

НАУЧНО-ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
ТЕХНОЛОГИЙ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Научные исследования и разработки 3

2. Научно-методическая работа 4

3. Учебно-методическая работа 5

4. Обучение медицинских кадров 5

5. Выявление и поддержка систем лечебно-диагностического процесса 6

Приложение 1. В возможности управления поликлиническими критериями смертности и заболеваемости 7

Приложение 2. Программная процедура "Возрастно-половая структура населения" 8

Приложение 3. Программа "Клиническое обследование" 9

Приложение 4. Методика использования ресурсов здравоохранения г. Тюменской области 10

Приложение 5. Об эффективности оплаты медицинской деятельности поликлиники в условиях медицинского страхования 11

Приложение 6. Положение об экспертизе качества медицинской помощи в городе 12

Приложение 7. Автоматизированный анализ работы руководителей 13

Приложение 8. Как перейти к оперативному управлению лечебно-диагностическим процессом на основе алгоритма принятия решения. Советы руководителям городского здравоохранения 14

Приложение 9. Учебные программы и методические рекомендации по проведению занятий 15

Приложение 10. Анкеты для анонимного опроса слушателей 16

УТВЕРЖДАЮ.
Директор НИЦ ТМЗ
кандидат медицинских наук
А. В. БЕРГМАН

Бергман

"28" июня 1996 г.



ОТЧЕТ

О НАУЧНОЙ, НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ,
УЧЕБНОЙ И ВНЕДРЕНЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

в 1 полугодии 1996 года

Ответственный исполнитель
доктор медицинских наук, профессор

В. М. Тавровский

В. М. Тавровский

СОДЕРЖАНИЕ

1. Научные исследования и разработки.....	3
2. Научно-методическая работа.....	4
3. Учебно-методическая работа.....	6
4. Обучение медицинских кадров.....	6
5. Внедрение и поддержка систем управления лечебно-диагностического процесса.....	12
Приложение 1. О возможности управления поликлиниками города по критериям смертности и заболеваемости.....	13
Приложение 2. Программная процедура "Возрастно-половая структура населения".....	31
Приложение 3. Программная процедура "Комбинированные и сочетанные заболевания".....	32
Приложение 4. Планы научных исследований.....	33
Приложение 5. Методы и средства эффективного использования ресурсов здравоохранения юга Тюменской области..	40
Приложение 6. Об эффективной оплате медицинской деятельности поликлиники в условиях медицинского страхования.....	45
Приложение 7. Положение об экспертизе качества медицинской помощи в городе.....	47
Приложение 8. Правила пользования автоматизированными системами "Контракт" и "Анализ работы руководителей".....	57
Приложение 9. Как переходить к оперативному управлению лечебно-диагностическим процессом на основе алгоритмов принятия решений. Советы руководителям городского здравоохранения.....	60
Приложение 10. Учебные программы и методические рекомендации по проведению занятий.....	63
Приложение 11. Анкеты для анонимного опроса слушателей.....	90

В ходе исследования разработаны:

- а) методика анализа заболеваемости и смертности с учетом особенностей городских автоматизированных баз данных Ю.М. Тарасова;
- б) программная процедура расчета возрастно-половой структуры населения для поликлиник, используемая в компьютеризированном лечебно-диагностическом процессе Ю.М. Каркаева - Приложение 2 и Приложение 3;
- в) программная процедура выбора данных комбинированных и сочетанных заболеваний из автоматизированной базы данных Ю.М. Тарасова.

1. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РАЗРАБОТКИ

1.1. Определены предмет и методы научных исследований, которые проводятся и будут проводиться в Центре.

Область исследований - медицинская помощь населению города.

Предметом исследования являются

а) системы управления основными видами медицинской помощи: поликлинической, госпитальной, скорой помощью на догоспитальном этапе, массовыми профилактическими осмотрами населения,

б) отдельные инструменты управления (компьютерная история болезни, частные алгоритмы действий врача, автоматизированный анализ работы врачей и руководителей лечебно-диагностического процесса, автоматизированная система "Экспертиза качества медицинской помощи"),

в) информационное обеспечение управления здравоохранением города (информационные базы, обеспечение полноты, своевременности и достоверности информации о лечебно-диагностическом процессе в городе, системы показателей деятельности медицинских учреждений, их подразделений и лечащих врачей),

г) управление выявлением и лечением основных распространенных заболеваний (ИБС, предраковые и онкологические заболевания, сахарный диабет, аденомы предстательной железы),

д) управление взаимодействием медицинских учреждений города, выявление и единообразное решение общегородских проблем, распределение ресурсов и оценка эффективности их использования, подбор и подготовка кадров руководителей лечебно-диагностического процесса, информационные основы стратегии здравоохранения,

е) воздействие городской системы здравоохранения на демографические показатели (заболеваемость, инвалидность, смертность).

ж) экономические эффекты управления здравоохранением.

Методология исследований - системный анализ лечебно-диагностического процесса. Методы исследования - алгоритмизация и автоматизация лечебно-диагностического процесса, вариационная статистика.

1.2. На материалах 10 поликлиник г. Тюмени за 1-й квартал 1996 года исследованы связи между особенностями управления лечебно-диагностическим процессом, широтой использования некоторых диагностических средств и показателями заболеваемости и смертности населения. Обнаружены зависимости, опираясь на которые можно дифференцированно воздействовать на определенные разделы работы поликлиник с расчетом улучшить конечные показатели медицинской деятельности. Сделаны рекомендации Управлению по здравоохранению и медицинскому страхованию при Администрации г. Тюмени о ближайших мероприятиях в каждой поликлинике. Для оценки эффективности рекомендованных мер исследование будет продолжено во втором и третьем кварталах 1996 года. Соответствующее сообщение "О возможности управления по критериям заболеваемости и смертности" прилагается (Приложение 1).

В ходе исследования разработаны

а) методика анализа заболеваемости и смертности с использованием городских автоматизированных баз данных (В.М.Тавровский),

б) программная процедура расчета возрастно-половой структуры населения для поликлиник, использующих компьютеризацию лечебно-диагностического процесса (С.В.Каркавина - Приложение 2)

в) программная процедура выборки случаев комбинированных и сочетанных заболеваний из автоматизированных баз данных "Учет и

анализ заболеваемости" (С.В.Каркавина - Приложение 3).

1.3. Запланированы и взяты под научное руководство исследования организаторов здравоохранения и клиницистов под следующими рабочими названиями:

"Эффективность автоматизированного лечебно-диагностического процесса в поликлинике" (Н.А.Жидяева, Барнаул, канд. дисс.),

"Заболеваемость, инвалидность и смертность как критерии управления лечебно-диагностическим процессом" (А.Е.Ербактанов, Тюмень, канд. дисс.),

"Врач общей практики (семейный врач) как форма организации медицинской помощи населению" (О.А.Гнусова, Барнаул, канд. дисс.),

"Эпидемиология сочетанных гастроэнтерологических заболеваний" (А.Л.Сушков, Тюмень, канд. дисс.),

"Воздействие алгоритмизации и автоматизаций лечебно-диагностического процесса на квалификацию врача" (Б.А.Карпинский, Новокузнецк, серия статей).

"Рак легкого в противотуберкулезной службе" (канд. мед. наук А.Л.Ханин, Новокузнецк, докт. дисс.),

Примерные планы этих исследований - в Приложении 4.

2. НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА

Предметом научно-методической работы Центра является разработка правил и эффективных организационных приемов внедрения и эксплуатации автоматизированных систем управления лечебно-диагностическим процессом, трансформация традиционных форм управления и составление соответствующих методических указаний и рекомендаций для организаторов здравоохранения. Ниже приводятся результаты этой работы за полугодие.

2.1. По запросу Тюменского областного отдела здравоохранения подготовлена записка "Методы и средства эффективного использования ресурсов здравоохранения юга Тюменской области" (Приложение 5).

2.2. Подготовлена и опубликована в Тюменской медицинской газете статья "Об эффективной оплате медицинской деятельности поликлиники в условиях медицинского страхования" (Приложение 6). Ее положения использованы для организации взаимодействия между медицинскими учреждениями Тюмени и субъектами медицинского страхования.

2.3. Разработана методика экспертизы качества медицинской помощи (Приложение 7), которая введена в практику медицинских учреждений Тюмени.

2.4. Разработаны и переданы Управлению по здравоохранению Тюмени методические указания по использованию автоматизированных систем "Контракт" и "Анализ работы руководителей" (Приложение 8).

2.5. Разработаны и переданы Управлению по здравоохранению Тюмени методические рекомендации "Как переходить к оперативному управлению лечебно-диагностическим процессом на основе алгоритмов принятия решений. Советы руководителям городского здравоохранения" (Приложение 9).

1.1. Преждевременно

1.2. Надо бы раньше

1.3. Не могу судить

1.4. Пожалуй, своевременно

1.5. Очень своевременно

3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА

Подготовлены программы и методические рекомендации для 7 курсов обучения главных врачей, их заместителей, медстатистиков, заведующих отделениями, врачей страховых фондов и компаний, а также для организаторов здравоохранения городского уровня (Приложение 10).

Разработаны 2 варианта анкеты для анонимного анкетного опроса слушателей. Опрос проведен на двух самых больших курсах. Подробные результаты опроса приводятся в следующем разделе. Они показали достаточную удовлетворенность слушателей содержанием, практической направленностью и формами обучения. Кроме того, стало ясно, что обучение проведено с некоторым опозданием - его следовало начинать спустя 3-4 месяца после внедрения автоматизированных систем. Установлено выраженное стремление слушателей больше времени уделить работе с компьютером. Можно предположить, что если бы обучение проводилось с отрывом от производства, слушатели высказались бы за увеличение сроков обучения именно для приобретения новых практических навыков.

4. ОБУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Проведено обучение организаторов здравоохранения и медицинских статистиков г. Тюмени по 7 темам. Ниже приводится перечень проведенных курсов. Курсы 1, 2, 5 и 6 завершены анкетным опросом слушателей.

Курс 1. Введение в автоматизированное управление поликлиникой: базы данных и выходные формы. 20-часовой курс для главных врачей и старших медстатистиков поликлиник. 05.02.96 - 16.02.96.

Количество групп - 2. Общее количество слушателей - 30.
Преподаватели В.М.Тавровский, С.В.Каркавина.

Список слушателей

1. Г.В.Дмитриенко	11. Н.М.Касатина	21. В.П.Волкова
2. Л.В.Кухтерина	12. И. м/ст	22. С.В.Свалова
3. И.К.Исакова	13. Е.В.Чебышева	23. С.В.Бакулина
4. В.В.Кудрявцев	14. Н.А.Сливкина	24. Е.Н.Полухина
5. Н.А.Султанбаева	15. Н.В.Ченцова	25. В.А.Криовшейна
6. К. м/ст	16. М.А.Дмитренко	26. И.С.Никитина
7. Т.Н.Черных	17. О.В.Коптяева	27. Л.В.Медведева
8. В.П.Шушканова	18. А.А.Варланова	28. А.Н.Хохлова
9. Л.М.Еремина	19.	29.
10. Н.В.Уткина	20.	30.

Результаты анкетного опроса

	Число ответов	Средний балл
1. СВОЕВРЕМЕННО ЛИ ПРОВЕДЕН КУРС?		2.9
1.1. Преждевременно	0	
1.2. Надо бы раньше	18	
1.3. Не могу судить	2	
1.4. Пожалуй, своевременно	6	
1.5. Очень своевременно	4	

2. НАДО ЛИ БЫЛО ПРОВОДИТЬ ЕГО В ТАКОМ СОСТАВЕ (главный врач + медстатистик)?			3.6
2.1. Не надо	0		
2.2. Это не лучшее решение	4		
2.3. Можно и так	11		
2.4. Это неплохо	9		
2.5. Это здорово	6		
3. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА (для данного этапа)			3.7
3.1. Чрезмерная	0		
3.2. Многовато	1		
3.3. Приемлемая	13		
3.4. Достаточная	11		
3.5. Надо бы подольше	5		
4. МНОГО ЛИ НОВОГО ВЫ УЗНАЛИ?			3.7
4.1. Ничего нового	0		
4.2. Кое-что	6		
4.3. Немало	10		
4.4. Много	11		
4.5. Очень много	3		
5. ПРИГОДИТСЯ ЛИ УСЛЫШАННОЕ В РАБОТЕ			3.6
5.1. Нет	0		
5.2. Кое-что пригодится	3		
5.3. Пригодится все	15		
5.4. В некоторых разделах теперь буду работать по-другому	4		
5.5. В большинстве затронутых разделов буду работать по-другому.	8		
6. БЫЛО ЛИ ИНТЕРЕСНО?			3.7
6.1. Было скучно	0		
6.2. Не очень	0		
6.3. Интересно, но не все	11		
6.4. Все было интересно	17		
6.5. Все было очень интересно	2		
7. СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ РАССКАЗОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, БЕСЕДОЙ И СОБСТВЕННЫМИ УПРАЖНЕНИЯМИ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ			3.5
7.1. Надо было просто прочитать лекции, а мы бы записали	0		
7.2. Надо было беседовать и рассказывать, а на компьютер потратить времени меньше.	0		
7.3. Соотношение было хорошим	19		
7.4. Надо было рассказывать компактнее, чтобы выгадать время для самостоятельной работы за компьютером	7		
7.5. Надо было большую часть времени провести за компьютером	4		

8. О ПОВТОРЕНИЯХ У ПРЕПОДАВАТЕЛЯ	3.4
8.1. Повторялся много и совершенно напрасно	0
8.2. Можно было повторяться меньше	2
8.3. Все нормально	18
8.4. Повторения были, но так лучше запоминается	7
8.5. Повторения были, но они помогают всесторонне увидеть предмет	3

ОБЩИЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ	3.5

Курс 2. Введение в автоматизированное управление стационаром: базы данных и выходные формы. 20-часовой курс для главных врачей и старших медстатистиков стационаров. 19.02.96 - 23.02.96.
 Количество групп - 1. Общее количество слушателей - 9.
 Преподаватели В.М.Тавровский, С.В.Каркавина.

Список слушателей

- | | | |
|--------------|------------------|-------------------|
| 1. М.Д.Орлов | 3. А.Ф.Гринь | 6. Э.А.Кошуба |
| 2. И.В.Бибо | 4. Г.И.Сердюкова | 7. Л.И.Пермякова |
| | 5. Л.С.Панькова | 8. Т.С.Бердинкова |
| | | 9. Г.Г.Логина |

Результаты анкетного опроса

	Число ответов	Средний балл
1. СВОЕВРЕМЕННО ЛИ ПРОВЕДЕН КУРС?		3.0
1.1. Преждевременно	0	
1.2. Надо бы раньше	6	
1.3. Не могу судить	0	
1.4. Пожалуй, своевременно	0	4.0
1.5. Очень своевременно	3	
2. НАДО ЛИ БЫЛО ПРОВОДИТЬ ЕГО В ТАКОМ СОСТАВЕ (главный врач + медстатистик)?		4.0
2.1. Не надо	1	
2.2. Это не лучшее решение	0	
2.3. Можно и так	0	
2.4. Это неплохо	5	
2.5. Это здорово	3	

ОБЩИЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ		4.3
3. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА (для данного этапа)		4.3
3.1. Чрезмерная	0	
3.2. Многовато	0	
3.3. Приемлемая	1	
3.4. Достаточная	4	
3.5. Надо бы подольше	4	
4. МНОГО ЛИ НОВОГО ВЫ УЗНАЛИ?		3.7
4.1. Ничего нового	0	
4.2. Кое-что	0	
4.3. Немало	4	
4.4. Много	4	
4.5. Очень много	1	

5. ПРИГОДИТСЯ ЛИ УСЛЫШАННОЕ В РАБОТЕ		3.1
5.1. Нет	0	
5.2. Кое-что пригодится	0	
5.3. Пригодится все	8	
5.4. В некоторых разделах теперь буду работать по-другому	20	
5.5. В большинстве затронутых разделов буду работать по-другому.	21	
	0	
6. БЫЛО ЛИ ИНТЕРЕСНО?		4.1
6.1. Было скучно	0	
6.2. Не очень	0	
6.3. Интересно, но не все	1	
6.4. Все было интересно	6	
6.5. Все было очень интересно	2	
7. СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ РАССКАЗОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, БЕСЕДОЙ И СОБСТВЕННЫМИ УПРАЖНЕНИЯМИ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ		3.7
7.1. Надо было просто прочитать лекции, а мы бы записали	0	
7.2. Надо было беседовать и рассказывать, а на компьютер потратить поменьше.	0	
7.3. Соотношение было хорошим	6	
7.4. Надо было рассказывать компактнее, чтобы выгадать время для самостоятельной работы за компьютером	0	
7.5. Надо было большую часть времени провести за компьютером	3	
8. О ПОВТОРЕНИЯХ У ПРЕПОДАВАТЕЛЯ		4.0
8.1. Повторялся много и напрасно	0	
8.2. Можно было повторяться меньше	0	
8.3. Все нормально	3	
8.4. Повторения были, но так лучше запоминается	3	
8.5. Повторения были, но они помогают всесторонне увидеть предмет	3	
ОБЩИЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ		3.7

Курс 3. Хранение, передача и обработка информации в условиях компьютеризации лечебно-диагностического процесса. 20-часовой курс для медстатистиков поликлиник и стационаров. 22.04.96 - 07.06.96.

Количество групп - 5. Общее количество слушателей - 22.
Преподаватель С.В.Каркавина.

Список слушателей

- | | | |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1. И.К.Исакова | 9. С.В.Свалова | 17. Л.С.Панькова |
| 2. Н.А.Султанбаева | 10. И.С.Никитина | 18. Н.Ф.Бакиева |
| 3. Клара м/ст | 11. А.Н.Хохлова | 19. Л.П.Семенова |
| 4. В.П.Шушканова | 12. Э.Ш.Каримова | 20. Т.Н.Кунгурцева |
| 5. Н.В.Уткина | 13. Л.В.Максимова | 21. Л.А.Пермякова |
| 6. Ирина м/ст | 14. Л.Н.Иванова | 22. Г.Г.Логинова |
| 7. Н.В.Ченцова | 15. В.А.Коновалова | |
| 8. М. м/ст | 16. И.С.Никитина | |

Курс 4. Оценка медицинской деятельности при компьютеризации лечебно-диагностического процесса. 12-часовой курс для заместителей главных врачей ЛПУ по качеству и экспертов фондов и компаний медицинского страхования. 8.04.96 - 26.04.96.

Количество групп - 5. Общее количество слушателей - 30.
Преподаватели В.М.Тавровский, С.В.Каркавина.

Список слушателей

- | | | |
|---------------------|--------------------|----------------------|
| 1. А.П.Осеева | 11. Л.А.Кондрахина | 21. В.А.Полковникова |
| 2. Л.Н.Смолина | 12. Н.В.Зыкова | 22. Л.А.Ефремова |
| 3. Л.В.Кухтерина | 13. Л.Р.Федорова | 23. И.Н.Законова |
| 4. Б.И.Нагибин | 14. Г.В.Ковалева | 24. Л.Н.Чукреева |
| 5. Т.Д.Пшеничникова | 15. Т.А.Тиасина | 25. Н.Н.Копотаева |
| 6. Н.С.Тиглева | 16. Т.К.Пестрикова | 26. Н.В.Олькова |
| 7. Е.В.Мосунова | 17. Н.С.Назырова | 27. Т.М.Сердюкова |
| 8. Е.Н.Полухина | 18. Фролова | 28. Л.Н.Мартынова |
| 9. Н.В.Волошина | 19. Буртова | 29. Н.П.Кильтау |
| 10. Т.А.Молокова | 20. Захарова | 30. Л.П.Кулинич |

Курс 5. Принципы и инструменты автоматизированного управления лечебно-диагностическим процессом в поликлинике. 20-часовой курс для заведующих отделениями и заместителей главных врачей поликлинических учреждений. 20.05.96 - 21.06.96.

Количество групп - 4. Общее количество слушателей - 31.
Преподаватели В.М.Тавровский, С.В.Каркавина, А.Е.Ербактанов
Ст. лаборант А.А.Шепоткова

Список слушателей

- | | | |
|-------------------|----------------------|-----------------------|
| 1. Г.В.Дмитриенко | 10. З.Д.Чистякова | 21. В.А.Кривошеина |
| 2. С.А.Бабинова | 11. Л.Я.Каширских | 22. Е.В.Мосунова |
| 3. Н.Н.Ржанникова | 12. В.П.Четверкина | 23. С.А.Мариупольская |
| 4. Л.Д.Явлочко | 13. Р.П.Половникова | 24. С.А.Колубаев |
| 5. Н.С.Тиглева | 14. Н.А.Султанбаева | 25. Л.Л.Карпова |
| 6. Л.А.Сысолятина | 15. Ц.С.Зорина | 26. Н.В.Кузьмина |
| 7. Л.П.Таушан | 16. Н.Н.Копотаева | 27. Г.П.Вятчинина |
| 8. А.В.Курзин | 17. В.П.Ларионова | 28. Ф.А.Каранова |
| 9. Ф.И.Пивоварчук | 18. В.А.Полковникова | 29. О.В.Колтяева |
| | 19. Л.П.Менк | 30. О.Т.Соколова |
| | 20. | 31. Н.Е.Битюкова |

Результаты анкетного опроса

3.4

Вопрос	Число ответов	Средний балл
1. СВОЕВРЕМЕННО ЛИ ПРОВЕДЕН КУРС?		
1.1. Преждевременно	0	2.3
1.2. Надо бы раньше	27	
1.3. Не могу судить	0	
1.4. Пожалуй, своевременно	3	
1.5. Очень своевременно	1	

Вопрос	Число ответов	Средний балл
2. НАДО ЛИ БЫЛО ПРОВОДИТЬ ЕГО В СМЕШАННОМ СОСТАВЕ (заведующие отделениями + зам. главного врача)?		3.9
2.1. Не надо	0	
2.2. Это не лучшее решение	0	
2.3. Можно и так	14	
2.4. Это неплохо	7	
2.5. Это очень хорошо	10	

Вопрос	Число ответов	Средний балл
3. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА (для данного этапа)		4.0
3.1. Чрезмерная	0	
3.2. Многовато	0	
3.3. Приемлемая	8	
3.4. Достаточная	14	
3.5. Надо бы подольше	9	

Вопрос	ТЕМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ						Средний балл
	Анализ	Достоинства	Ранги и классификация	Товары	Полки	Азы работы	
4. МНОГО ЛИ НОВОГО ВЫ УЗНАЛИ?							3.3
4.1. Ничего нового				0			
4.2. Кое-что				6			
4.3. Немало				10			
4.4. Много				11			
4.5. Очень много				3			
5. ПРИГОДИТСЯ ЛИ УСЛЫШАННОЕ В РАБОТЕ							3.3
5.1. Нет				0			
5.2. Кое-что пригодится				2			
5.3. Пригодится все				20			
5.4. В некоторых разделах теперь буду работать по-другому				6			
5.5. В большинстве затронутых разделов буду работать по-другому.				3			

Вопрос	Число ответов	Средний балл
6. БЫЛО ЛИ ИНТЕРЕСНО?		3.5
6.1. Было скучно	0	
6.2. Не очень интересно	2	
6.3. Интересно, но не все	15	
6.4. Все было интересно	10	
6.5. Все было очень интересно	4	

ОБЩИЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ

3.3

7. СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ РАССКАЗОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, БЕСЕДОЙ И СОБСТВЕННЫМИ УПРАЖНЕНИЯМИ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ 3.4
- 7.1. Надо было просто прочитать лекции, а мы бы записали 0
- 7.2. Надо было беседовать и рассказывать, а на компьютер потратить поменьше. 0
- 7.3. Соотношение было хорошим 24
- 7.4. Надо было рассказывать компактнее, чтобы выгадать время для самостоятельной работы за компьютером 2
- 7.5. Надо было большую часть времени провести за компьютером 5
8. О ПОВТОРЕНИЯХ У ПРЕПОДАВАТЕЛЯ 3.7
- 8.1. Повторялся много и напрасно 0
- 8.2. Можно было повторяться меньше 1
- 8.3. Все нормально 16
- 8.4. Повторения были, но так лучше запоминается 6
- 8.5. Повторения были, но они помогают всесторонне увидеть предмет 8

9. ТЕМЫ ЗАНЯТИЙ

ВАША ОЦЕНКА	ТЕМЫ ЗАНЯТИЙ						
	История бо- лезни	Ана- лиз, РК, РП	Авто- мат. режи- мы	Ран- ги и бал- лы	Текст- товый реда- ктор	Папка заве- ду- щего	Азы ра- боты с компью- тером
9.1. Ненужное занятие (потеря времени)	0	0	0	0	0	0	0
9.2. Важная, но плохо преподаваемая тема	1	0	0	0	2	0	3
9.3. Небесполезная, не обязательная тема	4	0	2	1	1	2	2
9.4. Занятие нужное	19	16	20	19	13	21	14
9.5. Занятие очень нужное	7	15	9	11	15	8	12

Средний балл 4.1 4.5 4.2 4.4 4.3 4.2 4.1

10. ОБ ОТВЕТАХ НА ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ЗАДАВАЛИ ВЫ И ВАШИ КОЛЛЕГИ 4.1
- 10.1. Вопросы остались без ответа 0
- 10.2. Ответы неудовлетворительные 0
- 10.3. Ответы удовлетворительны, но не полны 4
- 10.4. Ответы были полными 21
- 10.5. Ответы были исчерпывающими и интересными 6

ОБЩИЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ 3.8

Курс 6. Принципы и инструменты автоматизированного управления лечебно-диагностическим процессом в стационаре. 20-часовой курс для заведующих отделениями и заместителей главных врачей стационаров. 24.06.96 - 28.06.96.

