Проект перечня мероприятий после согласования с Министерством экономического развития Российской Федерации представляется в Министерство связи и массовых коммуникаций Российской Федерации для проведения экспертной оценки в соответствии с Правилами проведения экспертной оценки документов, используемых в рамках планирования, создания и использования информационно-коммуникационных технологий в деятельности государственных органов, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 мая 2010 г. № 365.

ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»
Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный
междугородный звонок),
8 495 647 6238 (для Москвы)
Интернет: www.garant.ru



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

*Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант»
и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: www.idmz.ru*



XI ЕЖЕГОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ И ВЫСТАВКА

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ**Место и дата проведения:** 14–15 октября 2010 г., г.Москва**Организаторы:** Министерство здравоохранения и социального развития РФ при участии Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации, Росздравнадзора, Роспотребнадзор, Российская академия медицинских наук, Пенсионный фонд Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Департамент здравоохранения города Москвы, Министерство здравоохранения Московской области, Ассоциация медицинской информатики.**Устроитель:** «Консэф»**Генеральный спонсор:** Microsoft**Спонсоры конференции:** Motorola, SAP, Oracle, «ПостМодернТехнолоджи»**Тематические направления выставки:**

- Комплексные информационные решения для системы здравоохранения различных уровней.
- Специализированные информационные системы локального и интегрированного использования.
- Современное оборудование для профилактики, диагностики, лечения с использованием компьютерных систем, в том числе лабораторные МИС.
- Обеспечение требований безопасности МИС, доработка и сервисное обслуживание в соответствии с требованиями ФЗ № 158 и других нормативных актов применительно к информационным системам медицинского назначения.
- Системы и решения, применяемые при внедрении социальной карты и других элементов персонализированного учета.
- Системы комплексной информатизации фармацевтических складов, аптек, медицинских и стоматологических центров, санаториев.
- Телемедицина, Интернет-медицина, комплексные медицинские решения на основе и с использованием WEB-технологий.
- Электронные истории болезни, комплексная автоматизация ЛПУ.
- Электронные базы данных, справочники.
- Средства обучения и аттестации, обучающие системы для медицинских учебных заведений.
- Системы мониторинга, в том числе с использованием технологий удаленного доступа.

Основные цели мероприятия — демонстрация результатов, постановка целей и задач, информирование о принятых решениях, сроках и порядке их реализации, обсуждение специалистами наиболее важных элементов и направлений развития информационного и статистического обеспечения лечебного процесса.

Официальный сайт данного мероприятия: <http://itm.consef.ru/>



ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ РУКОВОДИТЕЛЕЙ УЧРЕЖДЕНИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Время и место проведения: 21–22 октября 2010 г., Москва, ЦВК «Экспоцентр»

Тематическая секция: Информационно-коммуникационные технологии
в здравоохранении

В качестве экспертов на Форум приглашаются: представители федеральных и региональных органов законодательной и исполнительной власти, Министерства здравоохранения и социального развития РФ и иных министерств и ведомств, руководители и специалисты региональных и муниципальных органов управления здравоохранением, руководители учреждений здравоохранения, представители научного и бизнес-сообществ, финансовых структур, страховых компаний и инвесторов.

Во время проведения «открытого микрофона» ведущие специалисты федеральных органов законодательной и исполнительной власти, а также наиболее квалифицированные эксперты ответят на вопросы участников мероприятия, поступившие в адрес Оргкомитета Форума.

Более подробная информация о мероприятии:

<http://www.forum-zdrav.ru/>

медицинская информационная система **ДОКА+**

всеврачебная система:

осуществлены **СОТНИ** предложений и идей
врачей и руководителей **ДЕСЯТКОВ** ЛПУ страны,
использующих систему и планирующих внедрение.

Эффективность применения доказана.

ВАШИ ИДЕИ БУДУТ ОСУЩЕСТВЛЕННЫ

www.docaplus.ru

info@docaplus.com

т. 8-383-336-07-16



МЕДИАЛОГ®

Медицинская информационная система

Современный взгляд на работу клиники

Система МЕДИАЛОГ разработана компанией Пост Модерн Текнолоджи благодаря тесному сотрудничеству с практикующими врачами и руководителями медицинских учреждений - от поликлиник до крупных стационаров. Учитывая их пожелания и рекомендации, система совершенствовалась и развивалась в течение 15 лет.

Опыт использования позволяет утверждать на сегодняшний день, система МЕДИАЛОГ, обладая совокупностью преимуществ, является уникальным продуктом в классе медицинских информационных систем.



POST MODERN TECHNOLOGY

<http://www.postmodern.ru>
+7 (495) 780-60-51

Врач

и информационные
ТЕХНОЛОГИИ