Количество групп - 1. Общее количество слушателей - 4.
Преподаватели В.М.Тавровский, С.В.Каркавина.
Ст. лаборант А.А.Шепоткова

Список слушателей

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1. Т.И.Булаева | 3. Л.М.Качерукова |
| 2. Г.П.Гончарук | 4. В.Г.Петров |

Курс 7. Введение в автоматизированное управление лечебно-диагностическим процессом в городе. 12-часовой курс для руководителей городского здравоохранения. 13.06.96 - 15.06.96.

Количество групп - 1. Общее количество слушателей - 4.
Преподаватели В.М.Тавровский, С.В.Каркавина.

Список слушателей

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. А.И.Макаров | 3. А.С.Корначев |
| 2. А.Б.Ербактанов | 4. А.В.Бергман |

5. ВНЕДРЕНИЕ И ПОДДЕРЖКА СИСТЕМ
УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ

В апреле 1996 года в поликлинике г. Тобольска внедрена автоматизированная система управления поликлиникой (А.Б.Ербактанов, С.В.Каркавина, А.И.Макаров): установлены автоматизированные рабочие места участковых врачей, программные комплексы "Управление поликлиникой", "Учет и анализ заболеваемости" и "Управление экспертизой качества медицинской помощи". Главный врач, его заместитель, заведующие отделениями и старший медицинский статистик инструкторованы по основным вопросам эксплуатации системы.

На протяжении апреля - июня 1996 года руководителям этой поликлиники и старшему медицинскому статистику регулярно давались все необходимые им консультации и передавались на магнитных носителях новые версии всех действующих у них программ (С.В.Каркавина).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к отчету НИЦ ТМЗ за 1-е полугодие 1996 года

Научно-инновационный центр
технологий муниципального здравоохранения

Профессор В.М.Тавровский, А.Л.Сушков

О ВОЗМОЖНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКАМИ ГОРОДА
ПО КРИТЕРИЯМ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Сообщение 1. Сравнительный анализ работы поликлиник города
по критериям заболеваемости и смертности

Никто не оспаривает, что обнаружение болезни и успешность лечения в не малой мере зависят от врача. Тогда надо признать, что показатели заболеваемости и смертности тоже зависят от врачей: от каждого из них в отдельности и от лечебно-профилактического учреждения в целом.

Поликлиники могут различаться составом врачей, особенностями организации, стилем работы руководителей, традициями, способами повседневного использования медицинской информации. Все это в какой-то степени отражается на эффективности медицинской помощи населению. Хотелось бы знать, в какой именно. Если она велика, то велика и ответственность организаторов здравоохранения за то, что только из-за особенностей организации и стиля работы медицинская помощь на отдельных территориях оказывается заметно хуже, чем на других. Такую нежелательную зависимость организатор должен устранить, а для этого надо уметь ее улавливать, надо предварительно изучить связь заболеваемости и смертности населения города с особенностями деятельности поликлиник и на этой основе разработать методику слежения, регулярной сравнительной оценки учреждений по этим критериям. Тогда скрытые сегодня организационные резервы улучшения медицинской помощи будут выявлены и использованы.

Чтобы приступить к такой задаче, требуются некоторые условия. Нужны исследователи, которые изучают закономерности лечебно-диагностического процесса в учреждении и в городе в целом. Нужно, чтобы руководители здравоохранения города и руководители медицинских учреждений принимали участие в исследовании, охотно предоставляя свои материалы и суждения, чтобы они проверяли возникающие в ходе исследования предположения на практике, в своих учреждениях. Наконец, надо располагать статистическими данными о смертности и заболеваемости и способами их быстрой и многообразной обработки - нужны автоматизированные базы данных, которые содержат уже накопленную информацию за несколько лет и регулярно и своевременно пополняются. В Тюмени все эти условия появились к началу 1996 года.

Материал

Использованы данные официальной статистики о смертности, заболеваемости, расходовании некоторых средств диагностики, а также о численности и структуре диспансерных контингентов на территориях обслуживания поликлиник. Все они получены из автоматизированных информационных баз Управления по здравоохранению и медицинскому страхованию при Администрации г. Тюмени. В свою очередь, эти базы являются копиями автоматизированных баз медицинских учреждений.

Изучению подвергнуты данные десяти поликлиник города за 1995 год и за первый квартал 1996 года. Взрослое население территорий обслуживания этих учреждений составляет 427 тысяч, а по поликлиникам колеблется между 26 и 94 тысячами. Не включены в исследование 8 небольших поликлиник и медсанчастей с населением от 3 до 16 тысяч (суммарное население - 53000).

Поликлиники различаются способами управления. Медсанчасть моторного завода, поликлиники 2 и 6 в течение 2,5-3 лет используют автоматизированную систему управления, разработанную Барнаульской лабораторией "Медицинские алгоритмы и системы". Ее суть состоит в

последовательном осуществлении диспансерного метода на основе 5-групповой диспансеризации населения с помощью компьютеризации рабочих мест врачей и руководителей. Поликлиники 3, 4, 5 и 7 используют ту же систему сравнительно недавно - полгода-год. Поликлиника 8 использует автоматизованные рабочие места, созданные на других принципах: они обеспечивают регистрацию действий врача и составление отчетов. Наконец, поликлиники 1 и 10 работают в условиях традиционного управления.

Метод

Анализ основан на представлении, что территории поликлиник если и различаются по возрастной структуре населения, социально-экономическим, санитарно-гигиеническим и экологическим характеристикам, то не в такой степени, чтобы это сказывалось на заболеваемости и смертности. Предполагается, что при одинаковом уровне медицинской помощи заболеваемость и смертность должны быть во всех районах города сходными. Если же на деле это не так, то при значительных различиях надо целенаправленно улучшать медицинскую деятельность отдельных учреждений.

Далее, приняты следующие допущения:

- 1) низкая заболеваемость при высокой смертности свидетельствует о недостаточном выявлении заболеваний,
- 2) при сходной заболеваемости то учреждение работает лучше, которое чаще выявляет заболевания, требующие более высокого уровня диагностики, и при этом обеспечивает меньшую смертность,
- 3) своевременное выявление заболеваний зависит как от широты применения важнейших диагностических методов, так и от того, на обследование каких контингентов они направляются прежде всего.

В соответствии со вторым допущением наряду с выявлением опухолей оценивалось выявление только рака, наряду с выявлением всех желудочно-кишечных заболеваний - выявление язвенной болезни и т.д. Иными словами, выделены болезни-маркеры: злокачественные опухоли, все эндокринные болезни, вся гематология, кроме анемий, ревматизм и стенокардия, язвенная болезнь, гепатит и желчекаменная болезнь, острый гломерулонефрит, камни почек и мочеточников и болезни предстательной железы. Предполагается, что чем лучше выявляют эти заболевания, тем ниже должна быть смертность.

Наконец, выявление заболеваний сопоставлено с использованием важных диагностических ресурсов (эндоскопических, рентгенологических и ультразвуковых методов исследования) и с уровнем диспансеризации - с численностью 3-ей, 4-й и 5-й групп диспансерного учета.

Результаты

Из таблиц 1 и 2 следует, что смертность на территориях поликлиник варьирует очень существенно. Это видно и по данным 1995 года, и по первому кварталу 1996 года. Обе таблицы упорядочены по нарастанию суммарной смертности от заболеваний. Поликлиники 2 и медсанчасть моторного завода занимают в этих таблицах лучшие места, поликлиники 3, 5 и 7 - худшие, поликлиники 1 и 6 тяготеют к первым, 4, 8 и 10 - ко вторым.

Таблица 1
СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ в 1995 г.

Поликлиника	Вся смертность	ОПУХОЛИ	ЭНДОКРИННЫЕ Б-НИ	Б-НИ НС И ОРГ. ЧУВСТВ	СЕРД.-СОСУД. БНИ	Б-НИ ОРГ. ДЫХАНИЯ	Б-НИ ОРГ. ПИЩЕВАР.	МОЧЕ-ПОЛОВ. Б-НИ
М.З-д	5.270	1.050	0.090	0.030	3.310	0.260	0.260	0.030
2	7.940	1.600	0.170	0.100	5.100	0.380	0.380	0.080
06	9.240	2.410	0.060	0.060	5.380	0.320	0.480	0.100
1	9.370	1.550	0.140	0.000	6.630	0.360	0.360	0.070
8	10.030	2.010	0.040	0.000	6.580	0.560	0.320	0.020
10	10.150	2.330	0.120	0.030	6.150	0.480	0.610	0.060
4	10.410	1.990	0.130	0.080	7.090	0.450	0.210	0.130
5	10.520	2.070	0.080	0.080	6.220	0.690	0.500	0.190
3	10.570	2.430	0.080	0.040	6.640	0.500	0.420	0.120
7	11.910	2.000	0.090	0.070	7.780	0.460	0.670	0.140

Таблица 2
СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ в 1 квартале 1996 г.

Поликлиника	Вся смертность	ОПУХОЛИ	ЭНДОКРИННЫЕ Б-НИ	Б-НИ НС И ОРГ. ЧУВСТВ	СЕРД.-СОСУД. БНИ	Б-НИ ОРГ. ДЫХАНИЯ	Б-НИ ОРГ. ПИЩЕВАР.	МОЧЕ-ПОЛОВ. Б-НИ
М.З-д	1.450	0.330	0.020	0.010	0.830	0.070	0.100	0.010
2	1.650	0.310	0.030	0.030	1.030	0.130	0.040	0.000
1	1.770	0.250	0.000	0.000	1.300	0.070	0.070	0.000
10	2.450	0.480	0.000	0.000	1.790	0.090	0.060	0.000
4	2.470	0.370	0.000	0.030	1.700	0.080	0.110	0.000
6	2.480	0.420	0.030	0.000	1.670	0.160	0.100	0.030
8	2.500	0.390	0.020	0.000	1.620	0.170	0.130	0.020
3	2.550	0.500	0.040	0.000	1.660	0.150	0.120	0.000
5	2.760	0.420	0.040	0.000	1.800	0.190	0.190	0.040
7	3.470	0.810	0.060	0.060	2.140	0.140	0.120	0.000

Таблица 3 упорядочена по убыванию суммарной заболеваемости. Между ней и первыми двумя таблицами никакого соответствия нет, хотя результаты поликлиник и здесь варьируют значительно. Иными словами, нет соответствия между выявлением заболеваний и смертностью.

Положение меняется, если учитывать только выявление болезней-маркеров (таблица 4). Прежде всего резко выделяется поликлиника 7 - настолько резко, что приходится поставить под сомнение правильность регистрации заболеваний в этом учреждении: частота стенокардии, бронхиальной астмы, язвенной болезни здесь в 3-8 раз выше, чем в любой другой поликлинике. Более детальная проверка обнаружила, что информация здесь искажена из-за систематической ошиб-

Таблица 3

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В 1 квартале 1996 года

Поликлиника	Вся заболеваемость	ОПУХОЛИ	ЭНДОКРИННЫЕ БОЛЕЗНИ	БОЛЕЗНИ КРОВИ	ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ	Б-НИ НС И ОРГАНОВ ЧУВСТВ
8	228.298	1.445	0.604	2.265	1.014	8.045
7	120.815	3.788	1.475	1.446	2.169	9.832
2	112.756	2.585	2.105	0.325	2.514	33.588
4	104.447	2.230	1.062	0.398	3.558	19.859
М.З-д	101.783	0.588	2.126	0.588	7.651	28.232
6	93.189	2.060	4.024	0.193	3.058	33.477
5	81.440	1.151	1.075	1.190	1.535	19.420
1	76.100	0.613	0.505	0.433	0.793	19.971
10	74.484	1.515	1.121	0.697	1.939	11.788
3	63.321	0.502	0.463	0.502	3.666	0.926

Окончание таблицы 3

Поликлиника	СЕРД.-СОСУД. БОЛЕЗНИ	БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАР.	МОЧЕ-Половые БОЛЕЗНИ
8	14.235	85.204	5.953	9.533
7	37.707	35.915	10.873	17.610
2	10.240	45.608	6.271	9.520
4	14.257	50.073	7.328	5.682
М.З-д	11.028	39.602	5.557	6.411
6	6.760	31.932	8.691	2.994
5	8.251	32.852	5.450	10.516
1	5.840	39.690	4.254	4.001
10	6.000	42.697	5.848	2.879
3	9.376	37.004	8.412	2.470

ки: у пациентов с выявленными ранее заболеваниями при вводе данных в компьютерные истории болезни вместо даты установления диагноза вносилась дата ввода в компьютер, что повело к резкому увеличению "впервые выявленных" заболеваний. По этой причине поликлинику 7 пришлось из обсуждения результатов исключить.

Далее, принципиально важно, что поликлиники с наименьшей смертностью отличаются самым высоким уровнем выявления маркеров.

Таблица 5 содержит более внушительную статистику - за весь 1995 год (по поликлиникам 1, 7 и 10 за этот год в нашем распоряжении нет данных). Она выявляет то же самое соотношение: наилучшее выявление заболеваний-маркеров (рака, сахарного диабета и болезней щитовидной железы, стенокардии и ревматизма, язвенной болезни и желчекаменной болезни, бронхиальной астмы, мочекаменной болезни и заболеваний предстательной железы) обеспечили именно те поликлиники, для которых по данным таблицы 1 характерна сравнительно низкая смертность.

Таблица 4
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В 1 квартале 1996 года ("маркеры")

Поли-кли-ника	СУММА	Рак	Эндо-кринные болезни	Болезни крови без анемии	Ревма-тизм	Стено-кардия	Бронхи-альная астма
7	11,076	1.301	1.475	0.145	0.318	3.181	1.128
6	7.951	0.837	4.024	0.000	0.064	0.097	0.097
2	7.529	1.102	2.105	0.000	0.071	0.311	0.099
М.З-д	7.319	0.363	2.126	0.075	0.085	0.577	0.171
5	7.178	0.576	1.075	0.499	0.307	0.499	0.154
4	5.788	0.770	1.062	0.080	0.106	0.717	0.133
3	4.209	0.463	0.463	0.039	0.039	0.463	0.309
1	3.713	0.144	0.505	0.000	0.000	0.505	0.144
10	3.395	0.455	1.121	0.000	0.061	0.273	0.061
8	2.740	0.302	0.604	0.000	0.022	0.000	0.108

Окончание таблицы 4

Поли-кли-ника	Язвен-ная болезнь	Гепатит	Желче-каменная болезнь	Гломе-руло-нефрит	Моче-каменная болезнь	Болезни простаты
7	1.301	0.058	0.376	0.058	1.301	0.434
6	0.322	0.322	0.708	0.000	0.418	1.062
2	0.311	0.240	0.508	0.071	1.977	0.734
М.З-д	0.374	0.256	0.353	0.000	2.148	0.791
5	0.614	0.077	0.192	0.000	1.113	2.072
4	0.398	0.133	0.451	0.027	1.327	0.584
3	0.502	0.463	0.232	0.039	1.158	0.039
1	0.613	0.180	0.144	0.000	0.793	0.685
10	0.333	0.273	0.394	0.000	0.333	0.091
8	0.151	0.302	0.345	0.000	0.259	0.647

Таблица 6 иллюстрирует охват диспансерным наблюдением больных, у которых различные заболевания были выявлены в предыдущие годы. Она упорядочена по суммарному количеству статталоннов "с минусом". Очевидно, что низкая смертность характерна для поликлиник с наибольшей активностью наблюдения за ранее выявленными больными.

Таблица 7 показывает численность 3, 4 и 5 групп учета, причем упорядочена она по величине N_4 , которая представляет собою отношение численности 4 и 5 групп к квадрату численности 3-ей группы. Строки этой таблицы распределены в порядке, очень близком к тому, который имеет место в таблице 2. Для наглядности в последней колонке таблицы 7 приведены цифры смертности.

Таблица 5

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В 1995 году ("маркеры")

Поликлиника	СУММА	Рак	Эндокринные болезни	Болезни крови без анемии	Ревматизм	Стенокардия	Бронхиальная астма
2	20.099	1.864	4.944	0.085	0.099	0.706	0.621
М.З-д	18.689	1.624	5.471	0.118	0.513	2.992	0.449
6	13.778	1.899	4.635	0.129	0.451	0.869	0.097
3	12.852	1.698	1.698	0.039	0.116	3.048	1.312
5	10.863	2.188	2.341	0.115	0.192	2.495	0.307
8	5.307	0.367	0.712	0.000	0.000	0.000	0.065
4	5.256	0.850	1.274	0.000	0.159	0.664	0.212

Окончание таблицы 5

Поликлиника	Язвенная болезнь	Гепатит	Желчекаменная болезнь	Гломеруло-нефрит	Мочекаменная болезнь	Болезни простаты
2	1.356	1.045	1.031	0.071	4.788	3.489
М.З-д	1.111	1.111	1.485	0.118	3.195	0.502
6	1.191	0.998	2.125	0.161	0.579	0.644
3	1.621	0.965	0.965	0.039	1.235	0.116
5	0.883	0.154	0.576	0.115	0.691	0.806
8	0.625	0.863	1.035	0.000	0.367	1.273
4	0.398	0.292	0.398	0.027	0.690	0.292

Таблица 6

РАНЕЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ БОЛЕЗНИ - ПЕРВАЯ ЯВКА В ГОДУ
(на 1000 жителей, за 1 квартал 1996 года)

Поликлиника	СУММА	ОПУХОЛИ	ЭНДОКРИН. Б-НИ	ГЕМАТОЛ. Б-НИ	Б-НИ НС И ОРГ. ЧУВСТВ	СЕРД.-СОСУД. Б-НИ	Б-НИ ОРГ. ДЫХ.	Б-НИ ОРГ. ПИЩЕВ.	МОЧЕПОЛ. Б-НИ
6	332.260	8.627	26.524	2.543	111.311	98.275	24.207	47.447	13.326
2	270.272	11.554	20.932	2.754	31.286	102.713	26.540	53.758	20.735
М.З-д	268.118	4.146	14.907	3.815	32.720	124.308	25.058	49.764	13.400
5	206.440	3.416	9.518	0.883	41.334	92.723	14.968	22.835	20.763
4	178.787	2.416	8.815	1.407	41.391	85.119	15.266	20.603	3.770
3	169.742	2.277	4.785	2.084	1.814	74.510	48.464	31.641	4.167
10	154.819	3.727	9.152	2.182	20.576	62.000	17.970	30.182	9.030
8	128.114	2.372	5.565	2.782	29.419	43.093	13.070	22.539	9.274
7	121.161	3.470	2.545	0.665	19.663	40.368	35.915	10.988	7.547
1	93.907	1.658	8.904	0.757	24.621	30.101	10.598	10.887	6.381

В таблице 8 обращают на себя внимание значительные различия в использовании и УЗИ (от 28 до 93 на 1000 жителей), и рентгенодиагностики (от 11 до 88), и эндоскопии (от 2 до 42), и биопсии при эндоскопических исследованиях (от 0 до 1.5 на 1000 жителей).

Таблица 7
Диспансерные контингенты и смертность (на 1000 жителей)

Поликлиника	3-я группа учета а	4 и 5 группы б	b/a	N= b/(a*a)	Смертность от болезней в 1995 г.
2	390.981	41.444	0.106	0.000	7.940
6	249.730	31.466	0.126	0.001	9.240
М.З-д	114.103	15.518	0.136	0.001	5.270
10	137.000	30.152	0.220	0.002	10.150
8	109.177	31.079	0.280	0.003	10.030
1	79.921	26.352	0.330	0.004	9.370
3	52.942	14.506	0.274	0.005	10.570
5	48.453	32.173	0.664	0.014	10.520
4	21.824	21.060	0.965	0.044	10.410

Смертность находится в прямой корреляции с численностью 4 и 5 групп учета и в обратной - с квадратом численности 3-ей группы

Таблица 8
Использование важнейших методов диагностики заболеваний органов брюшной полости поликлиниками города в 1995 г.

Поликлиника	ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА				РЕНТГЕН-ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ		УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ		Доля УЗИ ОБП от всех УЗИ-исследований (%)
	Кол-лич.	На 1000 жителей	С биопсией		Колич.	На 1000	Колич.	На 1000	
			Колич.	На 1000					
1	1162	41.88	0		0	-	0		
2	2381	29.46	118	1.46	7093	87.77	19645	243.09	52.6
3	0	(в п-ке Геологов)			1769	68.26	1710	65.98	79.2
4	83	2.2	0		1100	29.20	1548	41.10	95.6
5	0	(в п-ке 1)			885	33.96	729	27.98	96.6
6	201	6.47	0		858	27.62	2904	93.48	41.3
7	0	(в б-це 1)			525	11.03	0		
8	210	3.98	12	0.22	1111	21.03	2123	40.19	70.9
10	0	(в обл. б-це)			723	21.91	0		
М.З-д	571	5.59	32	0.31	1306	12.79	4211	41.25	89.1

К сожалению, по ряду учреждений этих важных сведений в базе "Медстат" не оказалось. Из следующих таблиц эти поликлиники исключены. Исключена и по высказанным выше причинам поликлиника 7.

Строки таблиц 9 и 10 расположены по убыванию численности 3-ей группы учета, кроме того, в последней колонке для наглядности повторены данные о смертности. Поликлиники 1 и 2 выделяются большим

Таблица 9

Диспансерные контингенты и выявление заболеваний
желудочно-кишечного тракта в 1995 г.
(все показатели рассчитаны на 1000 жителей)

Поли- кли- ника	3-я группа учета	ФГС а	В т.ч. с био- псией	Рентг. ЖКТ b	a:b	Выявление		Смертность	
						язв. б-нь	рак ЖКТ	рак ЖКТ	все болезни
2	390.981	29.46	0.31	87.77	1:3	1.356	0.40	0.36	7.940
6	249.730	6.47	0.0	27.62	1:4.3	1.191	0.29	0.39	9.240
М.З-д	114.103	5.59	1.46	12.79	1:2.3	1.111	0.26	0.24	5.270
8	109.177	3.98	0.22	21.03	1:5.3	0.625	0.00	0.46	10.030
1	79.921	41.88	?	?		0.648	0.00	0.36	9.370
3	52.942	?	?	68.26		1.621	0.23	0.69	10.570
4	21.824	2.2	0.0	29.20	1:13.3	0.398	0.23	0.64	10.410

Таблица 10

Диспансерные контингенты и выявление
заболеваний печени и желчевыводящих путей в 1995 г.
(все показатели рассчитаны на 1000 жителей)

Поли- кли- ника	3-я группа учета	Исслед. органов брюшной полости		Выявление		
		УЗИ	РЕНТГ	желче-камен- ная болезнь	Проч. б-ни печени и желчных путей	ИТОГО
2	390.981	243.09	87.77	1.031	1.045	2.076
6	249.730	93.48	27.62	2.125	0.998	3.123
М.З-д	114.103	41.25	12.79	1.485	1.111	2.596
8	109.177	40.19	21.03	1.035	0.863	1.898
3	52.942	65.98	68.26	0.965	0.965	1.930
5	48.453	27.98	33.96	0.576	0.154	0.730
4	21.824	41.10	29.20	0.398	0.292	0.690

количеством исследований потому, что их данные включают и обследо-
вание госпитальных больных, относящихся к другим территориям; вы-
делить из этих данных только "своих" больных, к сожалению, невоз-
можно - остается предположить, что "свои" не обойдены вниманием
эндоскопических и рентгеновских кабинетов.

Как правило, эндоскопия используется тем шире, чем больше 3-я
группа учета. Исключение составила 1-я поликлиника, именно ее при-
мер показывает, что и широкое применение ФГС при низком уровне
диспансеризации не обеспечило в этом учреждении достаточного уров-
ня выявления заболеваний. Заметим также, что чем выше уровень дис-
пансеризации, тем больше меняется соотношение между эндоскопичес-
кими и рентгенологическими методами в пользу эндоскопии.

В целом, четыре взаимозависимых фактора положительно влияют на
выявление язвенной болезни и злокачественных опухолей желудочно-
кишечного тракта (перечисляются по убыванию силы воздействия):

Таблица 11

Флюорография в январе - апреле 1996 года

Поликлиника и период	Насе- ление	Осмотр- ено	Охват в %		Патол.		Рак	Тубер- кулез
			за период	за 1 мес.	абс	%		
2 (I-IV)*	69434	5929	8.5 (5.4)	2.1 (1.4)	758	12.8	1	6
6 (I-IV)	35760	3457	9.7	2.42	68	1.97	3	8
7 (I-IV)	34973	3495	10.0	2.50	72	2.10	0	37
М.З-д (I-IV) Барнаул, п.9	96529	5054	5.2	1.30	80	1.57	0	0
(I-III)	65999	7245	11.0	3.66	132	1.82	6	6

* Во 2-й поликлинике 2150 человек из 5929 - это обследованные жители других территорий.

Таблица 12

Выявление рака и туберкулеза легких в 1996 году
по данным статталоннов (на 1000 жителей)

Поликли- ника	Насе- ление	Выявлено за 1 кв. 1996				Смертность (1995)			
		рак легких		туб. легких		от рака		от туб.	
2	69434	17	0.24	7	0.10	30	0.43	6	0.09
6	35760	1	0.03	2	0.06	12	0.34	7	0.20
7	34973	4	0.11	8	0.23	19	0.83	14	0.40
М. З-д	96529	4	0.04	8	0.08	17	0.18	16	0.17
Барнаул	65999	14	0.21	9	0.13	28	0.42	9	0.13

численность третьей группы диспансерного учета, использование эн-
доскопии, применение биопсии при эндоскопии и использование рент-
генологических методов.

Сходная картина складывается и в отношении выявления заболева-
ний печени и желчевыводящих путей. Как следует из материалов по-
ликлиники 3, само по себе широкое применение УЗИ и рентгеновских
методов не обеспечивает хорошего выявления. С другой стороны, по-
ликлиника 2 показывает, что с определенного момента наращивание
активности перестает давать положительный эффект, а может быть,
даже снижает его.

В таблицах 11 и 12, кроме поликлиник Тюмени, использующих авто-
матизированный комплекс "флюорография" в составе системы управле-
ния, приведены и данные поликлиники 9 г. Барнаула, где эта система
используется 3 года, а флюорографии руководители уделяли особое
внимание.

Из таблицы 11 следует, что флюоростанции поликлиник, во-первых,
нагружены неравномерно, а во-вторых, все нагружены лишь на 30-50%
от нормы. При этом охват населения флюороосмотрами низок. Медсан-
часть моторного завода выделяется особенно низким охватом, а по-
ликлиники 6 и 7 - особенно выраженной недогрузкой.

Бросается в глаза необычная частота патологических изменений,
регистрируемых во 2-й поликлинике: либо там отмечают в качестве
патологии несущественные изменения, либо другие поликлиники сплошь

и рядом не учитывают патологии, которая на самом деле есть. Более вероятно, что ошибку допускает поликлиника 2: различия в частоте обнаружения рака и туберкулеза вовсе не так велики. Однако и они примечательны.

Прежде всего надо оценить данные о туберкулезе в поликлинике 7. По данным статталоннов (таблица 12), туберкулез обнаружен не у 37, а только у 8 человек и притом у большинства - запущенный, так что не исключено, что эти 8 и не входили в число 37, а последние - это случаи, где диагноз внесли поспешно, до или без необходимого дообследования. Рак в этой поликлинике флюороосмотрами не выявляют вообще, хотя другими способами он обнаружен у 4 человек. Неблагополучие с использованием флюороосмотров для выявления рака и туберкулеза подчеркивается и тем, что в 1965 году самая высокая смертность от обеих нозологических форм была именно в поликлинике 7.

Противоречивы и данные 6-й поликлиники: флюоростанция отчиталась за 11 выявленных при флюорографии, а врачи зарегистрировали только 3 случая.

Заслуживает внимания и неэффективность профосмотров в медсанчасти моторного завода: 12 больных раком и туберкулезом легких в первом квартале 1996 года были выявлены не с помощью флюороосмотров, а другими способами. Этому противоречит самая низкая смертность от рака и туберкулеза на соответствующей территории и поэтому возникает предположение, что здесь не всю работу флюоростанции регистрируют после дообследования. Во 2-й поликлинике из 24 больных раком и туберкулезом флюорографически выявлено 7 (в поликлинике 9 Барнаула из 23 - 12).

Обсуждение результатов и рекомендации

1. Роль и обеспечение диспансеризации.

Значительность различий в смертности и их корреляция с различиями в частоте выявления заболеваний и в интенсивности диспансерной работы заслуживают внимательного рассмотрения.

Прежде всего обратим внимание на явную корреляцию между интенсивностью диспансерной работы, с одной стороны, и выявлением заболеваний и смертностью - с другой. Там, где диспансерное наблюдение достаточно полно охватывает не только больных в фазе обострения или декомпенсации, но и в фазе ремиссии (медсанчасть моторного завода, поликлиники 1 и 6), заболевания выявляются лучше, а смертность существенно ниже.

Механизм этой связи очевиден: чем полнее охват диспансерным наблюдением, тем шире используются самые эффективные средства диагностики. Кроме того, они направляются прежде всего на взятые под наблюдение группы риска, и потому дают наибольший результат. Можно предположить, что и лечебно-профилактические мероприятия проводятся при этом более широко и целенаправленно.

Пренебрежение диспансерным методом, основанным на 5-групповой системе, ведет к серьезным последствиям в виде несвоевременного выявления злокачественных опухолей, эндокринных заболеваний, язвенной болезни, желчекаменной болезни, мочекаменной болезни с соответствующим повышением смертности от заболеваний.

В достижении необходимого уровня диспансеризации решающую роль, по нашему мнению, сыграло последовательное использование автоматизированной системы управления лечебно-диагностическим процессом. Компьютерная история болезни обладает собственной, вложенной в нее активностью: она подсказывает врачу правильный образ действий, напоминает о необходимых мероприятиях, сортирует их, обеспечивает преемственность в ведении больного и взаимодействие между участковым терапевтом и "узкими" специалистами, выделяет тревожную информацию, которую система управления передает заведующему отделением и главному врачу. Руководители обеспечиваются своевременным анализом ситуации и эффективными средствами ее коррекции.

Разумеется, и лечащие врачи, и заведующие отделениями, и главный врач не сразу овладевают этими возможностями, неодинаково их используют - для освоения новых инструментов, иного стиля работы требуется время. Три уже упомянутых учреждения отличаются наибольшим опытом в этом смысле и именно поэтому они выделяются. Немаловажную роль сыграло и то, что в качестве пионеров они были предметом особых забот и со стороны городского Управления по здравоохранению, и со стороны разработчиков автоматизированной системы: их учили и контролировали больше, чем других.

Поликлиники 3 и 7, использующие ту же систему, до последнего времени пользовались меньшим вниманием. Поликлиники 4 и 5 ввели автоматизированную систему сравнительно недавно - полгода назад. Все четыре учреждения еще далеки от правильного, полного использования новых возможностей диспансерной работы. Тем не менее, лидеры тронулись: данные о заболеваемости за 1 квартал 1996 года в 3, 4 и 5 поликлиниках (таблица 4) и за 1995 год в поликлинике 3 (таблица 5) обнаруживают тенденцию к более своевременной диагностике. Из таблицы 6 следует, что и по слежению за уже выявленными больными поликлиники 3, 4 и 5 вышли на второе место.

Задача заключается в том, чтобы отставание этих учреждений от пионеров быстро преодолеть. При этом главные точки приложения сил - накопление в компьютерных базах сведений о жителях территории и обучение заведующих отделениями, главных врачей и их заместителей правильным приемам работы в условиях новой технологии. Все дальнейшее - сортировку пациентов и возникающих проблем, определение самых необходимых диагностических мероприятий, периодический контроль, выявление недоработок врача - в немалой мере возьмут на себя программы слежения и анализа.

Поликлиники 1 и 10 используют традиционные способы управления и, по нашему убеждению, не смогут существенно улучшить свою работу, поскольку не располагают для этого адекватными средствами. Ни сам по себе анализ, ни обоснованные призывы лучше работать, даже подкрепленные разнообразными приказами, помочь не способны.

Поликлиника 8 использует автоматизированные рабочие места врачей, но построенные на иных основаниях, нежели система управления в других поликлиниках. Результаты и года, и квартала свидетельствуют, что от поликлиник, не имеющих автоматизации, это учреждение в лучшую сторону не отличается. Вызывает тревогу низкий уровень выявления рака при высокой смертности от опухолей, самый низкий уровень распознавания эндокринных заболеваний, бронхиальной астмы, язвенной болезни, мочекаменной болезни, полное отсутствие даже за

весь 1995 год диагнозов ревматизма и стенокардии. При этом по смертности от опухолей, сердечно-сосудистых заболеваний и болезней органов дыхания поликлиника занимает видные места. При высокой смертности от заболеваний слежение за хрониками здесь одно из самых слабых (табл. 6), а численность 3-5 групп учета небольшая. Это указывает на недооценку состояния здоровья населения.

Не исключено, что в поликлинике 8 мы наблюдаем пример такой автоматизации, которая сама по себе не воздействует на качество лечебно-диагностического процесса, которая рассчитана только на использование руководителем с целью контроля по своему разумению и настолько, насколько успеется. Если это так, то неизбежно на первый план выступают не достоинства системы, а связанные с ней издержки, что и сказывается на результатах. Тогда есть основания ставить вопрос о переходе этого учреждения на тот путь, которым уже идут семь поликлиник Тюмени.

2. Критерии эффективности и резервы диспансерной работы.

Как уже было показано, смертность снижается соответственно росту численности диспансерных контингентов. Однако необоснованное расширение диспансерных групп (задержка в 4-й группе пациентов, у которых достигнута стойкая ремиссия, задержка излеченных в 3-ей группе) уже не даст результата и, более того, без нужды отягощая работу врача, может иметь отрицательные последствия. Значит, важно нащупать потолок, верхнюю границу численности диспансерных групп. Точкой опоры в таком поиске должно быть учреждение с наименьшей смертностью. На нашем материале это - медсанчасть моторного завода. Однако, надо учесть, что средний возраст жителей территории этой поликлиники на 4-5 лет меньше, чем на территориях поликлиник 2 и 6 (39 лет против 43 и 44 лет соответственно). Доля лиц старше 60 лет составляет здесь 10%, а во 2-й и 6-й поликлиниках - 19,3% и 20,1%.

Если опираться на данные о смертности, то для более молодой структуры населения в качестве ориентира можно принять численность и структуру контингентов медсанчасти моторного завода, а для более пожилой - показатели поликлиники 2. Следовательно, потолок еще не нащупан.

Частота выявления болезней-маркеров в 1995 году наиболее высока в тех же трех поликлиниках. То обстоятельство, что по этому признаку в 1 квартале они практически сравнялись, нельзя расценить, как достижение потолка возможностей из-за различий в смертности.

Поликлиника 6, где смертность выше, чем в поликлинике 2, характеризуется, меньшей численностью контингентов, то есть можно предположить, что на учет взяты еще не все больные. Вызывает тревогу отсутствие выявления стенокардии в 1 квартале 1996 года при сравнительно высокой смертности от сердечно-сосудистых болезней. Это может быть связано с ослаблением внимания к проблеме ИБС со стороны руководителей после периода успешного специального контроля за судьбой вновь выявленных кардиологических больных.

Не исчерпаны и возможности двух других учреждений. Частота выявления желчекаменной болезни в поликлинике 2 и медсанчасти моторного завода в полтора раза ниже, чем в 6-й поликлинике, причем это согласуется с использованием УЗИ органов брюшной полости: в 6-й поликлинике оно почти вдвое больше, чем в медсанчасти. Во 2-й по-

ликлинике повышена частота инфарктов миокарда при казалось бы вполне своевременном выявлении стенокардии. Это заставляет проверить, как лечат выявленных больных стенокардией.

Все три учреждения еще далеки от полного использования флюорографических осмотров населения, то есть от своевременного выявления рака и туберкулеза легких, особенно если сравнить их с данными поликлиники 9 г. Барнаула, где используется та же автоматизированная система управления.

С другой стороны, при значительных различиях в численности диспансерных групп число больных с прошлых лет по данным таблицы 6 во всех трех учреждениях удивительно совпадает, если в поликлинике 6 сделать поправку на группу психических заболеваний. Достаточно исключить из таблицы соответствующую колонку, чтобы результаты трех поликлиник стали неразличимы. Поэтому есть основания проверить, не запаздывают ли 6-ая и особенно 2-ая поликлиники с переводом пациентов в более благоприятные группы учета и не сказывается ли это отрицательно на конечных результатах. Неточная сортировка означает избыточность действий, перегрузку, менее рациональное распределение внимания врачей, что и сказывается на конечном результате. Данные о использовании некоторых ресурсов согласуются с такой возможностью. Так, поликлиника 6 использует УЗИ в 4 раза чаще, чем медсанчасть моторного завода, а соответствующий рост выявления заболеваний отмечен здесь только в отношении желчекаменной болезни. Следовательно, в остальных областях широкое применение УЗИ не дает этой поликлинике дополнительного эффекта.

Предположения о необоснованной задержке в группах учета подтверждается и сравнением трех поликлиник по частоте переводов: из 4-й и 5-й групп переводится в 3-ю в медсанчасть моторного завода в месяц одна треть, в поликлинике 2 - одна четверть, в поликлинике 6 - одна двадцатая, при этом во всех трех учреждениях велик разброс показателя между участками. Из 3-ей группы во 2-ю переводов почти нет.

3. Определение полноты выявления заболеваний.

Если тяжелые заболевания не выявляются, а общее число выявленных болезней не снижено или снижено незначительно, да к тому же смертность от заболеваний высока, то надо искать невыявленные болезни. Вероятно, носителями немалой их части являются люди, уже наблюдаемые поликлиникой по каким-то другим, возможно, ложным поводам. Часть исконых болезней скрывается под масками других заболеваний. Имеющиеся в нашем распоряжении базы данных позволяют установить самые частые маски и первые поиски в этом направлении дали обнадеживающие результаты.

Вся задача сводится к следующему. Во-первых, надо высказать патогенетически и семиотически обоснованные предположения о том, с чем сочетается и под какими ложными диагнозами может скрываться исконое заболевание. Затем, пользуясь базой учреждения, хорошо выявляющего это заболевание, надо получить статистику его сочетания с другими болезнями. В отношении самых частых из них надо сделать обратную процедуру: получить статистику их сочетания с искомой болезнью. Теперь можно приступить к базе учреждения, где выявление избранного заболевания страдает.

Сначала надо получить статистику "масок". Если их сочетания с искомыми заболеваниями редки, то оно кроется за этими масками. Теперь надо получить списки больных, посетивших поликлинику в последние 2 недели с диагнозами-масками и с искомым диагнозом, из первого списка вычеркнуть те фамилии, которые встречаются и во втором. То, что осталось, - список больных, которых надо пригласить на квалифицированную консультацию, предварительно ознакомившись с тем, как они обследованы к настоящему времени.

Таким способом можно проверить эффективность поиска и одновременно продемонстрировать лечащему врачу и руководителю учреждения их систематические ошибки. Конкретные детали, выявляющиеся при такой работе, могут быть использованы для дальнейшего совершенствования логики анализа.

Разумеется, для осуществления такой программы надо подготовить средства автоматического поиска.

Выводы

1. Своевременность выявления заболеваний и смертность от заболеваний в высокой степени зависят от полноты использования диспансерного метода, основанного на 5-групповой системе учета.

2. Автоматизация лечебно-диагностического процесса эффективна тогда, когда с ее помощью осуществляется диспансерный метод медицинской помощи населению. При этом условии автоматизация выявляет и реализует значительные возможности снижения смертности населения.

3. В ходе управления лечебно-диагностическим процессом в поликлиниках могут быть найдены такие оптимальные уровни численности диспансерных контингентов и использования диагностических ресурсов, которые обеспечивают наилучшее выявление заболеваний и наибольшее снижение смертности.

4. Автоматизированная система управления лечебно-диагностическим процессом позволяет управлять поликлиниками города по критериям заболеваемости и смертности.

РЕКОМЕНДАЦИИ ОБ УПРАВЛЯЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ

Поликлиника 1.

1. Вводить автоматизированную систему управления.
2. При эндоскопических исследованиях использовать биопсию.

Поликлиника 2.

1. Установить на ближайший квартал еженедельный контроль с помощью списков из базы "Учет и анализ заболеваемости" за тактикой врачей при вновь выявленной стенокардии. При обнаружении повторяющихся дефектов продлить контроль до конца года.

2. Выбрать участки, где численность 3-ей группы учета выше норматива, и проверить, не задерживаются ли больные излечимыми заболеваниями в этой группе (режимы "Контроль по данным ежемесячного анализа" и "Длительность ремиссии", произвольный поиск на основе списка "Избранные диагнозы"). При подтверждении гипотезы о задержке в 3 группе учета повторять контроль со стороны заведующих отде-

денными ежемесячно на участках, где численность 3-ей группы выше норматива.

3. Выбрать участки, где численность 4-й группы учета выше норматива, и проверить, не задерживаются ли больные в этой группе (режимы "Контроль по данным ежемесячного анализа", произвольный поиск на основе списка "Избранные диагнозы"). При подтверждении гипотезы о задержке в 4 группе учета повторять контроль со стороны заведующих отделениями ежемесячно на участках, где численность 4-ей группы выше норматива, а переводы в 3-ю - ниже норматива.

4. Установить автоматические режимы назначения флюорографии при важнейших хронических заболеваниях (ХНЗЛ, сахарный диабет), УЗИ при важнейших заболеваниях органов брюшной полости.

5. Взять под контроль главного врача работу флюоростанции (еженедельные или ежедневные списки "Осмотренные" и "Дообследование", ежемесячные данные об охвате осмотрами по терапевтическим участкам). Проверить, не отмечается ли в качестве результата обследования "Патология" там, где надо указать "Несущественные изменения", обратить внимание сотрудников на соответствующие ошибки.

6. Выявить участки с наименьшим охватом населения флюороосмотрами, принять меры к усилению работы врачей на этих участках в отделе флюороосмотров.

Поликлиника 3.

1. Установить на ближайший квартал еженедельный контроль за формированием диспансерных групп (режим "Численность диспансерных контингентов"). Обеспечить первоочередное взятие на учет жителей территории в возрасте 60-70 лет, не посещающих поликлинику.

2. Установить автоматические режимы назначения обследования при важнейших хронических заболеваниях.

3. Провести учебу руководителей по теме "Инструменты управления лечебно-диагностическим процессом."

Поликлиника 4.

1. Установить на ближайший квартал еженедельный контроль за формированием диспансерных групп (режим "Численность диспансерных контингентов"). Обеспечить первоочередное взятие на учет жителей территории в возрасте 60-70 лет, не посещающих поликлинику.

2. Установить автоматические режимы назначения обследования при важнейших хронических заболеваниях.

3. При эндоскопических исследованиях использовать биопсию.

4. Провести учебу руководителей по теме "Инструменты управления лечебно-диагностическим процессом."

Поликлиника 5.

1. Установить на ближайший квартал еженедельный контроль за формированием диспансерных групп (режим "Численность диспансерных контингентов"). Обеспечить первоочередное взятие на учет жителей территории в возрасте 60-70 лет, не посещающих поликлинику.

2. Установить автоматические режимы назначения обследования при важнейших хронических заболеваниях.

3. Провести учебу руководителей по теме "Инструменты управления лечебно-диагностическим процессом."

Поликлиника 6.

1. Установить на ближайший квартал еженедельный контроль с помощью списков из базы "Учет и анализ заболеваемости" за своевременным выявлением стенокардии (обследование больных с вновь выявленной гипертонией и вегетососудистой дистонией). При обнаружении повторяющихся дефектов продлить контроль до конца года.

2. Выбрать участки, где численность 3-ей группы учета выше норматива, и проверить, не задерживаются ли больные излечимыми заболеваниями в этой группе (режимы "Контроль по данным ежемесячного анализа" и "Длительность ремиссии", произвольный поиск на основе списка "Избранные диагнозы"). При подтверждении гипотезы о задержке в 3 группе учета повторять контроль со стороны заведующих отделениями ежемесячно на участках, где численность 3-ей группы выше норматива.

3. Выбрать участки, где численность 4-й группы учета выше норматива, и проверить, не задерживаются ли больные в этой группе (режимы "Контроль по данным ежемесячного анализа", произвольный поиск на основе списка "Избранные диагнозы"). При подтверждении гипотезы о задержке в 4 группе учета повторять контроль со стороны заведующих отделениями ежемесячно на участках, где численность 4-й группы выше норматива, а переводы в 3-ю - ниже норматива.

4. Установить автоматические режимы назначения флюорографии при важнейших хронических заболеваниях (ХНЗЛ, сахарный диабет), УЗИ при важнейших заболеваниях органов брюшной полости.

5. Взять под контроль главного врача работу флюоростанции (еженедельные или ежедневные списки "Осмотренные" и "Дообследование", ежемесячные данные об охвате осмотрами по терапевтическим участкам). Выявить участки с наименьшим охватом населения флюороосмотрами, принять меры к усилению работы врачей на этих участках в отделе флюороосмотров.

Поликлиника 7.

1. Со стороны Управления по здравоохранению проверить соблюдение основных технологических приемов управления: работу врачей и руководителей с компьютерными историями болезни, в частности, правильность внесения сведений о диагнозах, работу с планом на неделю, с папками "Информационное обеспечение заведующего", с ежемесячными рекомендациями о контроле.

2. Установить на ближайший квартал еженедельный контроль за формированием диспансерных групп (режим "Численность диспансерных контингентов"). Обеспечить первоочередное взятие на учет жителей территории в возрасте 60-70 лет, не посещающих поликлинику.

3. Установить автоматические режимы назначения обследования при важнейших хронических заболеваниях.

4. Взять под контроль главного врача работу флюоростанции (еженедельные или ежедневные списки "Осмотренные" и "Дообследование", ежемесячные данные об охвате осмотрами по терапевтическим участкам). Выявить участки с наименьшим охватом населения флюороосмотрами, принять меры к усилению работы врачей на этих участках в отделе флюороосмотров.

5. Взять под контроль главного врача обоснованность заключений по флюорограмме в тех случаях, когда констатируется патология (еженедельные списки "Вновь выявленные").

Поликлиника 8.

1. Вводить автоматизированную систему управления.
2. При эндоскопических исследованиях расширить использование биопсии.

Поликлиника 10.

1. Вводить автоматизированную систему управления.
2. При эндоскопических исследованиях использовать биопсию.

Медсанчасть моторного завода.

1. Установить автоматические режимы назначения флюорографии при важнейших хронических заболеваниях (ХНЗЛ, сахарный диабет), УЗИ при важнейших заболеваниях органов брюшной полости, эндоскопии при важнейших заболеваниях органов брюшной полости.
2. Взять под контроль главного врача работу флюоростанции (еже-недельные или ежедневные списки "Осмотренные" и "Дообследование", ежемесячные данные об охвате осмотрами по терапевтическим участкам). Проверить, не отмечается ли в качестве результата обследования "Патология" там, где надо указать "Несущественные изменения", обратить внимание сотрудников на соответствующие ошибки.
3. Взять под контроль случаи выявления рака и туберкулеза легких поимено флюорографии (по спискам "Впервые выявленные" из базы "Учет и анализ заболеваемости") для выяснения причин, по которым больные не делали флюорографии или не распознали заболевание по сделанной флюорограмме.
4. Выявить участки с наименьшим охватом населения флюороосмотрами, принять меры к усилению работы врачей на этих участках в отделе флюороосмотров.

ТНИЦ ТМЗ

1. Исследовать и сравнить смертность на территориях поликлиник в отдельных возрастных группах.
2. В первой декаде июля 1996 года повторить аналогичный анализ по данным 2-го квартала.

Организационно-методический отдел

Выяснить возможности формирования и получения более точной информации о расходе ресурсов (имеется в виду возможность разделного учета данных поликлиник и стационаров).

С.В.Каркавина

ПРОГРАММНАЯ ПРОЦЕДУРА
РАСЧЕТА ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ
Для поликлиник, использующих компьютеризацию
лечебно-диагностического процесса

Программа VOZRAST написана на языке СУБД FoxPro 2.0.

На базе данных АРМ'ов врачей поликлиник программа формирует выходной файл возрастно-половых групп населения. На каждом врачебном участке сосчитывается число пациентов каждой возрастной группы и ~~вычисляется доля этой группы в населении участка. Пациенты, кото-~~рые в настоящее время наблюдаются на участке, но по месту жительства к нему не относятся, в расчет не включаются.

Данные участков суммируются. Абсолютные цифры и относительные показатели выдаются в виде таблицы на экран и на принтер.

Программа может запускаться с дискеты, что позволяет, обойдя с дискетой все врачебные участки, получить на ней все исконые сведения.

Назначение программы:

- 1) предоставить главному врачу поликлиники и городскому уровню управления здравоохранением следить за тем, как охвачена диспансерным наблюдением каждая возрастная группа населения, а также сравнивать участки и поликлиники по возрастной структуре населения для более точных оценок их деятельности,
 - 2) обеспечить дополнительные возможности для научных исследований, использующих базы данных поликлиник.
- 2) возможность

С.В.Каркавина

**ПРОГРАММНАЯ ПРОЦЕДУРА
ВНЕОПКИ СЛУЧАЕВ КОМБИНИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ИЗ АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ БАЗ ДАННЫХ "УЧЕТ И АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ"**

Программа ZABOL написана на языке СУБД FoxPro 2.0.

Она позволяет задавать пользователю диапазон основного диагноза, диапазоны для 14 групп сопутствующих заболеваний, глубину поиска в годах и на базе данных программы "Учет и анализ заболеваемости" конкретной поликлиники формирует

- 1) таблицу сочетанных заболеваний,
- 2) списки больных сочетанными заболеваниями.

То и другое выводится и на экран, и на печать.

Программа предназначена для заместителей главных врачей по лечебной работе и для заведующих отделениями: она позволяет им по своему желанию выделить те или иные группы пациентов.

Второе назначение программы - научное исследование проблемы сочетанных заболеваний.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к отчету НИЦ ТМЗ за 1-е полугодие 1996 года

ПЛАНЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1.

Н.А.Жидяева
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПОЛИКЛИНИКЕ
Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

- Глава 1. КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ И СПОСОБЫ АВТОМАТИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА (обзор литературы).
- 1.1. Критерии эффективности деятельности поликлиники
- 1.2. Автоматизация лечебно-диагностического процесса
- Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.
- 2.1. Структура поликлиники № 9 г. Барнаула (база исследования). Население территории обслуживания. Сроки наблюдения.
- 2.2. Компьютеризация рабочих мест участковых терапевтов, акушеров-гинекологов и "узких" специалистов.
- 2.3. Автоматизированная система управления поликлиникой как инструмент исследования лечебно-диагностического процесса.
- Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ.
- 3.1. Динамика важнейших показателей деятельности поликлиники.
- 3.2. Новые организационные решения в связи с автоматизацией управления.
- 3.3. Предложения о совершенствовании автоматизированной системы управления.
- Глава 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.
- 4.1. Система показателей деятельности поликлиники (классификация показателей, критерии эффективности; полнота, своевременность и достоверность информации).
- 4.2. Механизмы улучшения деятельности поликлиники.
- 4.2.1. Эффективная реализация диспансерного метода (охват и группировка контингентов).
- 4.2.2. Ускоренное самообучение и обучение врача.
- 4.2.3. Своевременное привлечение руководителей к ведению сложных больных и разрешению конфликтных ситуаций.
- 4.2.4. Дифференцированная работа руководителей с лечащими врачами на основе автоматизированных оценок и рекомендаций.
- 4.2.5. Гибкая настройка автоматических режимов ведения больных.
- 4.2.6. Дублирование руководства.
- ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ВЫВОДЫ. ЛИТЕРАТУРА

2. **А.Б.Ербактанов**
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ИНВАЛИДНОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ
КАК КРИТЕРИИ УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ
(по материалам городского здравоохранения)
Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

**Глава 1. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ГОРОДСКОЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (обзор литературы).**

- 1.1. Способы сбора и обработки информации о заболеваемости, инвалидности и смертности.
- 1.2. Использование показателей заболеваемости, инвалидности в управлении городским здравоохранением.

Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

- 2.1. Структура городского здравоохранения г. Тмении (база исследования). Сроки наблюдения.
- 2.2. Автоматизация сбора, хранения и обработки данных о заболеваниях, выходе на инвалидность и детальных исходах.
- 2.3. Автоматизированная система управления поликлиникой как средство обеспечения своевременности и достоверности информации.

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ.

- 3.1. Сравнительная оценка полноты, достоверности и своевременности сведений о заболеваемости, инвалидности и смертности в традиционных условиях и при автоматизации управления городским здравоохранением.
- 3.2. Структура и динамика заболеваемости.
- 3.3. Структура и динамика заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
- 3.4. Структура и динамика онкологической заболеваемости.
- 3.4. Структура и динамика первичного выхода на инвалидность.
- 3.5. Структура и динамика детской смертности.
- 3.6. Структура и динамика смертности взрослого населения.

Глава 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.

- 4.1. Истолкование различий в уровнях и структуре заболеваемости, инвалидности и смертности в разных поликлиниках и на разных терапевтических участках.
- 4.2. Роль управления в динамике уровней и структуры заболеваемости, инвалидности и смертности.
- 4.3. Заболеваемость, инвалидность и смертность как критерии для принятия решений при оперативном управлении лечебно-диагностическим процессом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ВЫВОДЫ. ЛИТЕРАТУРА

3.

О.А.Гнусова
ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ)
КАК ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Глава 1. СПОСОБЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (обзор литературы).

Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

- 2.1. Терапевтическая, акушерско-гинекологическая и педиатрическая помощь населению на территории обслуживания поликлиники № 9 г. Барнаула.
- 2.2. Компьютеризация рабочих мест участкового терапевта, участкового акушера-гинеколога и врача общей практики.
- 2.3. Автоматизированная система управления поликлиникой как инструмент сравнительного исследования эффективности различных форм организации медицинской помощи населению.

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ.

- 3.1. Проблемы врача общей практики (семейного врача) и их решение.
 - 3.1.1. Территория обслуживания.
 - 3.1.2. Привлечение населения.
 - 3.1.3. Взаимодействие с участковыми терапевтом, педиатром и акушером-гинекологом.
 - 3.1.4. Взаимодействие с узкими специалистами.
 - 3.1.5. Учет и отчетность.
- 3.2. Результаты медицинской помощи населению при ее организации по традиционным принципам и по принципу семейного врача.

Глава 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.

- 4.1. Эффективность медицинской помощи, организованной по принципу семейного врача.
- 4.2. Место врача общей практики (семейного врача) в современной поликлинической службе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ВЫВОДЫ. ЛИТЕРАТУРА

4. А.Л.Сушков
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ
Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ

Глава 1. СТАТИСТИКА, ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (обзор литературы)

- 1.1. Статистика
- 1.2. Последовательность поражений
- 1.3. Особенности течения и исходов
- 1.4. Проблемы распознавания и лечения

Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОД

2.1. Материал

- 2.1.1. Регулярная статистика поликлиник г. Тюмени
Различия между поликлиниками - что за ними стоит?
- 2.1.2. Специальные группы пациентов
- 2.1.2. Экспериментальные исследования на животных

2.2. Методы исследования

- 2.2.1. Автоматизированная система управления поликлиниками
города как средство сбора и обработки материала
- 2.2.2. Статистические методы
- 2.2.3. Биохимические исследования
- 2.2.4. Морфологические исследования

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ

Глава 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

- 4.1. Место и значение сочетанной патологии органов
пищеварения на догоспитальном этапе медицинской помощи
населению города
- 4.2. Организационные возможности профилактики сочетанных
поражений органов пищеварения
- 4.3. Пути совершенствования организации медицинской помощи
больным с сочетанной патологией

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ВЫВОДЫ. ЛИТЕРАТУРЫ

5. Б.А.Карпинский
ВОЗДЕЙСТВИЕ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И АВТОМАТИЗАЦИИ
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
НА КВАЛИФИКАЦИЮ ВРАЧА
Серия статей

Прямое воздействие компьютерной истории болезни. Возможности
самоанализа. Воздействие через управление. Нежелательные побочные
действия.

6.

А. Л. Ханин
РАК ЛЕГКОГО В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЕ
Диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ.

**Глава 1. РАК ЛЕГКОГО КАК ПРОБЛЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ТЕРАПЕВТА,
ФТИЗИАТРА, ОНКОЛОГА И ХИРУРГА (обзор литературы)**

- 1.1. Разобщенность действий - основное препятствие своевременному выявлению рака легкого.
- 1.2. Частота, структура и цена ошибок в выявлении рака легкого.
- 1.3. Современные требования к диагностике рака легкого и возможности их соблюдения в широкой врачебной практике.
- 1.4. Варианты организации выявления рака легкого.

Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 2.1. Экологическая ситуация и рак легкого на юге Кузбасса.
- 2.2. Характеристика онкологической и противотуберкулезной служб юга Кузбасса.
- 2.3. Алгоритмизация лечебно-диагностического процесса в противотуберкулезной службе Новокузнецка.

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ

- 3.1. Заболеваемость раком легкого.
- 3.2. Структура выявленных больных.
- 3.3. Выявление больных фтизиатрами.
- 3.4. Сроки госпитализации и верификации диагноза при подозрении на рак легкого.
- 3.5. Сроки оперативного лечения при раке легкого.
- 3.6. Непосредственные результаты хирургического лечения рака легкого.
- 3.7. Отдаленные результаты хирургического лечения рака легкого.

Глава 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

- 4.1. Роль организации дообследования после флюорографии в своевременной диагностике рака легкого.
- 4.2. Роль алгоритмизации работы участкового фтизиатра в судьбе больных, подозрительных на рак легкого.
- 4.3. Взаимодействие тубдиспансера и общей поликлинической сети как фактор своевременных действий при раке легкого.
- 4.4. Пульмонологический центр при городской противотуберкулезной службе как связующее звено между общей лечебной сетью, тубдиспансером и стационаром.
- 4.5. Значение алгоритмизации лечебно-диагностического процесса в стационаре для рациональной тактики при раке легкого.

- 4.5.1. Общий алгоритм действий врача - основа эффективного управления лечебно-диагностическим процессом.
- 4.5.2. Частный алгоритм "Пульмонология" и его возможности в улучшении выявления и лечения рака легкого.
- 4.5.3. Иммунологические методы в дифференциальной диагностике рака легкого.
- 4.6. Могут ли фтизиатры брать на себя проблему рака легкого без ущерба для своих основных задач?
- 4.7. Онконастороженность и онконастроенность как характеристики постановки дела
- 4.8. Фтизиатр или пульмонолог (проблемы квалификации врачей и подбора кадров)?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ВЫВОДЫ. ЛИТЕРАТУРА.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к отчету НИЦ ТМЗ за 1-е полугодие 1996 года

Тюменский научно-инновационный центр
технологий муниципального здравоохранения

Профессор В.М.Тавровский и доктор мед. наук А.И.Макаров

МЕТОДЫ И СРЕДСТВА
ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЮГА ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ситуация и возможные решения

1. Ситуация

Медицинская помощь населению Юга Тюменской области обеспечивается системами здравоохранения трех городов (Тюмени, Тобольска и Ишима) и 17 районов. Природные и социально-экономические условия здоровья тех, которые имеют существенное отношение к состоянию здравоохранения различны и не везде соответствуют потребностям населения. Областной центр, понятно, располагает всем современным набором медицинских сил и средств, однако нередко испытывает чисто количественные нехватки ресурсов. На других территориях ряд видов медицинской помощи вообще не осуществляется. В то же время те или иные из них располагают такими специализированными ресурсами, которые на малые территории не рассчитаны и потому используются лишь частично. Противоречивая ситуация, когда одновременно имеются и неудовлетворенные потребности и неиспользованные ресурсы, — свидетельство неэффективного управления.

2. Цели и задачи

Цель организаторов здравоохранения — гарантировать равным образом всем жителям территории их конституционное право на медицинскую помощь и при этом эффективно использовать имеющиеся материальные и интеллектуальные ресурсы. Она недостижима, пока два десятка систем здравоохранения на территории с населением в 1,3 млн человек работают разобщенно. Часть ресурсов при этом останется невостребованной и в то же время жители территории не всегда получают ту медицинскую помощь, которую, в принципе, могли бы получить не выезжая за пределы области.

Следовательно, необходимо взаимодействие между системами здравоохранения районов и городов. Надо рационально распределить между ними некоторые функции и ресурсы и одновременно обеспечить высокую степень согласованности и преемственности в их деятельности, обеспечить единство технологии оказания медицинской помощи.

В рамках традиционной организации здравоохранения к такой задаче не подступиться. Во-первых, и экономически, и административно территориальные системы независимы. Во-вторых (и это еще важнее), безнадежно устарели нынешние организационно-методологические основы медицинской практики.

В самом деле, медицинская наука дала практике не только огромное множество эффективных средств профилактики, диагностики и лечения, но еще и технологию использования каждого средства, и точные показания к их применению, к их сочетанию и последовательности использования в каждом конкретном случае. Сведенные, сопряженные между собой и с конкретными условиями использования, эти частные технологии должны бы образовывать единую технологию медицинской помощи, рациональную потому, что в ней обосновано наукой каждое отдельное звено. Но такого сведения воедино нет, а хотя бы оно и было в теории, на бумаге, в книге, им нельзя было бы воспользоваться в работе врача ввиду огромности материала.

В результате, организация помощи каждому отдельному пациенту, использование во имя его здоровья современного огромного и раскре-

доточенного арсенала здравоохранения зиждется не на рациональной технологии, а на смеси общих принципов и мелких местных традиций, сегодняшних и вчерашних официальных приказов и распоряжений, произвольно понимаемых, произвольно толкуемых, внутренне противоречивых. Не только на каждой территории, но и в каждом отдельном медицинском учреждении эта совокупность, эта информационно-нормативная среда, в которой действуют врачи, — своя особенная, стихийно сложившаяся и очень устойчивая. В такой среде любая отдельная попытка рациональных перемен бесследно тонет, как камень в болоте. Поэтому официальное методическое руководство (со стороны Министерства здравоохранения, облздравотдела, горздравотдела) сегодня неизбежно носит лишь самый поверхностный и декларативный характер. На реальной деятельности врачей оно сказывается мало и касается по преимуществу лишь форм и сроков предоставления отчетов.

3. Предпосылки к решению

Ясно, что проблема разрешима только на основе договорных отношений между независимыми администрациями территорий. Такие отношения должны преследовать прежде всего выгодное для всех повышение социальной и экономической эффективности здравоохранения Юга области. Но чтобы на это пойти, каждый участник должен быть уверен, что его партнеры не только рассчитывают на него, но и сами действуют правильно и успешно.

К сожалению, сложившаяся организация лечебно-диагностического процесса не позволяет рассчитывать на рациональное разделение труда и взаимодействие даже в самых простых и жестко связанных административно объединениях: несогласованности и трения, например, между стационаром и поликлиникой — нередкое явление даже тогда, когда они возглавляются одним и тем же главным врачом. В традиционной организации нет детальных правил поведения для врачей, занятых одним делом, нет строгих форм взаимодействия, нет полноценной и своевременной информации о всегда возможных коллизиях, за которыми стоят судьбы больных. Значит, нельзя успешно следить за событиями, трудно выявить отклонения от рациональных действий, нельзя эффективно управлять.

Без единой, универсальной технологии лечебно-диагностического процесса, учитывающей сложные взаимоотношения в современной медицине, без такой технологии управление даже отдельными медицинскими учреждениями — занятие не самое продуктивное. Организовать же содружественную деятельность совокупности учреждений без единой, принятой всеми технологии просто невозможно.

Между тем, здравоохранение Тюмени такой технологией располагает и пользуется ею к настоящему времени на станции скорой помощи, в подзавлаженном большинстве поликлиник и детских поликлиник и в 4 стационарах. Это — автоматизированная система управления на основе алгоритмов принятия решений, которая состоит из автоматизированных рабочих мест врачей и руководителей и способна не только запоминать, хранить и выдавать накопленную информацию, но и помогать врачу принимать своевременные, правильные и разносторонние решения, а руководителю — своевременно корректировать действия врачей. Результаты, полученные при эксплуатации системы за последние 3 года показывают, что она позволяет не только повысить качество рабо-

ты каждого отдельного врача, но и гибко настраивать все учреждение на различные режимы работы, на различные варианты взаимодействия между подразделениями и между самостоятельными учреждениями. В процессе эксплуатации систему можно быстро совершенствовать, поручать ей новые функции в соответствии с меняющимися требованиями времени.

Накоплен и немалый опыт внедрения этой технологии: одно учреждение (станция скорой медицинской помощи) - к 1993 году, 2 поликлиники в 1993 году, 1 поликлиника для взрослых, 2 детских поликлиники, Центр психического здоровья и инфекционная больница в 1994 году, 4 поликлиники для взрослых, 3 детских поликлиники, Центр иммунореабилитации, 2 детских больницы и многопрофильная больница нефтяников - в 1995 году. Появился и опыт автоматизированного управления этими учреждениями со стороны Управления по здравоохранению. Опубликовано несколько научных работ, анализирующих накопленные материалы, в 1995 году на их основе проведена городская научно-практическая конференция, в настоящее время готовится межрегиональная научная конференция.

4. Предварительные мероприятия

Эффективная универсальная технология - неперенное, но не единственное условие взаимодействия нескольких учреждений. Необходимо следить за соблюдением технологии всеми участниками общего дела и во-время противодействовать ее нарушениям. Поэтому второе условие - образование органа управления взаимодействием. Можно допустить, что тот, кто понимает, что взаимодействие с соседями на основе общей и эффективной технологии выгоднее обособленности, согласится уступить часть своей самостоятельности и пойдет на создание такого органа. Его детальные функции уже сегодня предопределены технологией лечебно-диагностического процесса, окончательно сформулировать их не стоит большого труда. Но над четкой формулировкой его статуса, разумеется, придется поработать юристам и экономистам.

Следующее условие - классификация территорий по доступности медицинской помощи для их жителей. Именно доступность должна быть исходной точкой для процедуры распределения и перераспределения функций и ресурсов между взаимодействующими территориями. Необходимо оценить с позиций здравоохранения плотность населения, пути сообщения, стоимость проезда до пунктов, где может быть оказана медицинская помощь, возрастную структуру населения.

Далее, необходима классификация медицинских ресурсов по признаку экономической эффективности их использования в зависимости от численности обслуживаемого населения. Тогда можно будет сопоставлять свойства ресурсов со свойствами территорий.

Наконец, необходимо сформулировать принципы распределения и перераспределения ресурсов и функций между территориями, а затем и такой детальный механизм перераспределения, который бы позволял по мере накопления опыта вносить во взаимодействие необходимые поправки.

Все, что перечислено, должно преследовать двойную цель: во-первых, в равной степени обеспечить любую медицинскую помощь каждому

жителя территории и, во-вторых, повысить экономическую эффективность здравоохранения, улучшить использование его ресурсов.

Располагая всем перечисленным инструментарием – универсальной технологией лечебно-диагностического процесса, юридически оформленным органом управления, классификацией территорий и ресурсов – можно отважиться на организацию взаимодействия между системами здравоохранения двадцати территорий Юга Тюменской области.

5. Возможные решения

Чисто кабинетное решение задачи невозможно. Даже самая тщательная научная проработка не позволит предугадать и предупредить множество коллизий, которые возникнут при реализации задуманного.

Систему взаимодействия неизбежно придется дорабатывать в процессе эксплуатации. Однако самая существенная часть системы, основа реализации предполагаемых соглашений – технология лечебно-диагностического процесса – не только разработана теоретически, но и, как было сказано, успешно проверена широкой практикой. Это позволяет выбирать между двумя вариантами действий.

Один – это первоначальное решение юридических, экономических, организационных и некоторых научных проблем (например, разработка классификаций), а затем – внедрение всей системы взаимодействия на объединившихся территориях. Главный недостаток такого образа действий состоит в том, что научная проработка, не связанная с уже начатой практикой, имеет свойство растягиваться на большие сроки, а практики устают ждать и вынуждены предпринять свои пусть нерациональные и изолированные, но хоть какие-то попытки улучшить медицинскую помощь. Достоинство же (впрочем, сомнительное) сводится к меньшим затратам на начальном этапе.

Второй вариант состоит в том, чтобы уже теперь вводить в городах и районах Юга области апробированные системы управления, единую технологию и одновременно начать те исследования и разработки, которые необходимы для последующего объединения и которые выше были названы "предварительными условиями". Достоинство его, во-первых, в том, что внедрение эффективной технологии лечебно-диагностического процесса и в отдельном городе, и в отдельном районе, в отдельном учреждении или даже только в подразделении всегда приносит положительный результат. иными словами, частичный успех гарантирован с самого начала и даже если в середине пути окажется, что весь обширный план не осуществить, то, что сделано, не пропадет, будет работать. Во-вторых, работающие автоматизированные системы будут побуждать к скорейшей проработке других аспектов намеченной программы и подпитывать ее фактическим материалом. Недостатком же можно считать необходимость материальных затрат и серьезных организационных усилий медиков уже на самом начальном отрезке пути.

Тюменский научно-инновационный центр технологий муниципального здравоохранения мог бы взять на себя решение изложенной задачи (внедрение технологии, научную проработку, разработку системы взаимодействия, изучение полученных результатов).

ПРИЛОЖЕНИЕ 6
к отчету НИЦ ТМЗ за 1-е полугодие 1996 года

Профессор В.М.Тавровский, доктор мед. наук А.И.Макаров

ОБ ЭФФЕКТИВНОЙ ОПЛАТЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ
В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Вступительные замечания

Медицинское страхование вводится в России рывком. Вступающим в силу государственным законам и ведомственным инструкциям не предшествовала и не могла предшествовать строгая научная проработка, задача которой - органично включить экономические рычаги в уже существующие способы управления. Время не ждет, а способы управления в здравоохранении на ходу меняются: прежние не отвечают современному уровню медицины, новые не отработаны, не приведены в целостную систему, не унифицированы. Управление здравоохранением переживает период хаотичного поиска, одновременного стремления и найти более совершенные приемы, используя технический прогресс, и приспособиться к нестабильной экономической конъюнктуре.

Когда в таких условиях возникло множество субъектов медицинского страхования, каждый из которых предлагает свои способы взаимодействия с поликлиникой, оказалось, что поликлиники не имеют своей продуманной концепции страхования и вынуждены принимать предложения фондов безоговорочно, хотя бы они и не способствовали улучшению медицинской помощи населению. Возникла опасность, что и без того несовершенные способы управления лечебно-диагностическим процессом дополнятся и зафиксируются неэффективными способами оплаты медицинской деятельности.

Конечно, неэффективные способы оплаты рано или поздно будут отвергнуты практикой, но уповать на это - значит откладывать назавтра то, что надо делать именно сегодня. Именно теперь надо выяснять и договариваться, что такое рациональная оплата медицинской деятельности, как ее обеспечить, как разумные способы организации оказания медицинской помощи совместить с уже действующим законом, что предложить для более совершенного закона.

Для начала следует определить основания, которые вряд ли кто-нибудь будет оспаривать.

2. Аксиомы

Пять истин можно было бы принять без доказательств, как аксиомы.

Аксиома о поликлинике. ПОЛИКЛИНИКА-УЧЕРЕЖДЕНИЕ (ПРЕДПРИЯТИЕ) ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПРИКРЕПЛЕННОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ДИСПАНСЕРНОМУ ПРИНЦИПУ.

Аксиома об оценке медицинской помощи. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ЕЕ КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ: СВОЕВРЕМЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЧАСТОТЕ ОБОСТРЕНИЙ, ИСХОДАМ ЛЕЧЕНИЯ, СТРУКТУРЕ ДИСПАНСЕРНЫХ КОНТИНГЕНТОВ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ, ЛЕТАЛЬНОСТИ, СМЕРТНОСТИ.

Аксиома о целях оплаты. ОПЛАТА ДОЛЖНА СОДЕЙСТВОВАТЬ УЛУЧШЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ИЛИ НЕ ДОПУСКАТЬ ЕЕ УХУДШЕНИЯ.

Аксиома об исходах. МЕДИЦИНСКИЙ ПРОГНОЗ, КАК И ВСЯКИЙ ДРУГОЙ, НЕ МОЖЕТ БЫТЬ СТОПРОЦЕНТНЫМ, А ЧЕЛОВЕК СМЕРТЕН. ПОЭТОМУ ВСЕГДА ЕСТЬ И БУДУТ СЛУЧАИ, КОГДА ПОЛНОЦЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НЕЭФФЕКТИВНА.

Аксиома об услугах. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ - СРЕДСТВО, А НЕ ЦЕЛЬ. КАК ВСЯКОЕ СРЕДСТВО, ОНИ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ НЕ ВО-ВРЕМЯ И НЕ К МЕСТУ.

3. Об оплате медицинских услуг

Последнее утверждение означает, что прямая оплата медицинских услуг нерациональна. Побуждения к максимизации услуг, ведут не к улучшению, а к удорожанию медицинской помощи. При этом экономический ущерб учреждению дополняется клиническим и моральным ущербом для пациентов; излишние медицинские действия могут нанести вред здоровью, неизбежно искажают представления врачей и пациентов о должном и всегда отнимают у тех и других время.

Прямую оплату услуг нередко обосновывают законами рынка. Такое обоснование, во-первых, ничего не меняет, и, во вторых, неправомерно, потому что цивилизованный рынок предполагает полную осведомленность покупателя о свойствах и назначении товара, а также его полное право отказаться от приобретения. В медицине пациент не имеет первого и обычно не может воспользоваться вторым.

Как водится, сначала мы создаем препятствия, а потом их преодолеем; затратный механизм (естественную реакцию здравоохранения на прямую оплату страховых случаев) предлагается ограничить экспертизой и медицинскими стандартами. Но очевидно, что экспертиза осуществляется только выборочно и чаще всего там, где заведомо ясно на НЕПОЛНОТА, А НЕ ИЗБЫТОЧНОСТЬ действий, где все внимание эксперта сосредоточено именно на том, что НЕ СДЕЛАНО врачом. Поэтому экспертные оценки, как правило, толкают врачей именно на максимизацию медицинских услуг.

С медицинскими стандартами дело обстоит еще хуже. Стандарт — усредненную, освобожденную от индивидуальности каждого случая характеристику затрат на ведение определенной группы больных. Она важна для экономических расчетов и прогнозов, но по определению не может быть руководством к действию в каждом отдельном случае. Между тем, именно так будут использованы стандарты, если их объявить эталоном для оценки отдельных историй болезни. Пациенты, которым по особенностям их состояния, не нужны ВСЕ мероприятия, упомянутые в стандарте, тем не менее, их получают. Наоборот, в сложных и тяжелых случаях стандарт будет тормозить своевременное применение всего необходимого арсенала, а значит, снижать клинический эффект, затягивать обследование и лечение и, в конечном счете, увеличивать затраты.

Ничего, кроме затратного механизма, прямая оплата медицинских услуг не приносит. Ее единственное "достоинство" — простота. Если платить медицине за количество услуг и соответствие расходов стандарту, медицинская, содержательная сторона управления, воздействие на врача и судьбы пациентов со стороны заведующих отделениями, главного врача, его заместителей, — все то, что на самом деле определяет деятельность учреждения, вытесняется несложной арифметикой. Управление медициной передается в бухгалтерию.

4. Об оплате конечных результатов и системе управления

Принципу оплаты за услуги можно противопоставить оплату конечного результата. Но аксиома об исходах означает, что платить надо и в случаях нежелательного исхода. Следовательно, в расчет надо брать не сами эти случаи, а их частоту, и рациональной может быть оплата не отдельного случая, а их совокупности, оплата совокупной

медицинской деятельности, оплата на основе статистики конечных результатов, получаемых учреждением. Стало быть, надо обеспечить достоверность, полноту и своевременность медицинской информации.

При традиционном управлении это, к сожалению, невозможно. Надежность цифр зависит от способов формирования и обработки исходной информации, первичного документа - истории болезни. Этот документ должен быть доступен для такой комплексной обработки данных, при которой конечный результат можно сопоставлять с затратами и их структурой, объяснять ими полученный эффект. С обычной историей болезни это не сделать уже потому, что в ней именно информация о действиях врача не формализована, представлена в таком виде, который допускает неоднозначное ее толкование, делает ее недоступной для эффективного контроля по ходу ведения пациента, ни для последующих обобщений. Самые простые данные (число посещений, число установленных диагнозов и т.п.), конечно, можно подсчитывать и в обычных историях болезни, но даже это требует немалых сил и средств и сопряжено с неизбежными искажениями, если осуществляется не самим врачом или явно ориентировано на заданный, желательный итог.

Выход - замена обычной истории болезни компьютерной, где большая часть врачебных актов формализуется автоматически и фиксируется по ходу ведения пациента, для ведения пациента, а не с целью будущего отчета. Информация о решениях и действиях врача, получаемая из такого первичного документа всегда будет полной и своевременной. Она будет и достоверной: недвусмысленная, логично расположенная, читабельная, легко группируемая и обобщаемая, она создает самые благоприятные условия и для самоконтроля, и для взаимодействия между всеми участниками лечебно-диагностического процесса. При этом взаимодействия неточности, неполнота и ошибочность информации о пациенте легко обнаруживаются и исправляются. Поэтому система управления лечебно-диагностическим процессом, основанная на компьютерной истории болезни, позволяет не только подсчитывать конечные результаты деятельности медицинского учреждения, но и сопоставлять их с врачебными действиями, с механизмом достижения того или иного эффекта. Тогда можно объяснить происхождение результата, найти слабые стороны в работе того или иного врача либо учреждения в целом, имеющие отношение к конечному результату, найти способы эффективного воздействия на лечебно-диагностический процесс.

Оплачивать медицинскую деятельность на такой основе - значит подкрепить уже эффективное управление материальными стимулами. При этом оплата будет ориентировать врача не непосредственно на получение конечного показателя, а на правильные действия, к этому показателю ведущие.

Но такую систему надо иметь, внедрить, использовать вместо традиционной, а если этого нет, то оплата по конечному результату будет толкать учреждение к получению хороших цифр любой ценой - за счет искажений в сортировке контингентов, избыточных действий, приписок, умолчаний и т.п.

Поэтому то поликлиники в традиционной системе управления вынуждены безропотно принимать принципы оплаты, диктуемые фондами страхования: лучше иметь ненадежные ориентиры, чем не иметь никаких.

Зато поликлиники, использующие автоматизированные рабочие места врачей и систему управления, основанную на алгоритмах принятия решений, оказываются в положении, когда недостаточно разработанные схемы оплаты начинают противодействовать эффективному управлению лечебно-диагностическим процессом. Это противоречие надо разрешать как можно скорее, иначе оно скверно скажется и на пациентах, и на врачах.

Естественное решение состоит в реализации только что изложенных принципов с помощью механизма, который излагается в отдельном документе ("Положение об экспертизе качества медицинской помощи в городе"). Однако для этого надо не только использовать алгоритмы управления, но и убедить фонды медицинского страхования, что система, принципиально отличающаяся от того, что предлагают они, целесообразна, выгодна им самим и стоит того, чтобы кое в чем отойти от буквы закона. Это, похоже, бесперспективно. Тогда остается искать компромиссы.

5. Компромиссы

Для учреждений с отлаженной, эффективной автоматизированной системой управления надо найти такой вариант взаимоотношений с субъектами медицинского страхования, при котором

а) оплата производилась бы за услуги, но не провоцировала бы их избыточность,

б) контроль был бы эффективным, но не ориентировал бы врачей на усредненный стандарт,

в) расчеты были бы простыми и в то же время отражали реальное положение дел.

Автоматизированная система управления, основанная на компьютерной истории болезни, позволяет удовлетворительно ответить на все эти противоречивые требования.

Начнем с последнего. Медицинские услуги многочисленны и разнообразны. Все они регистрируются в компьютерной истории болезни, а программы анализа выдают их перечень и стоимость за любой отрезок времени как у отдельного пациента, так и на врачебном участке в целом. Для подсчета стоимости, разумеется, экономисты должны ввести в автоматизированную систему управления цену каждой из услуг.

Структура услуг и их объем различны у разных больных и даже у одного пациента в разные периоды его общения с медициной. Но общие затраты на всех пациентов врачебного участка в единицу времени, например, в месяц, отнесенные к численности обслуживаемого населения, — величина довольно стабильная. Она отражает стиль работы врача. Различия между врачами могут быть значительными, но средние общие затраты по поликлинике — тоже величина стабильная, отражающая усредненный, преобладающий стиль работы всех участковых врачей.

В автоматизированном анализе работы врача рассчитывается так называемая ресурсная нагрузка встречи (РНВ). Назовем приемы и посещения больных на дому "встречами" врача с пациентами, а все прочие услуги — "ресурсами". Частное от деления стоимости ресурсов на число встреч — это и есть ресурсная нагрузка встречи. Она информативнее, чем просто стоимость услуг. Во-первых, РНВ дает дополнительную характеристику стиля работы врача (один встречается с па-

циентами много, но встречами и ограничивается, другой при каждой встрече делает необходимые назначения и потому встречи требуются реже). Во-вторых, РНВ, выделяя встречи из всей совокупности услуг, отражает некоторую объективную по отношению к врачу сторону процесса: больной человек будет приходить к врачу, даже если тот не назначал ему встречу, а здоровый, наоборот, воздержится от лишних визитов в поликлинику, хотя бы врач их и назначал.

Если РНВ рассчитана по всем терапевтическим, всем гинекологическим, всем педиатрическим участкам и по каждому "узкому" медицинскому профилю, то для оценки затрат достаточно знать только число встреч за заданный период и умножать на него соответствующий показатель ресурсной нагрузки. Расчет прост. В его основе - малоискажаемый показатель и легко контролируемый показатель (число приемов). В то же время она достаточно полно отражает действительные расходы учреждения.

Чтобы учитывать изменения в организации и в ресурсном обеспечении лечебно-диагностического процесса, РНВ можно периодически, например, раз в 3-6 месяцев пересчитывать, благо эта процедура автоматизирована.

Расчет затрат на основе РНВ, в отличие от обычного подсчета расходов на каждого пациента, не только не затрудняет, но существенно дополняет индивидуальную оценку работы врача. У разных врачей ресурсная нагрузка встречи будет разной. Даже у одного врача она не будет одинаковой из месяца в месяц. В поликлинике найдутся и врачи, которые используют ресурсы недостаточно, и те, кто грешат недопустимой избыточностью назначений. Сравнительная оценка по РНВ в сочетании с целевыми показателями дадут основание для проверок работы того или иного врача на предмет использования ресурсов.

Из всего сказанного следует, что для компромисса есть основания. Допустим, что страховой фонд соглашается определить понятие "страховой случай" как одну встречу врача с пациентом и все связанные с этой встречей медицинские неурядица и далее, вместо оценки услуг, предоставленных каждому пациенту, примет изложенную выше схему расчетов на основе числа встреч и РНВ. Тогда он будет получать более полные сведения о работе поликлиники, причем достоверность их легко проверяется.

Если поликлиника получает по этой схеме только часть финансовых средств и притом такую, которая не используется на материальное стимулирование врачей, то и для нее предложенные расчеты не только удобны в силу их простоты, но и полезны, потому что углубляют анализ работы врачей.

Избыточность назначений будет предупреждаться, если материальное стимулирование лечащих врачей и руководителей лечебно-диагностического процесса будет основываться не на величине затрат, а на конечных результатах, как это и предусмотрено в автоматизированной системе управления. Для этого надо отделить систему внешних расчетов поликлиники со страховой компанией от внутренней системы материального стимулирования в учреждении. Тогда лечебно-диагностический процесс будет ориентирован не на рост услуг, а на повышение качества медицинской помощи.

Вопросы контроля с стороны фондов медицинского страхования и страховых компаний эффективно решаются благодаря тому, что автоматизированная система управления имеет раздел "Экспертиза". Полик-

линики и страховая компания должны договориться, во-первых, о том, что эксперты компании включаются в общий состав экспертов. Во-вторых, надо дополнить перечень поводов к экспертизе, используемый поликлиникой, поводами, которые интересуют компанию. После этого система "Экспертиза" настраивается на отбор таких случаев. Система предполагает, что в каждом случае назначатся не менее двух экспертов (в том числе и экспертов компании) и что работа экспертов регулярно анализируется на основе сравнительных оценок. Тем самым будут обеспечены сопоставление позиций поликлиники и страховой организации, своевременное выявление и разрешение спорных случаев, взаимное обогащение экспертов той и другой стороны опытом и, в конечном счете, выработка общих позиций.

Взаимодействие двух самостоятельных субъектов с противоречивыми интересами, когда необходимы компромиссы, нуждается в регулировании со стороны органа, в равной мере заинтересованного и в улучшении состоянии здоровья населения, и в рациональном использовании средств как поликлиниками, так и страховыми компаниями. Таким органом, естественно, является городская администрация. Именно на нее закон РФ о медицинском страховании возлагает и регулирующие функции, и ответственность за состояние здоровья населения. По нашему мнению, изложенная схема взаимодействия должна быть реализована через систему договоров между администрацией и субъектами медицинского страхования.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7
к отчету НИЦ ТМЗ за 1-е полугодие 1996 года

Тюменский научно-инновационный центр
технологий муниципального здравоохранения

Профессор В.М.Тавровский

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В ГОРОДЕ

В лечебно-профилактических предприятиях (ЛПП) и на уровне городского Управления по здравоохранению и медицинскому страхованию (Управление) используется автоматизированная система "Управление экспертизой качества медицинской помощи".

Она предназначена для

- а) статистического анализа смертности населения, первичного выхода на инвалидность и всей онкозаболеваемости по городу в целом и по отдельным поликлиникам и врачевым участкам,
- б) статистического анализа жалоб населения на качество медицинской помощи,
- в) отбора на экспертизу,
- г) хранения результатов экспертизы и их обобщения с целью выявления и устранения повторяющихся дефектов медицинской помощи,
- д) сравнительного анализа и оценки работы экспертов.

Экспертиза, проведенная без использования автоматизированной системы не принимается в расчет ни при обсуждении отдельных случаев, ни при обобщениях.

База данных системы распределена между ЛПП, использующими автоматизированную систему "Поликлиника", и Управлением, где сосредоточивается информация из остальных учреждений.

Базы данных, которыми располагают ЛПП, ежемесячно копируются на компьютеры горздравотдела, но пополнение и исправление данных делаются только в самих учреждениях.

1. ПОВОДЫ К ВВОДУ ДАННЫХ В АВТОМАТИЗИРОВАННУЮ СИСТЕМУ

В базу данных системы "Управление экспертизой" вводятся:

- а) ВСЕ БЕЗ ИСКЛЮЧЕНИЯ случаи, о которых сообщают ЗАГС, ВТЭК и онкологический диспансер, - для этого в базе предназначены первые три раздела;
- б) случаи, рассматриваемые по письменной (и не анонимной) ЖАЛОБЕ БОЛЬНЫХ или их родственников,
- в) случаи, инициированные руководителем любого ранга данного лечебно-профилактического предприятия (ЛПП),
- г) случаи, инициированные главными специалистами городского Управления по здравоохранению и медицинскому страхованию,
- д) случаи, инициированные экспертом страховой медицинской организации (СМО) при перевыполнении ЛПП плана посещений.

Случаи "б"- "г" всегда вводятся в 4-й раздел базы данных. Если это - случаи смерти, выхода на инвалидность или случаи онкозапущенности, то они вводятся и в 4-й раздел, и - соответственно - в разделы "Смертность", "Инвалидность", "Онкозапущенность".

2. ОТБОР НА ЭКСПЕРТИЗУ

2.1. Случаи, введенные в 4-й раздел базы данных, экспертируются всегда. Отбор на экспертизу из первых трех разделов производится по критериям, которые устанавливаются приказами руководителей ЛПП по согласованию с Управлением. Автоматизированная система настраивается руководителями на эти критерии.

Критерии отбора изменяются не чаще одного раза в квартал. Изменения согласовываются между ЛПП и Управлением.

2.2. Отбор на экспертизу осуществляется АВТОМАТИЧЕСКИ, отобранные случаи включаются в "Списки на экспертизу". По этим спискам медстатистик распечатывает экспертные карты (образец см. ниже).

Заместитель главного врача по экспертизе вносит в каждую карту фамилии ДВУХ экспертов. Эти фамилии медстатистик вводит в базу данных (режим "Назначение экспертов"). В СЛЕДУЮЩИЕ СПИСКИ НА ЭКСПЕРТИЗУ ЭТИ СЛУЧАИ ВКЛЮЧАТЬСЯ НЕ БУДУТ. Чтобы снова включить их в списки надо в режиме "Назначение экспертов" убрать сведения об экспертах. Наоборот, пока в базу не введены фамилии назначенных экспертов, СЛУЧАЙ БУДЕТ ВКЛЮЧАТЬСЯ в "Списки на экспертизу".

Списки на экспертизу целесообразно передавать на участки, чтобы для экспертов были заранее подготовлены необходимые данные.

3. ЭКСПЕРТЫ

Экспертами являются

а) опытные врачи (независимо от должности) ЛПП, назначенные приказом главного врача,

б) специалисты Управления здравоохранения и медицинского страхования при администрации города (Управление),

в) эксперты страховых медицинских организаций (СМО) и городского филиала территориального фонда медицинского страхования.

Последние имеют право участвовать в любых экспертизах, но предлагать штрафные санкции они могут только в случаях перевыполнения ЛПП плана посещений и при жалобах, адресованных в СМО.

4. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ

4.1. По каждому случаю экспертизу проводят 2 эксперта. Экспертиза, проведенная одним экспертом, не используется.

4.2. Эксперты могут делать свои заключения в любой приемлемой для них форме. Однако формализованная оценка типа, причин и последствий дефектов, а также установление лиц, повинных в дефекте, обязательны и делаются только в той форме, которая предусмотрена экспертной картой. Словарь "Типы, причины и последствия дефектов" приведен в конце Положения.

4.3. Оба эксперта делают свои заключения НЕЗАВИСИМО, но В ОДНОЙ И ТОЙ ЖЕ КАРТЕ. В этой же карте эксперты, нашедшие дефекты оказания медицинской помощи, ОБЯЗАТЕЛЬНО ОПИСЫВАЮТ ИХ СУТЬ И УКАЗЫВАЮТ ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА ДОПУЩЕННЫЕ ПРОСЧЕТЫ. Заполненная карта сдается медстатистику. При одинаковых суждениях экспертов или при несущественных расхождениях между ними он вводит их заключения в базу данных.

4.4. Существенными расхождениями признаются случаи, когда

а) один эксперт находит дефекты, а другой нет,

б) один эксперт находит причины 1-8 по словарю "Причины дефектов", а другой нет,

в) один эксперт находит последствия 3-5 по словарю "Последствия дефектов", а другой нет.

При существенных расхождениях между экспертами медстатистик передает карту своему руководителю - заместителю главного врача по

качеству или заместителю начальника Управления по оргметодработе. В базу данных заключения всех экспертов будут введены тогда, когда либо они будут согласованы, либо обсуждение выявит неустраиваемые различия во взглядах.

4.5. На экспертизу обоим экспертам вместе отводится 10-дневный срок (от распечатки карты до ее сдачи медстатистику последним экспертом). За своевременность экспертизы отвечает в ЛПП заместитель главного врача по качеству, а на общегородском уровне - заместитель начальника Управления по оргметодработе.

4.6. Заключения экспертов, которые сводятся к констатации дефектов с последствиями 1-2 или по причинам 9-10, не влекут за собой никаких последствий, кроме их обсуждения с теми, кто допустил дефект.

Дефекты, допущенные по причинам 1-8 и при этом повлекшие за собой последствия 3-5, могут быть основанием для административных наказаний и судебного преследования. Эти же дефекты, выявленные в связи с жалобой или в связи с обнаруженным перевыполнением плана посещений могут быть, по инициативе эксперта СМО, основанием для штрафных санкций по отношению к ЛПП.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ РАЗНОГЛАСИЙ

5.1. Когда при существенных разногласиях один из экспертов - эксперт СМО, а его заключение означает штрафные санкции, то санкции применяют, не дожидаясь урегулирования разногласий. Если в дальнейшем СМО признает решение своего эксперта необоснованным, то в финансовые расчеты между СМО и ЛПП в пределах одного месяца вносятся необходимые исправления.

5.2. Разногласия экспертов по конкретному случаю прежде всего пытается разрешить заместитель главного врача соответствующего учреждения. Если ему не удастся совместить позиции спорящих сторон, он вносит в экспертную карту и свое - третье - заключение, которое вводится в базу данных наравне с первыми двумя.

5.3. Если разногласия возникли между экспертом ЛПП и "внешним" экспертом, разрешение спора передается экспертам городского уровня:

а) в случаях, когда один из экспертов представляет СМО, - на совместное рассмотрение главного специалиста Управления и старшего эксперта городского филиала фонда медицинского страхования,

в) в остальных случаях - на заключительное рассмотрение первого заместителя начальника Управления. В обоих случаях новые эксперты могут только добавлять свои суждения, а не заменять ими заключения предшественников.

5.4. Если в экспертизе участвует и настаивает на штрафных санкциях эксперт городского филиала фонда медицинского страхования, а согласие на этапе, изложенном в пункте 5.3, не достигнуто, то окончательное решение принадлежит согласительной комиссии территориального фонда медицинского страхования.

5.5. Первый заместитель начальника Управления является членом согласительной комиссии ТФОМС.

6. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАЗ ДАННЫХ СИСТЕМЫ "ЭКСПЕРТИЗА" ДЛЯ АНАЛИЗА ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ В ГОРОДЕ

6.1. Базы данных системы "Экспертиза" используются

а) для автоматизированного многоаспектного анализа деятельности здравоохранения по критериям смертности, инвалидности и онкозапущенности,

б) для слежения за частотой и структурой дефектов медицинской помощи,

в) для количественной и качественной оценки работы экспертов,

г) для выявления систематических расхождений во взглядах между высококвалифицированными специалистами города.

д) для периодической перенастройки системы отбора на экспертизу.

6.2. Ежемесячный анализ результатов экспертизы и работы экспертов в ЛПП возлагается на заместителя главного врача по качеству.

6.3. Заместитель по организационно-методической работе Управления по здравоохранению обеспечивает

а) ежемесячный анализ экспертной работы в тех учреждениях, где нет своих баз данных,

~~б) методическое единство использования системы "Экспертиза" в ЛПП города,~~

в) ежемесячный сравнительный анализ экспертной работы и ее результатов в ЛПП города,

г) назначение экспертов в тех случаях, где спор между экспертами выходит за пределы ЛПП.

6.4. Право собственности на базы данных "Экспертиза" принадлежит Управлению по здравоохранению и медицинскому страхованию.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8
к отчету НИЦ ТМЗ за 1-е полугодие 1996 года

Научно-инновационный центр
технологий муниципального здравоохранения

Профессор В.М.Тавровский

ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННЫМИ СИСТЕМАМИ
"КОНТРАКТ" И "АНАЛИЗ РАБОТЫ РУКОВОДИТЕЛЕЙ"

Методические указания

1. Система "Контракт"

1.1. Система "Контракт" предназначена для ежемесячного анализа деятельности лечебно-профилактических учреждений города, которые не имеют автоматизированных систем управления, выдающих рекомендации об управлении.

1.2. Входная информация системы "Контракт" и сроки ее передачи из учреждения в горздравотдел оговариваются в контракте горздрава с главным врачом. Входная информация передается через медицинского статистика в виде подписанного главным врачом документа. Никаких предварительных обсуждений и согласований с горздравотделом не требуется. Исправлять ее после ввода в систему может только главный врач, обязанный при этом письменно объяснить причины первоначальной ошибки. Горздравотдел вправе предложить главному врачу на следующий месяц внести поправки в методику расчета показателей.

1.3. Основой анализа введенной информации служат рассчитываемые самой системой "нормативы". Перерасчет нормативов проводится по строго определенным показателям, к которым относятся

а) снижение числа учреждений, по отношению к которым выдаются рекомендации о контроле, до 1/5 и менее от числа всех однотипных учреждений при условии, что такой анализ выдается программой 2 месяца подряд,

б) изменения профиля работы учреждения.

В обоих случаях перерасчет обязателен.

Если профиль работы учреждения не изменился, то перерасчет нормативов, ведущий к их ослаблению, не допускается.

1.4. Выходной информацией системы являются рекомендации об управлении на очередной месяц. Рекомендации предназначены для главного врача. Повторное получение одних и тех же рекомендаций два месяца подряд рассматривается как неэффективность управления со стороны главного врача и может быть основанием для управляющих воздействий со стороны горздравотдела.

2. Система "Анализ работы руководителей"

2.1. Система "Анализ работы руководителей" предназначена для балльной оценки работы руководителей лечебно-профилактических учреждений и распределения между ними премиального фонда. Для учреждений, не имеющих своих автоматизированных систем выработки рекомендаций (первая группа), анализ осуществляется только по отношению к главным врачам, для остальных учреждений (вторая группа) - по отношению к главным врачам и руководителям подразделений. Анализ работы учреждений первой и второй групп проводится раздельно.

2.2. Входной информацией в систему служат данные о структуре учреждения, о размерах премиального фонда на месяц и о виде и числе рекомендаций, которые выработаны для учреждений первой группы системой "Контракт", а для учреждений второй группы - их системами управления. Одновременно с рекомендациями в систему вводятся их ранги. Для учреждений первой группы ранги устанавливает и периодически изменяет горздравотдел. Руководители учреждений второй группы устанавливают себе ранги сами. Изменения рангов допустимы не чаще раза

в квартал. Более частое изменение рангов возможно по согласованию между главными врачами и горздравотделом.

2.3. Входная информация для обеих групп учреждений вырабатывается автоматически (рекомендации о контроле) или устанавливается волевым решением заранее (ранги), фиксируется в базе данных и печатается в документах. Ее обсуждение и тем более корректировка перед вводом в систему недопустимы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9
к отчету НИЦ ТМЗ за 1-е полугодие 1996 года

Научно-инновационный центр
технологий муниципального здравоохранения

**КАК ПЕРЕХОДИТЬ
К ОПЕРАТИВНОМУ УПРАВЛЕНИЮ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ
НА ОСНОВЕ АЛГОРИТМОВ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ**

Советы руководителям городского здравоохранения

1. **НАПОМИНАЙТЕ** себе и другим, что есть **ТОЛЬКО ДВЕ ПРИЧИНЫ** неэффективности управления: несоблюдение технологии лечебно-диагностического процесса (врачом, руководителем отделения, кафедрой медицинского института, главным врачом, городским Управлением) и недостатки самой технологии. Значит у Вас есть **ТОЛЬКО ДВЕ ЗАБОТЫ**: поддерживать технологическую дисциплину и, выявляя недостатки технологии, формулировать новые задачи разработчикам.

2. **МОНОПОЛИЗИРУЙТЕ ПРАВО ПОСТАНОВКИ ЗАДАЧ** разработчикам - Вы будете знать детали системы управления с момента их рождения.

3. **ИЩИТЕ НЕОПРОВЕРЖИМЫЕ ПРИЗНАКИ НЕСОБЛЮДЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ** в каждом месячном отчете.

В поликлиниках это

- а) низкий охват населения диспансерным наблюдением,
- б) небольшое количество больных 4-й и 5-й групп учета,
- в) небольшая 3-я группа учета при большом количестве больных 4 и 5 групп,
- г) нулевая нижняя граница нормативов показателей (особенно показателей выявления и ликвидации обострения хронических заболеваний).

В стационарах это

- а) низкий уровень показателя "Активность руководства" при высоком показателе "Активность врачей",
- б) незначительное количество консультаций руководителей,
- в) незначительное количество рекомендаций руководителей,
- г) незначительное количество замечаний направившим учреждения.

4. **ВЫДЕЛЯЙТЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ГДЕ НЕОПРОВЕРЖИМЫЕ ПРИЗНАКИ НЕСОБЛЮДЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ СОХРАНЯЮТСЯ 2 МЕСЯЦА ПОДРЯД** без тенденции к улучшению.

5. **НЕ ПРОХОДИТЕ МИМО СИМПТОМОВ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ЗАПОДОЗРИТЬ НАРУШЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ**, при любых контактах с лечебными учреждениями (беседах, разборе жалоб, знакомстве с отдельными историями болезни),

К таким симптомам относятся

- а) рукописная история болезни вместо распечатки из АРМ'а врача,
- б) неполноценное содержание компьютерной истории болезни,
- в) упоминания в разговорах о комиссиях, совещаниях и журналах,

г) в поликлиниках - утрированная забота о регистрации посещений (вместо заботы о регистрации движения диспансерных контингентов),

д) в стационарах - выраженная забота начмеда о контроле историй болезни выписавших (вместо контроля за ведением больных, которые еще не выписаны).

6. Из учреждений, где нарушения технологии несомненны и сказываются на конечных результатах, отберите **СТОЛЬКО, СКОЛЬКО КОМПЕТЕНТНЫЕ РАБОТНИКИ ГОРОДСКОГО УПРАВЛЕНИЯ СПОСОБНЫ ЕЖЕНЕДЕЛЬНО КОНТРОЛИРОВАТЬ В ТЕЧЕНИЕ БЛИЖАЙШЕГО МЕСЯЦА.**

7. Выработывайте методику контроля, обобщая свой опыт, но некоторые принципы соблюдайте изначально:

а) **ТОЛЬКО ОДИН И ТОТ ЖЕ РАБОТНИК УПРАВЛЕНИЯ** отлаживает технологическую дисциплину в учреждении, взятом под контроль, и он же **РАЗДЕЛЯЕТ С ГЛАВНЫМ ВРАЧОМ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ** за результаты очередного месяца,

б) контроль осуществляется **ПО ГРАФИКУ** (дни недели и часы), утвержденному начальником Управления,

в) **ГЛАВНЫЙ ВРАЧ** заблаговременно извещается о поводах для контроля и о его графике, причем он или его заместитель **ОБЯЗАТЕЛЬНО УЧАСТВУЕТ В РАБОТЕ КОНТРОЛЕРА,**

г) материалом для контроля служат **ТОЛЬКО ВЫХОДНЫЕ ФОРМЫ** автоматизированной системы управления,

д) независимо от повода для контроля, при визите в учреждение всегда проверяйте **НАЛИЧИЕ И ПОЛНОЦЕННОСТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ РЕГУЛЯРНЫХ ВЫХОДНЫХ ФОРМ** автоматизированной системы:

в поликлинике это - папки "Информационное обеспечение заведующего отделением", сводка рекомендаций о контроле и балльные оценки за последний истекший месяц, последняя недельная сводка для главного врача, а на участке - план работы на неделю,

в стационаре - ежедневная сводка больницы, еженедельная сводка больницы, списки больных для посетителей, списки больных для медсестер, списки на рентгенологическое и лабораторное обследование.

е) задачи контроля

- **НАЙТИ КОНКРЕТНЫЕ ПРИМЕРЫ НЕСОБЛЮДЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ** и **ОДНОВРЕМЕННО ПОКАЗАТЬ, КАК ЛЕГКО ОНИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ,**

- **НАЙДЕННЫЙ ДЕФЕКТ ТУТ ЖЕ ДЕМОНСТРАТИВНО ИСПРАВИТЬ** (а не полагаться на обещания) и тем самым показать, как легко это делается,

- **ПОЛУЧИТЬ ЗАВЕРЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ, ЧТО ОН ПОНЯЛ ПРИЕМ И СТАНЕТ ИМ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ НЕМЕДЛЕННО,**

- **ЧЕРЕЗ НЕДЕЛЮ УБЕДИТЬСЯ, ЧТО ДОГОВОРЕННОСТИ СОБЛЮДАЮТСЯ;**

ж) выявленные вами конкретные дефекты фиксируйте в разделах "Замечания" (в АРМ'ах),

ж) **РЕЗУЛЬТАТЫ** контроля еженедельно докладываются начальнику Управления и обсуждаются с ним.

8. При контроле ищите **САМЫЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ И САМЫЕ ГУБИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ:**

а) сохранение традиционных способов обмена информацией (доклады, разговоры, телефонные звонки) там, где для такого обмена есть специальные автоматизированные способы,

- б) сохранении в сознании врачей и руководителей формальных ориентиров лечебной работы, стремление работать на отдельно взятый показатель вместо профессионального выполнения медицинских функций,
- в) неиспользование или неправильное использование возможностей АРМ'ов врача для сортировки больных (в поликлинике - группы учета и факторы риска, в стационаре - тяжесть, факторы риска, пребывание на интенсивной терапии),
- г) обсуждение больных без компьютерной истории болезни,
- д) обсуждение работы врачей без данных ежемесячного анализа,
- е) неиспользование руководителями разделов АРМ'а "Замечания" и "Рекомендации",
- ж) неиспользование врачами разделов "Замечания смежному этапу", "Консультации заведующего", "Клинический разбор" (в стационаре)
- з) в стационаре - ведение компьютерной истории болезни задним числом (регистрация обследования и консультаций тогда, когда они уже проведены, и т.п.)

9. Проверяйте свои гипотезы о нарушениях технологии НА САМЫХ УЯЗВИМЫХ ОБЪЕКТАХ: у отстающих врачей, на историях болезни сложных больных.

10. НАЗНАЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ ОЗНАЧАЕТ КОНСТАТАЦИЮ НЕЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЕМ СО СТОРОНЫ ГЛАВНОГО ВРАЧА. Руководитель учреждения, обоснованно взятого под контроль, не должен премироваться в общем порядке.

11. Если учреждение попадает под контроль 2 месяца по одним и тем же поводам и без существенной положительной динамики, то расценивайте это как НЕКОМПЕТЕНТНОСТЬ ИЛИ НЕДОСТАТОЧНУЮ ИНТЕНСИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ.

12. Вечная проблема нехватки времени решается единственным способом:

ЗАПРЕЩАЙТЕ СЕБЕ И ПОДЧИНЕННЫМ ДЕЙСТВИЯ, КОТОРЫЕ НЕ ДАЮТ РЕЗУЛЬТАТА (их надо заменить другими действиями или вообще отказаться тратить силы на неподдающийся объект), ПОДЧИНЕННЫЙ ДОЛЖЕН НЕОДНОКРАТНО СЛЫШАТЬ ОТ НАЧАЛЬНИКА, ЧЕГО ДЕЛАТЬ НЕ НАДО.

ПРИЛОЖЕНИЕ 10
к отчету НИЦ ТМЭ за 1-е полугодие 1996 года

УЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ И МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**ВВЕДЕНИЕ В АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКОЙ:
БАЗЫ ДАННЫХ И ВЫХОДНЫЕ ФОРМЫ**

Курс обучения

для главных врачей и старших медстатистиков
поликлинических учреждений,
использующих автоматизацию лечебно-диагностического процесса

Методические рекомендации

Слушатели приглашаются на занятия именно в том составе, который отражен в названии: главный врач (а не заместитель) и его старший медицинский статистик.

Цель курса - сформировать у слушателей целостное представление о методологии лечебно-диагностического процесса и выработать у них базовые навыки работы с программными комплексами "Рабочее место врача", "Управление поликлиникой", "Управление экспертизой качества медицинской помощи", "Учет и анализ заболеваемости", "Учет и анализ временной нетрудоспособности", "Управление флюорографией населения", "Управление вакцинопрофилактикой".

**1. Методологические основы лечебно-диагностического процесса
в условиях его автоматизации**

От ряда функций компьютер ОСВОБОЖДАЕТ ЛЮДЕЙ ПОЛНОСТЬЮ. Это

- хранение информации,
- перенос ее на бумагу,
- сплошной контроль работы,
- выбор объектов для целенаправленного контроля,
- составление планов и отчетов,
- регулярный первоначальный анализ работы.

Ряд других функций осуществляется людьми С ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОГРАММНЫХ СРЕДСТВ. Сюда относятся

- ведение истории болезни,
- целенаправленный контроль,
- все обобщения накопленных сведений о больных,
- оценка квалификации лечащих врачей,
- оценка работы вспомогательных подразделений,
- оценка работы руководителей и учреждения в целом,
- экономические оценки лечебно-диагностической деятельности.

Традиционное осуществление этих функций теперь означает РАСТРАТУ ВРЕМЕНИ И ЗАВЕДОМОЕ СНИЖЕНИЕ ДОСТОВЕРНОСТИ, ПОЛНОТЫ И СВОЕВРЕМЕННОСТИ результатов. Поэтому оно должно быть исключено, ЗАПРЕЩЕНО. Это означает, что обязанности всех активных участников лечебно-диагностического процесса существенно изменились.

ВРАЧ оказывает медицинскую помощь населению участка, ведет компьютерную историю болезни и ЕГО НЕЛЬЗЯ ОБЯЗЫВАТЬ делать что-либо сверх этого.

ЗАВЕДУЮЩИЙ ОТДЕЛЕНИЕМ контролирует ведение только тех больных, которые отбираются ему системой управления (автоматически или по

определенным правилам), выявляет и исправляет дефекты ведения, на этих примерах учит врача должному образу действий, регистрирует в историях болезни и в предоставленных ему на контроль списках свои действия. ЭТИМ ИСЧЕРПЫВАЮТСЯ ЕГО КОНТРОЛЬНЫЕ И ОТЧЕТНЫЕ ФУНКЦИИ.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ на основе ежемесячного автоматизированного отчета и анализа, а также еженедельных сводок осуществляет распределение и перераспределение ресурсов, оценку и материальное стимулирование врачей и заведующих отделениями, а в случаях, когда заведующие получают одни и те же рекомендации о контроле 2-3 месяца подряд, принимает участие в контроле за ведением больных наравне с заведующим и на выявленных дефектах учит врача правильным лечебно-диагностическим действиям, а заведующего - рациональному управлению.

Кроме того, главный врач периодически меняет настройку автоматических режимов системы управления, приводит их в соответствие с меняющейся конъюнктурой.

МЕДИЦИНСКИЙ СТАТИСТИК обеспечивает обмен информацией между компьютерами с помощью дискет или через локальную сеть, снабжает заведующих отделениями и главного врача ежемесячными и еженедельными сводками, отчетами, анализом, рекомендациями и планами работы, консультирует врачей по вопросам обращения с компьютером и программами, обеспечивает работоспособность автоматизированных рабочих мест, своевременно привлекая на помощь специалистов по техническому уходу за компьютерами, а также разработчиков системы управления. Кроме того, в начале каждого месяца медстатистик передает на дискете базы данных своего центрального компьютера на компьютер Управления по здравоохранению. ЭТОЙ ПЕРЕДАЧЕЙ ИСЧЕРПЫВАЕТСЯ ОБЯЗАННОСТЬ ГЛАВНОГО ВРАЧА ОТЧИТЫВАТЬСЯ ПЕРЕД УПРАВЛЕНИЕМ ЗА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ.

2. Перечень базовых навыков

2.1. На рабочем месте врача

Восстановление баз данных с дискет.

Замена одной базы на другую.

Вывод на экран и на печать истории болезни и ее отдельных элементов, а также справок, направлений, рецептов.

Работа в текстовых полях истории болезни с использованием шаблонов и средств текстового редактора.

Получение списков.

Получение обобщающих таблиц.

Использование средств контроля по ежемесячным рекомендациям.

Замечания и рекомендации врачу.

Тактика в аварийных ситуациях.

2.2. На центральных программных комплексах

Передача информации на рабочие места врачей.

Коррекция словарей.

Коррекция автоматических режимов.

Получение и использование ежемесячного анализа.

Использование базы "Экспертиза".

Использование базы "Учет и анализ заболеваемости".

3. Методика отдельных занятий

ЗАНЯТИЕ ПЕРВОЕ. 2 часа

Слушатели приходят на занятия с копиями баз данных ("Управление поликлиникой", "Управление экспертизой", база одного врачебного участка) и словарями, - все на дискетах.

За каждым компьютером располагается не более 2 человек (главный врач и его статистик). На компьютерах заранее подготавливаются NORTON-меню для работы с базами соответствующих поликлиник.

Преподаватель обсуждает со слушателями следующие тезисы.

а) "Поликлиника" - система ситуационного управления по отклонениям. Она автоматически осуществляет сплошной контроль и привлекает внимание врача и руководителя к ситуациям, заслуживающим их внимания. Сохранение при этом традиционного сплошного или выборочного контроля - частая и грубая ошибка руководителя.

б) Управление осуществляется по целевым показателям, которые автоматически анализируются с использованием всей информации о работе врачей. Повседневная ориентировка на показатели использования средств - вторая частая и грубая ошибка руководителя.

в) Из функций медицинского статистика исключаются счет и составление отчетов, то есть обработка информации. Вместо этого он содействует правильному вводу информации в систему (правильной эксплуатации компьютеров и программы на рабочих местах), собирает информацию и выдает ее по установленному регламенту и по запросам, обеспечивает сохранность накапливаемой информации. Дублирование автоматической обработки "ручным счетом" - третья ошибка руководителя.

г) Основные ошибки в эксплуатации системы "Поликлиника" связаны с тем, что главный врач и медстатистик недостаточно знакомы с ее свойствами, не владеют необходимыми практическими навыками и методологией управления автоматизированным лечебно-диагностическим процессом.

Обучение навыкам

Восстановление базы участка и замена одного участка другим.

ЗАНЯТИЕ ВТОРОЕ. Обучение навыкам. 2 часа

Вывод на экран и на печать истории болезни и ее фрагментов.
Неформализованные разделы компьютерной истории болезни: работа в текстовом редакторе, использование шаблонов.

ЗАНЯТИЕ ТРЕТЬЕ. Обучение навыкам. 2 часа

Знакомство с текстовым редактором "Фотон".
Вывод на экран и на печать справок, направлений, рецептов.
Режим "Пояснительные тексты".

ЗАНЯТИЕ ЧЕТВЕРТОЕ. Обучение навыкам. 2 часа

Некоторые средства обработки данных в АРМ'е врача:
стоимость медицинских услуг больному,
стоимость медицинских услуг, оказанных населению участка,
избранные диагнозы,
длительность ремиссии,
осложнения,
структура контингентов,
контроль по результатам месячного анализа.

ЗАНЯТИЕ ПЯТОЕ. 2 часа

Понятие об активности компьютерной истории болезни. Слушатели работают в АРМ'е врача с историей болезни, преподаватель обращает их внимание на сигналы тревоги на экране, автоматические напоминания при постановке диагнозов, автоматические назначения и рекомендации, автоматическое заполнение статталона, автоматические диалоги.

Обсуждается структура еженедельного плана работы участка и его использования для быстрой ориентировки в положении на участке.

Папка "Информационное обеспечение заведующего отделением". На примере папок, которые слушатели приносят с собой, обсуждаются ошибки и правила пользования этим инструментом управления.

ЗАНЯТИЕ ШЕСТОЕ. 2 часа

Простейшие аварийные ситуации. Преподаватель заранее подготавливает на компьютерах аварийные ситуации (неподключение периферии, ошибка в NORTON-меню, отсутствие основного программного файла, отсутствие необходимого файла данных) и затем, когда слушатели с ними столкнутся, обсуждает правила поведения в этих ситуациях.

Система "Управление поликлиникой". Ежемесячный анализ преподносится как исходная точка в управлении лечебно-диагностическим процессом. Слушатели распечатывают нормативы и сопоставляют между собой данные разных учреждений, преподаватель объясняет смысл нормативов и различий. Обсуждаются отдельные виды рекомендаций о контроле. Излагаются правила реакции на результаты ежемесячного анализа. Обращается внимание слушателей на необязательность соответствия между рекомендацией о контроле и результатами работы в режиме "Контроль по результатам месячного анализа".

В заключение излагается общая схема управления: накопление информации - анализ - выдвижение гипотез - проверка гипотез - принятие решения и прогноз - реакция на информацию - слежение и накопление информации - следующий анализ.

ЗАНЯТИЕ СЕДЬМОЕ. 2 часа

Парадоксальные рекомендации ежемесячного анализа. Рассматриваются их возникновение, смысл и реакция на них.

Слушатели устанавливают ранги рекомендаций о контроле и получают балльные оценки работы врачей. Разбирается отличие балльной оценки от рекомендаций о контроле и поощрении.

Ранги рассматриваются как инструмент политики главного врача. Демонстрируется методика подбора рангов.

Излагается способ перехода от оценки участковых врачей к оценке заведующих отделениями.

Балльная оценка обсуждается как способ морального и материального стимулирования врачей и заведующих отделениями.

Слушатели знакомятся с возможностями "Коррекция автоматических режимов": самостоятельно вводят новые режимы и проверяют их действие в АРМ'е врача.

ЗАНЯТИЕ ВОСЬМОЕ. 2 часа

Слушатели переходят к знакомству с системой "Управление экспертизой качества медицинской помощи". Преподаватель подчеркивает особенности базы данных в этой системе - независимость от информации, вводимой врачом в АРМ'е. Объясняются особенности методики экспертизы и их следствие - возможность оценивать экспертов.

Слушатели получают отчеты об экспертизе из разных учреждений за один и тот же период. Отчеты сравниваются, различия истолковываются. Подчеркивается, что истолкование отчетов и использование результатов зависит от конечных результатов работы поликлиники.

Слушатели упражняются в использовании режима "Произвольные выборки", сравнивают между собой отделения по смертности, инвалидности и онкозапушенности.

ЗАНЯТИЕ ДЕВЯТОЕ. 2 часа

Слушатели знакомятся с возможностями системы "Учет и анализ заболеваемости". Из баз разных поликлиник получают сведения о выявлении распространенных заболеваний и тех заболеваний, для диагностики которых необходимы специальные диагностические приемы. Результаты сравниваются. Демонстрируется возможность сравнения отделений одной поликлиники по качеству диагностики.

ЗАНЯТИЕ ДЕСЯТОЕ. 2 часа

Преподаватель знакомит слушателей с принципами работы и возможностями программных комплексов "Флюорография", "Вакцинопрофилактика", "Больничный лист" и "Профосмотр".

Анонимный анкетный опрос.

Заключительные замечания преподавателя (в городе создается целостная система управления лечебно-диагностическим процессом, действующая на всех уровнях по одним и тем же принципам).

Оглашение совокупных результатов анкетного опроса.

ВВЕДЕНИЕ В АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ УПРАВЛЕНИЕ СТАЦИОНАРОМ: БАЗЫ ДАННЫХ И ВЫХОДНЫЕ ФОРМЫ

Курс обучения
для главных врачей и старших медстатистиков
стационаров,
использующих автоматизацию лечебно-диагностического процесса

Методические рекомендации

Слушатели приглашаются на занятия именно в том составе, который отражен в названии: главный врач (а не заместитель) и его старший медицинский статистик.

Цель курса - сформировать у слушателей целостное представление о методологии лечебно-диагностического процесса и выработать у них базовые навыки работы с программными комплексами "Рабочее место врача" и "Рабочее место руководителя стационара".

1. Методологические основы лечебно-диагностического процесса в условиях его автоматизации

От ряда функций компьютер ОСВОБОЖДАЕТ ЛЮДЕЙ ПОЛНОСТЬЮ. Это

- хранение информации,
- перенос ее на бумагу,
- составление планов и отчетов,
- регулярный первоначальный анализ работы.

Ряд других функций осуществляется людьми С ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОГРАММНЫХ СРЕДСТВ. Сюда относятся

- ведение истории болезни,
- сплошной контроль работы,
- выбор объектов для целенаправленного контроля,
- целенаправленный контроль,
- все обобщения накопленных сведений о больных,
- оценка квалификации лечащих врачей,
- оценка работы вспомогательных подразделений,
- оценка работы руководителей и учреждения в целом,
- экономические оценки лечебно-диагностической деятельности.

Традиционное осуществление этих функций теперь означает РАСТРАТУ ВРЕМЕНИ И ЗАВЕДОМОЕ СНИЖЕНИЕ ДОСТОВЕРНОСТИ, ПОЛНОТЫ И СВОЕВРЕМЕННОСТИ результатов. Поэтому оно должно быть исключено, ЗАПРЕЩЕНО. Это означает, что обязанностей всех активных участников лечебно-диагностического процесса существенно изменились.

ВРАЧ оказывает медицинскую помощь своим пациентам, ведет компьютерную историю болезни и ЕГО НЕЛЬЗЯ ОБЯЗЫВАТЬ делать что-либо сверх этого.

ЗАВЕДУЮЩИЙ ОТДЕЛЕНИЕМ контролирует ведение больных, отталкиваясь от результатов еженесячного автоматического анализа работы отделения и сравнительного анализа работы ординаторов, а также от автоматической ежедневной сортировки больных, выявляет и исправляет дефекты ведения, на этих примерах учит врача должному образу дейст-

твий, регистрирует в историях болезни и в предоставленных ему на контроль списках свои действия. ЭТИМ ИСЧЕРПЫВАЮТСЯ ЕГО КОНТРОЛЬНЫЕ И ОТЧЕТНЫЕ ФУНКЦИИ.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ на основе еженесячного автоматизированного отчета и анализа, а также еженедельных и суточных сводок осуществляет разрешение конфликтных ситуаций, распределение и перераспределение ресурсов, оценку работы врачей и заведующих отделениями, а в случаях, когда в отделении одни и те же дефекты ведения повторяются, учит на примере этих дефектов врача правильным лечебно-диагностическим действиям, а заведующего - рациональному управлению.

МЕДИЦИНСКИЙ СТАТИСТИК обеспечивает обмен информацией между компьютерами с помощью дискет или через локальную сеть, снабжает главного врача ежедневной и еженедельной сводками, а также еженесячными, ежеквартальными и годовыми отчетами по каждому отделению и по больнице в целом (заведующие отделениями получают отчеты сами на своих АРМ'ах), консультирует врачей по вопросам обращения с компьютером и программами, обеспечивает работоспособность автоматизированных рабочих мест, своевременно привлекая на помощь специалистов по техническому уходу за компьютерами, а также разработчиков системы управления. Кроме того, в начале каждого месяца медстатистик передает на дискете базы данных своего центрального компьютера на компьютер Управления по здравоохранению. ЭТОЙ ПЕРЕДАЧЕЙ ИСЧЕРПЫВАЕТСЯ ОБЯЗАННОСТЬ ГЛАВНОГО ВРАЧА ОТЧИТЫВАТЬСЯ ПЕРЕД УПРАВЛЕНИЕМ ЗА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС.

2. Перечень базовых навыков

2.1. На рабочем месте врача

Восстановление баз данных с дискет.

Замена одной базы на другую.

Вывод на экран и на печать истории болезни и ее отдельных элементов.

Работа в текстовых полях истории болезни с использованием шаблонов и средств текстового редактора.

Получение списков.

Получение обобщающих таблиц.

Использование средств контроля по ежемесячным рекомендациям.

Замечания и рекомендации врачу.

Тактика в аварийных ситуациях.

2.2. На рабочем месте руководителя

Ввод информации из отделений.

Передача информации на рабочие места врачей.

Коррекция словарей.

Коррекция автоматических режимов.

Получение и использование ежемесячного анализа.

3. Методика отдельных занятий

ЗАНЯТИЕ ПЕРВОЕ. 2 часа

Слушатели приходят на занятия с копиями баз данных ("Рабочее место руководителя" и "Рабочее место врача") и словарями, - все на

дискетах. За каждым компьютером располагается не более 2 человек (главный врач и его статистики). На компьютерах заранее подготавливаются NORTON-меню для работы с базами соответствующих стационаров.

Преподаватель обсуждает со слушателями следующие тезисы.

а) "Стационар" – система ситуационного управления по отклонениям. Она автоматически осуществляет сплошной контроль и привлекает внимание врача и руководителя к ситуациям, заслуживающим их внимания. Сохранение при этом традиционного сплошного или выборочного контроля – частая и грубая ошибка руководителя.

б) Управление осуществляется по целевым показателям, которые автоматически анализируются с использованием всей информации о работе врачей. Повседневная ориентировка на показатели использования средств – вторая частая и грубая ошибка руководителя.

в) Из функций медицинского статистика исключаются счет и составление отчетов, то есть обработка информации. Вместо этого он воздействует правильному вводу информации в систему (правильной эксплуатации компьютеров и программы на рабочих местах), собирает информацию и выдает ее по установленному регламенту и по запросам, обеспечивает сохранность накапливаемой информации. Дублирование автоматической обработки "ручным счетом" – третья ошибка руководителя.

г) Основные ошибки в эксплуатации системы "Стационар" связаны с тем, что главный врач и медстатистик недостаточно знакомы со ее свойствами, не владеют необходимыми практическими навыками и методологией управления автоматизированным лечебно-диагностическим процессом.

Обучение навыкам

Восстановление базы отделения и замена одного отделения другим.

ЗАНЯТИЕ ВТОРОЕ. Обучение навыкам. 2 часа

Вывод на экран и на печать истории болезни и ее фрагментов.

Неформализованные разделы компьютерной истории болезни: работа в текстовом редакторе, использование шаблонов.

ЗАНЯТИЕ ТРЕТЬЕ. Обучение навыкам. 2 часа

Знакомство с текстовым редактором "Фотон".

Вывод на экран и на печать справок, направлений, рецептов.

Режим "Пояснительные тексты".

ЗАНЯТИЕ ЧЕТВЕРТОЕ. 2 часа

Понятие об активности компьютерной истории болезни. Слушатели работают в АРМ'е врача с историей болезни, преподаватель обращает внимание на сигналы тревоги на экране, автоматические напоминания при постановке диагнозов, автоматические диалоги.

Обсуждается структура ежедневной сводки отделения, ее использование для быстрой ориентировки в проблемах всего отделения и каждого ординатора.

ЗАНЯТИЕ ПЯТОЕ. 2 часа

Ежедневная сводка отделения (окончание). Понятие о сроках контроля. Частота дневников. Передача неформализованной информации дежурному врачу.

Реакция заведующего на сводку. Чем заведующий не должен заниматься. Способы проявления активности руководителя.

Ежедневная сводка отделения – программа работы заведующего на день. Надо ли раз в день распечатывать сводку?

Ежедневная сводка отделения и дежурный врач.

Движение информации (из отделения в отделение, из отделений – в центр).

ЗАНЯТИЕ ШЕСТОЕ. 2 часа

Ежедневная сводка больницы, ее структура и использование.

Еженедельная сводка больницы. Конфликтные ситуации.

Ежемесячный анализ средствами АРМ'а врача.

ЗАНЯТИЕ СЕДЬМОЕ. 2 часа

Ежемесячный анализ средствами АРМ'а руководителя.

Общая схема управления: накопление информации – анализ – выдвижение гипотез – проверка гипотез – принятие решения и прогноз – реакция на информацию – слежение и накопление информации – анализ.

ЗАНЯТИЕ ВОСЬМОЕ. 2 часа

Простейшие аварийные ситуации. Преподаватель заранее подготавливает на компьютерах аварийные ситуации (неподключение периферии, сбойка в NORTON-меню, отсутствие основного программного файла, отсутствие необходимого файла данных) и затем, когда слушатели с ними столкнутся, обсуждает правила поведения в этих ситуациях.

Программный комплекс "Приемный покой". Регистрация отказов. Оценка сроков пребывания в приемном покое. Оценка работы дежурных бригад и отдельных врачей.

ЗАНЯТИЕ ДЕВЯТОЕ. 2 часа

Частные алгоритмы действий врача (на примере автоматизированных алгоритмов "Пульмонология", "Кардиология", "Роды").

Частный алгоритм как средство управления ресурсами.

ЗАНЯТИЕ ДЕСЯТОЕ. 2 часа

Трансформация традиционных способов управления лечебно-диагностическим процессом в условиях компьютеризации. Утренние планерки. Закод, рекомендации, замечания. Клинический разбор. Консультации и консилиумы.

Анонимный анкетный опрос.

Заключительные замечания преподавателя (в породе создается целостная система управления лечебно-диагностическим процессом, действующая на всех уровнях по одним и тем же принципам).

Оглашение совокупных результатов анкетного опроса.

ХРАНЕНИЕ, ПЕРЕДАЧА И ОБРАБОТКА ИНФОРМАЦИИ
В УСЛОВИЯХ КОМПЬЮТЕРИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
Курс обучения для медстатистиков поликлиник и стационаров

Занятия представляют собой упражнения слушателей на компьютере под руководством преподавателя.

Программа курса

Общее представление о персональном компьютере, правилах обращения с ним.

Программа настройки компьютера (SETUP). Системная дискета. Файлы CONFIG.SYS и AUTOEXEC.BAT.

Правила работы с дискетами.

Необходимые команды дисковой операционной системы.

Программная оболочка NORTON COMMANDER и некоторые утилиты NORTON. NORTON-меню. Копирование, перенос и удаление файлов. Быстрый поиск файлов. Создание текстового файла. Просмотр и распределение файлов.

Архиватор ARJ.EXE.

Борьбы с вирусами, антивирусные программы.

Сохранность информации. Копии баз данных.

Движение информации в системах управления поликлиникой и стационаром.

Центральные базы данных учреждения: "Управление стационаром", "Управление поликлиникой", "Учет и анализ заболеваемости", "Управление экспертизой", "Флюорография.

Тактика в аварийных ситуациях.

ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ КОМПЬЮТЕРИЗАЦИИ
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
Курс для заместителей главных врачей ЛПУ по качеству
и экспертов фондов и компаний медицинского страхования

Методические рекомендации

Цель курса – сформировать у слушателей представления о целях и средствах оценки медицинской деятельности при традиционном управлении и в условиях компьютеризации работы врачей и выработать у них базовые навыки работы с программными комплексами "Рабочее место врача", "Управление поликлиникой" и "Управление экспертизой качества медицинской помощи",

1. Методологические основы оценки медицинской деятельности

Цель оценки медицинской деятельности одна – улучшения медицинской помощи. Она не зависит ни от поводов, ни от формы оценок.

Оценка медицинской деятельности, в конечном счете, сводится к выявлению систематических отклонений от правил медицины, к исследованию их причин и последствий.

Для эффективной оценки равно необходимы как конкретные примеры действий врача, так и обобщенные в цифрах результаты его деятельности.

Оценка медицинской деятельности – чрезвычайно ответственный акт: она может быть использована для серьезных решений о враче и учреждении, она может служить ориентиром для многих лечащих врачей (верным или ложным) и, значит, существенно влияет на судьбы пациентов.

При традиционных способах информационного обеспечения лечебно-диагностического процесса нет ни возможности объективно оценить медицинскую деятельность, ни проводить в жизнь выводы из сделанных оценок. Попытки широко использовать экспертные оценки в повседневном управлении и тем более в финансировании медицинских учреждений неизбежно наносят вред.

Оценка медицинской деятельности – составная часть управления лечебно-диагностическим процессом. Она может и должна быть реорганизована в ходе реорганизации управления на современной методологической и технической основе.

2. Перечень базовых навыков

2.1. На рабочем месте врача

Вывод на экран и на печать истории болезни и ее отдельных элементов.

Получение списков.

Получение обобщающих таблиц.

Использование средств контроля по ежемесячным рекомендациям.

Замечания и рекомендации врачу.

2.2. На центральных программных комплексах

Коррекция словарей. Словарь "Цены".
Коррекция автоматических режимов.
Получение и использование еженесячного анализа.
Использование базы "Экспертиза".
Использование базы "Учет и анализ заболеваемости".

3. Методика отдельных занятий

ЗАНЯТИЕ ПЕРВОЕ. 2 часа

Преподаватель делает вводные замечания о целях оценки медицинской деятельности, обращает внимание слушателей, что кроме экспертов и заместителей по качеству оценку врачебной деятельности делают аттестационные и лицензионные комиссии, а также органы государственного и областного управления здравоохранением при регулярной сдачке отчетов.

Слушателям предлагается письменно ответить на 4 вопроса:

- 1) что нужно иметь эксперту для работы,
- 2) какие знания нужны эксперту,
- 3) кому нужны заключения эксперта,
- 4) что с ними делают.

После этого преподаватель подробно обсуждает записанные ответы.

Цель экспертизы – совершенствования работы врача, учреждения, системы городского здравоохранения.

Обсуждается предмет экспертизы, поводы для нее и критерии для оценок. Предмет экспертизы – действия лечащего врача (а не статистика). Поводы для экспертизы – статистика, жалобы, отдельные категории пациентов, новый врач. Критерии для оценок – правила медицины, закон, официальные приказы и инструкции (не местные!), здравый смысл. Для чего нужны медицинские стандарты.

ЗАНЯТИЕ ВТОРОЕ. 2 часа

Обсуждается, что можно требовать от врача, работающего в автоматизированной системе управления.

Компьютеризация обеспечивает врачу существенную интеллектуальную поддержку. При такой поддержке главной причиной диагностических, лечебных и тактических ошибок является нарушение технологии автоматизированного лечебно-диагностического процесса.

Слушатели знакомятся с теми свойствами АРМ'а врача, которые позволяют повысить качество медицинской помощи.

Возможности руководителей в обеспечении качества медицинской помощи. Программный комплекс "Управление поликлиники".

Слушатели знакомятся с возможностями режима "Коррекция автоматических режимов": самостоятельно вводят новые режимы и проверяют их действие в АРМ'е врача.

ЗАНЯТИЕ ТРЕТЬЕ. 2 часа

Классификация дефектов по причинам и последствиям. Суть дефекта. Ответственные за дефект.

Обсуждается вопрос о разделении ответственности за дефекты медицинской помощи между лечащим врачом и руководителями. Слушатели знакомятся со способами установления ответственности за дефекты.

Дефекты случайные и систематические. Автоматизированные способы выявления систематических дефектов в работе врача и руководителей: ежемесячный анализ работы поликлиники.

Использование статистических результатов для выявления слабых мест в работе врача, заведующего отделением, руководителей учреждения, в организации городского здравоохранения.

ЗАНЯТИЕ ЧЕТВЕРТОЕ. 2 часа

Некоторые средства обработки данных в АРМ'е врача: стоимость медицинских услуг больному, стоимость медицинских услуг, оказанных населению участка, длительность лечения, длительность больничного листа, длительность ремиссии, структура контингентов, контроль по результатам месячного анализа.

Слушатели переходят к знакомству с системой "Управление экспертной оценкой качества медицинской помощи". Преподаватель подчеркивает особенности базы данных в этой системе - независимость от информации, вводимой врачом в АРМ'е.

ЗАНЯТИЕ ПЯТОЕ. 2 часа

Использование общей статистики смертности, инвалидности и онкозаболеваемости. Обсуждается вопрос о значении данных по отдельным возрастным категориям для оценки качества работы врачей.

Общегородская база "Экспертиза".

Объясняются особенности методики экспертизы и их следствие - возможность оценивать экспертов.

ЗАНЯТИЕ ШЕСТОЕ. 2 часа

Слушатели получают отчеты об экспертизе из баз разных учреждений за один и тот же период. Они сравниваются, различия истолковываются. Подчеркивается, что истолкование отчетов и использование результатов зависит от конечных результатов работы поликлиники.

Слушатели упражняются в использовании режима "Произвольные выгрузки", сравнивают между собой отделения по смертности, инвалидности и онкозаболеваемости. Эти сведения сопоставляются с данными из систем "Управление поликлиникой" и "Учет и анализ заболеваемости".

ПРИНЦИПЫ И ИНСТРУМЕНТЫ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО УПРАВЛЕНИЯ
ЛЕЧЕБНО=ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ В ПОЛИКЛИНИКЕ

Курс обучения

для заместителей главных врачей и заведующих отделениями

Методические рекомендации

Слушатели приглашаются на занятия именно в том составе, который отражен в названии: заместитель главного врача и его заведующие отделениями.

Цель курса – сформировать у слушателей системное представление об управлении лечебно-диагностическим процессом на всех уровнях от лечащего врача до городского отдела здравоохранения и о специфических инструментах автоматизированного управления.

НА ВСЕХ ЗАНЯТИЯХ НАДО ПОДЧЕРКИВАТЬ, ЧТО

а) СЛУШАТЕЛИ НЕ ВЛАДЕЮТ ТЕМИ ЭФФЕКТИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ РАБОТЫ, КОТОРЫЕ ЗАКЛЮЧЕНЫ В АРМ'Е ВРАЧА И В ПРОГРАММЕ "УПРАВЛЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКОЙ",

б) ЭТИМ ПРИЕМАМИ МОЖНО ОВЛАДЕТ ЛЕГКО.

Для проведения практических занятий на каждом учебном месте должны быть установлены программы "Управление поликлиникой" и "Рабочее место врача поликлиники". Они должны быть взяты из тех поликлиник, откуда придут слушатели, причем давность информации не должна превышать 1 месяца. Копии баз "Рабочего места врача" каждый слушатель приносит с собой на дискете.

Методика отдельных занятий

ЗАНЯТИЕ ПЕРВОЕ. 2 часа

ПОЛНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ – основной носитель информации для общения руководителя с лечащим врачом.

1. Слушатели восстанавливают базы данных участков, которые они принесли с собой на дискетах. При этом внимание каждого слушателя обращается на

умение включить компьютер,
снятие и возвращение Norton-меню,
вход в программу "Рабочее место врача",
режим "Вспомогательные процедуры",
особенности и различия режимов "Восстановление базы данных" и "Замена одного участка другим",
роль режима "Замена одного участка другим" в деятельности заведующего отделением и начеда.

Предлагается выбрать любую историю болезни пациента 4-й группы в возрасте не старше 55 лет и распечатать ее ("Полная история болезни"). При этом надо обратить внимание слушателей на приемы работы с принтером.

2. Слушателям предлагается составить список ситуаций, которые служат поводом для обязательного ознакомления руководителя с полной компьютерной историей болезни. Список составляется в течение примерно 5 минут, строки списка нумеруются. Тот, у кого самый короткий список, зачитывает его - преподаватель дает комментарии. Остальные слушатели дополняют список, опираясь на свои записи.

Надо подчеркнуть, что важнейшие поводы - это ежемесячные рекомендации о контроле и переводы из группы в группу. На втором плане - направления в другие учреждения, ВКК, жалобы.

3. Каждый из слушателей анализирует распечатанную для себя историю болезни и делает на ней свои замечания для лечащего врача. Эти замечания обсуждаются с преподавателем. Важно обратить внимание на такие недостатки, как отсутствие или неполноценность текстовых полей (анамнез, дневники), противоречия между группой учета и диагнозом, между диагнозом и лечением, между группой учета и частотой явок, между датой диагноза и группой учета.

ЗАНЯТИЕ ВТОРОЕ. 2 часа.

1. Преподаватель объясняет принципиальное различие между формализованной и неформализованной информацией в истории болезни. Особенности работы с текстовыми полями, использование шаблонов, шаблоны как программа действий врача.

2. Выявление ошибок рассматривается только как первый шаг в управлении: далее надо установить, являются ли эти ошибки в работе врача случайными или систематическими. Обсуждаются способы распознавания систематических ошибок: поиск в АРМ'е с помощью списков, режимов "Контроль по данным месячного анализа", "Численность контингентов", "Стоимость медицинских услуг" и др..

ЗАНЯТИЕ ТРЕТЬЕ. 2 часа.

Контрольная работа. Каждый слушатель получает распечатку анкеты ЕРІКRІZ и письменно отвечает на ее вопросы, а затем преподаватель обсуждает отдельно с каждым его ответы.

ЗАНЯТИЕ ЧЕТВЕРТОЕ. 2 часа.

Ежемесячный анализ и рекомендации о контроле. Используется комплекс "Управление поликлиникой", раздел "Анализ". Слушатели распечатывают нормативы. Преподаватель сравнивает нормативы разных поликлиник, объясняет смысл различий, значение нормативов для анализа, а также использование их для быстрой ориентировки в уровне работы поликлиники. Смысл нулевой нижней границы норматива. Представление об алгоритме выработки рекомендаций и о парадоксальных рекомендациях.

ЗАНЯТИЕ ПЯТОЕ. 2 часа.

Слушатели распечатывают полный комплект месячного анализа.

РК как основной результат анализа. Остальные компоненты полного комплекта как вспомогательные средства. Смысл каждой рекомендации о контроле. Способы осуществления РК.

Принцип: говорить с лечащим врачом не о статистике, а о конкретных пациентах. Повторные РК как свидетельство недостаточности управления.

Следует подчеркнуть, что сведения о неэффективности управления передаются на городской уровень почти одновременно с подачей их главному врачу.

ЗАНЯТИЕ ШЕСТОЕ. 2 часа.

Ранги и балльные оценки. Подчеркнуть, что РК вырабатываются только в зависимости от фактической работы, а баллы — еще и в зависимости от рангов. Ранжирование как способ осуществления политики руководителя.

Слушатели расставляют ранги и получают балльные оценки по своей поликлинике.

ЗАНЯТИЕ СЕДЬМОЕ. 2 часа.

Преподаватель обсуждает со слушателями расхождения между их субъективной оценкой своих врачей и рассчитанными балльными оценками. Анализируются причины низких и высоких балльных оценок. Вносятся коррективы в ранги. Рассчитывается премия по условному, но близкому к реальности премиальному фонду.

ЗАНЯТИЕ ВОСЬМОЕ. 2 часа.

Коррекция автоматических режимов. Слушатели самостоятельно изменяют автоматические режимы и затем проверяют эффект изменений в АРМ'ах.

ЗАНЯТИЯ ДЕВЯТОЕ И ДЕСЯТОЕ. 4 часа.

Самооценка и текстовый редактор ФОТОН. Каждому слушателю предлагается файл PRAKTIKA, в котором он должен с помощью текстового редактора стереть лишние строки.

Необходимые навыки работы с компьютером.

1) Каждый слушатель получит задание ввести текст в раздел "История заболевания" компьютерной истории болезни, а затем отредактировать его. Преподаватель добивается от слушателя соблюдения рациональных приемов работы с текстовым редактором (замена-вставка, стирание отдельных символов и строк, операции с блоками, отмена, возможность переноса информации из одной истории болезни в другую)

2) Каждый слушатель получает задание создать текстовый файл в Norton Commander и редактировать его в редакторе ФОТОН. Преподаватель обращает внимание слушателей на работу с блоками, средства поиска, записи файла, содержание предлагаемых меню.

3) Слушатели упражняются в использовании функций NORTON COMMANDER: сортировка файлов, поиск, копирование, переименование, удаление, распечатка; журнал; настройка - сравнение директорий, работа с меню, снятие и возвращение верхнего слоя экрана.

4) Слушатели упражняются в установке даты и времени.

Анонимное анкетирование. Подсчет и оглашение результатов анкетирования. Заключительные рекомендации преподавателя об управлении лечебно-диагностическим процессом.

ПРИНЦИПЫ И ИНСТРУМЕНТЫ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО УПРАВЛЕНИЯ
ЛЕЧЕБНО=ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ В СТАЦИОНАРЕ
Курс обучения
для заместителей главных врачей и заведующих отделениями

Методические рекомендации

Слушатели приглашаются на занятия именно в том составе, который отражен в названии: заместитель главного врача и его заведующие отделениями.

Цель курса - сформировать у слушателей системное представление об управлении лечебно-диагностическим процессом на всех уровнях от лечащего врача до городского отдела здравоохранения и о специфических инструментах автоматизированного управления.

Продолжительность курса - 20 часов. курс состоит из практических занятий.

НА ВСЕХ ЗАНЯТИЯХ НАДО ПОДЧЕРКИВАТЬ, ЧТО

а) СЛУШАТЕЛИ НЕ ВЛАДЕЮТ ТЕМИ ЭФФЕКТИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ РАБОТЫ, КОТОРЫЕ ЗАКЛЮЧЕНЫ В АРМ'Е ВРАЧА И В ПРОГРАММЕ "УПРАВЛЕНИЕ ПОЛИКЛИНИКОЙ",

б) ЭТИМ ПРИЕМАМИ МОЖНО ОВЛАДЕТ ЛЕГКО.

Для проведения практических занятий на каждом учебном месте должны быть установлены программы "Управление поликлиникой" и "Рабочее место врача поликлиники". Они должны быть взяты из тех поликлиник, откуда придут слушатели, причем давность информации не должна превышать 1 месяца. Копии баз "Рабочего места врача" каждый слушатель приносит с собой на дискете.

1. Компьютерная история болезни. 4 часа.

ПОЛНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ - основной носитель информации для общения руководителя с лечащим врачом.

1.1. Слушатели восстанавливают базы данных участков, которые они принесли с собой на дискетах. При этом внимание каждого слушателя обращается на умение включить компьютер, снятие и возвращение Norton-меню, вход в программу "Рабочее место врача", режим "Вспомогательные процедуры" особенности и различия режимов "Восстановление базы данных" и "Замена одного участка другим", роль режима "Замена одного участка другим" в деятельности заведующего отделением и начмеда. Предлагается выбрать любую историю болезни пациента 4-й группы в возрасте не старше 55 лет и распечатать ее ("Полная история болезни". При этом надо обратить внимание слушателей на приемы работы с принтером.

1.2. Слушателям предлагается составить список ситуаций, которые служат поводом для обязательного ознакомления руководителя с полной компьютерной историей болезни. Список составляется в течение примерно 5 минут, строки списка нумеруются. Тот, у кого самый короткий список, зачитывает его - преподаватель дает комментарии. Остальные слушатели дополняют список, опираясь на свои записи.

Надо подчеркнуть, что важнейшие поводы - это еженесячные реко-

мендации о контроле и переводы из группы в группу. На втором плане - направления в другие учреждения, ВКК, жалобы.

1.3. Каждый из слушателей анализирует распечатанную для себя историю болезни и делает на ней свои замечания для лечащего врача. Эти замечания обсуждаются с преподавателем. Важно обратить внимание на такие недостатки, как отсутствие или неполноценность текстовых полей (анамнез, дневники), противоречия между группой учета и диагнозом, между диагнозом и лечением, между группой учета и частотой явок, между датой диагноза и группой учета.

1.4. Преподаватель объясняет принципиальное различие между формализованной и неформализованной информацией в истории болезни. Особенности работы с текстовыми полями, использование шаблонов, шаблоны как программа действий врача.

1.5. Выявление ошибок рассматривается только как первый шаг в управлении: далее надо установить, являются ли эти ошибки в работе врача случайными или систематическими. Обсуждаются способы распознавания систематических ошибок: поиск в АРМ'е с помощью списков, режимов "Контроль по данным месячного анализа", "Численность контингентов", "Стоимость медицинских услуг" и др..

2. Компьютерная история болезни. Продолжение. 2 часа.

Контрольная работа. Каждый слушатель получает распечатку анкеты ЕРІКRІZ и письменно отвечает на ее вопросы, а затем преподаватель обсуждает отдельно с каждым его ответы.

3. Ежемесячный анализ и рекомендации о контроле. 2 часа.

Используется комплекс "Управление поликлиникой", раздел "Анализ". Слушатели распечатывают нормативы. Преподаватель сравнивает нормативы разных поликлиник, объясняет смысл различий, значение нормативов для анализа, а также использование их для быстрой ориентировки в уровне работы поликлиники. Смысл нулевой нижней границы норматива. Представление об алгоритме выработки рекомендаций и о парадоксальных рекомендациях.

4. Рекомендации о контроле. Продолжение. 2 часа.

Слушатели распечатывают полный комплект месячного анализа. РК как основной результат анализа. Остальные компоненты полного комплекта как вспомогательные средства. Смысл каждой рекомендации о контроле. Способы осуществления РК. Принцип: говорить с лечащим врачом не о статистике, а о конкретных пациентах. Повторные РК как свидетельство недостаточности управления.

Следует подчеркнуть, что сведения о неэффективности управления передаются на городской уровень почти одновременно с подачей их главному врачу.

5. Ранги и балльные оценки. 2 часа.

Подчеркнуть, что РК вырабатываются только в зависимости от фактической работы, а баллы - еще и в зависимости от рангов. Ранжирование как способ осуществления политики руководителя.

Слушатели расставляют ранги и получают балльные оценки по своей поликлинике.

6. Балльные оценки и премии. 1 час.

Преподаватель обсуждает со слушателями расхождения между их субъективной оценкой своих врачей и рассчитанными балльными оценками. Анализируются причины низких и высоких балльных оценок. Вносятся коррективы в ранги. Рассчитывается премия по условному, но близкому к реальности премиальному фонду.

7. Коррекция автоматических режимов. 2 часа.

Слушатели самостоятельно изменяют автоматические режимы и затем проверяют эффект изменений в АРМ'ах.

8. Самооценка и текстовый редактор ФОТОН. 1 час.

Каждому слушателю предлагается файл ПРАКТИКА, в котором он должен с помощью текстового редактора стереть лишние строки.

9. НЕОБХОДИМЫЕ НАВЫКИ РАБОТЫ С КОМПЬЮТЕРОМ. 3 ЧАСА.

1) Каждый слушатель получит задание ввести текст в раздел "История заболевания" компьютерной истории болезни, а затем отредактировать его. Преподаватель добивается от слушателя соблюдения рациональных приемов работы с текстовым редактором (замена-вставка, стирание отдельных символов и строк, операции с блоками, отмена, возможность переноса информации из одной истории болезни в другую).

2) Каждый слушатель получает задание создать текстовый файл в Norton Commander и редактировать его в редакторе ФОТОН. Преподаватель обращает внимание слушателей на работу с блоками, средства поиска, записи файла, содержание предлагаемых меню.

3) Слушатели упражняются в использовании функций NORTON COMMANDER: сортировка файлов, поиск, копирование, переименование, удаление, распечатка; журнал; настройка - сравнение директорий, работа с меню, снятие и возвращение верхнего слоя экрана.

4) Слушатели упражняются в установке даты и времени.

10. Анонимное анкетирование. Подсчет и оглашение результатов анкетирования. Заключительные рекомендации преподавателя об управлении лечебно-диагностическим процессом.

**ВВЕДЕНИЕ В АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ГОРОДСКИМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ**

Курс обучения для руководителей городского здравоохранения

Методические рекомендации

Тема 1-ая.

Цель, средства, критерии эффективности управления.

Преподаватель делает вводные замечания о принципиальных изменениях в условиях управления при переходе к компьютеризации лечебно-диагностического процесса.

Слушателям предлагается в течение 5 минут составить 3 списка: средства управления, цели управления и критерии эффективности управления. После этого списки сопоставляются с заранее подготовленной на доске схемой и обсуждаются.

Преподаватель излагает схему управления для традиционной системы и сопоставляет ее с возможностями, которые появляются с использованием алгоритмизации и автоматизации лечебно-диагностического процесса.

Содержание темы

1) Цель **управления** городским здравоохранением - обеспечить **удовлетворительный** уровень здоровья населения.

Она достигается

- а) полноценной медицинской помощью в учреждениях города,
- б) обеспечением других городских структур информацией, **необходимой им** для охраны здоровья.

2) Воздействие городского органа управления здравоохранением на **деятельность** медицинских учреждений осуществляется

- а) финансированием,
- б) распределением некоторых важных материальных ресурсов,
- в) распределением функций между учреждениями,
- г) распределением территорий и контингентов обслуживания,
- д) подбором, расстановкой, обучением и стимулированием кадров,
- е) воздействием на технологию лечебно-диагностического процесса (изменения в организации работы, прямые указания о действиях лечащих врачей, запросы на отдельные виды информации).

Иногда (а в случае "е" нередко) эти средства воздействия обращены непосредственно к лечащему врачу, в большинстве случаев они действуют **на него** опосредованно, через действия руководителей медицинских учреждений. Во всех случаях это - сильнодействующие средства. В зависимости от особенностей применения они могут приносить и пользу, и ущерб.

3) Эффективность управления определяется достижением цели и поэтому может измеряться своевременностью выявления заболеваний, численностью, структурой и движением диспансерных контингентов, частотой

и структурой первичного выхода на инвалидность и смертностью, а в конечном счете - увеличением средней продолжительности жизни населения.

Ряд других характеристик управления - информационное обеспечение и рациональность принимаемых решений, сроки принятия и осуществления решений, стабильность достигаемых результатов, произведенные затраты, широта использования автоматизации и проч. - отражают не достижение цели, а механизмы продвижения к ней (или удаления от нее). В этом качестве они необходимы, но только в этом: ни глубиной анализа, ни широким использованием компьютеров, ни большими капиталовложениями, ни экономией средств эффективность управления здравоохранением не доказывается. Описание механизма позволяет предположить, что он может работать успешно, но о фактической эффективности не говорит ничего.

4) В традиционной системе управления даже высококвалифицированные организаторы здравоохранения городского уровня неодинаково и всегда неопределенно формулируют цели, средства и критерии управления. Эти понятия в традиционной системе бесполезны: своевременно оценивать свое влияние на состояние здоровья населения городская власть не может и поэтому вынужденно подменяет цели. Осуществление капиталовложений, освоение средств, сам факт обучения руководителей, открытие больницы, внедрение новых средств лечения, диагностики и организации, - все это принимается за исковый результат. Использование средств вынужденно принимается за достижение цели.

Вынужденно - не значит "скрепя сердце". Такая подмена освобождает городскую власть от ответственности за показатели здоровья населения, полностью перекладывает их на главных врачей и на внешние обстоятельства.

5) Автоматизация рабочих мест врачей и управления учреждением имеет следствием регулярное поступление информации, которая описывает работу врачей и оценивает ее результаты: своевременность диагностики, структуру и движение диспансерных контингентов, инвалидность, смертность. С этого момента все уровни управления информированы и, следовательно, ответственны за конечный результат. Это не коллективная ответственность, а разделенная ответственность: за недостижение цели каждый вышерасположенный уровень управления становится ответственным тогда, когда нижерасположенный не справился со своей задачей за отведенный для нее срок (обычно - месяц).

Для всех без исключения уровней управления конечная точка приложения сил одна - работа лечащего врача, на историях болезни которого надо показать ему и руководителям систематические ошибки, ухудшающие конечный результат.

Тема 2-ая.

APM врача. Его возможности с точки зрения управления лечебно-диагностическим процессом в городе.

1) APM врача - развитая система интеллектуальной поддержки, позволяющая значительно улучшить диагностику, лечение, диспансерное наблюдение. APM может и должен быть единственным источником инструкций, требований, рекомендаций врачу от руководителей по этим трем разделам

деятельности и главным источником информации для руководителей о работе и проблемах врача. Отсюда следует, что

а) все организационные решения, затрагивающие работу врача, должны реализовываться через его АРМ,

б) все конфликтные ситуации, организационные и хозяйственные проблемы, затрагивающие врача, неудовлетворение его запросов, а также неудовлетворенность руководителей действиями врач должны отражаться и использоваться в управлении через АРМ врача,

в) от врача нельзя требовать никаких отчетов о том, что им сделано (но можно требовать объяснений, почему сделано так, а не иначе),

г) единственным обязательным требованием к врачу при соблюдении пунктов "а" и "б" является полное соблюдение технологии работы с АРМ'ом,

д) неременной обязанностью руководителей всех уровней является соблюдение технологии управления, которая предусмотрена автоматизированной системой: обращение к традиционным способам управления допустимо лишь для тех ситуаций, которые не предусмотрены этой технологией.

2) Важнейшая задача управления - обеспечить полное использование врачами всех возможностей АРМ'а. При этом особое внимание надо обратить на

правильное пользование 5-групповой системой диспансеризации, своевременность перевода пациентов из группы в группу, полное использование врачом возможностей формализовать медицинскую и иную информацию,

использование шаблонных текстов, выполнение недельного плана работы, своевременную реакцию на специальные напоминания АРМ'а,

которые появляются в кадре на красном поле, своевременную реакцию на рекомендации и замечания руководителей, которые сделаны в историях болезни.

Тема 3-я.

АРМ - средство обобщения работы врача и оценки положения дел на врачебном участке и средство связи врача с учреждением.

1) АРМ врача поликлиники позволяет делать многоаспектные обобщения данных, накопленных в базе участка - для отчетов, для планирования работы, для оценки квалификации врача, для слежения за изменениями в тех разделах работы, которые взяты под специальный контроль, для научных исследований. Он служит почти исчерпывающим источником сведений, необходимых уровням управления. Поэтому запросы последних на информацию должны быть обращены не к врачу, а к АРМ'у.

2) АРМ - средство обмена информацией о больном между врачами (перевод пациента с участка на участок, обмен сведениями между участковым врачом и специалистами, обмен данными с кабинетом вакцинопрофилактики, с флюоростанцией). Переводы. Передача дубликатов историй болезни. Временная работа врача с "чужим" участком. Слияние участков. Разделение участков.

Тема 4-я.

Настройка автоматических режимов -
средство управления качеством обследования
и использованием ресурсов.

"Коррекция автоматических режимов" позволяет

а) обеспечить квалифицированное использование диагностических ресурсов и консультантов при выявлении распространенных заболеваний, при контроле за хрониками, при профилактическом обследовании здоровых,

б) изучать и прогнозировать потребности в диагностических ресурсах,

в) регулировать потребности в зависимости от наличия ресурсов.

Тема 5-ая.

Комплекс "Управление поликлиникой".
Управление на основе сравнительной оценки
врачебных участков.

Ежемесячный анализ. Рекомендации о контроле и поощрении.
Балльные оценки и премии.
Нормативы.

Тема 6-ая.

Информационные базы городского Управления здравоохранением.

"Управление поликлиниками".

"Учет и анализ заболеваемости".

"Экспертиза смертности" - общегородская база.

"Экспертиза смертности, онкозапущенности и инвалидности" в ЛПУ.

"Экспертиза детской смертности" в ЛПУ.

"Вакцинопрофилактика".

"Больничный лист".

"Профосмотр".

Возможность воспользоваться базами данных любых врачебных участков в городе.

Тема 7-ая.

Трансформация управления.

Формирование восходящих потоков информации. Процесс принятия решений, элемент прогноза. Реализация решений, слежение за ходом реализации.

Особенности отдельных форм управления (приказы и распоряжения, планерки и совещания, контрольные визиты в учреждения).

Стиль и принципы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11
к отчету НИЦ ТМЗ за 1-е полугодие 1996 года

АНКЕТЫ ДЛЯ ОПРОСА СЛУШАТЕЛЕЙ

Анкета для слушателей курсов "Введение
в автоматизированное управление"
(для главных врачей и медстатистиков)

А Н К Е Т А С Л У Ш А Т Е Л Я

Обведите Ваш ответ кружком.

На полях можете сделать любые замечания.

1. СВОЕВРЕМЕННО ЛИ ПРОВЕДЕН КУРС?
 - 1.1. Преждевременно
 - 1.2. Надо бы раньше
 - 1.3. Не могу судить
 - 1.4. Пожалуй, своевременно
 - 1.5. Очень своевременно

2. НАДО ЛИ БЫЛО ПРОВОДИТЬ ЕГО В ТАКОМ СОСТАВЕ
(главный врач + медстатистик)?
 - 2.1. Не надо
 - 2.2. Это не лучшее решение
 - 2.3. Можно и так
 - 2.4. Это неплохо
 - 2.5. Это здорово

3. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА (для данного этапа)
 - 3.1. Чрезмерная
 - 3.2. Многовато
 - 3.3. Приемлемая
 - 3.4. Достаточная
 - 3.5. Надо бы подольше

4. МНОГО ЛИ НОВОГО ВЫ УЗНАЛИ?
 - 4.1. Ничего нового
 - 4.2. Кое-что
 - 4.3. Немало
 - 4.4. Много
 - 4.5. Очень много

5. ПРИГОДИТСЯ ЛИ УСЛЫШАННОЕ В РАБОТЕ
 - 5.1. Нет
 - 5.2. Кое-что пригодится
 - 5.3. Пригодится все
 - 5.4. В некоторых разделах теперь буду работать по-другому
 - 5.5. В большинстве затронутых разделов буду работать по-другому.

6. БЫЛО ЛИ ИНТЕРЕСНО?
 - 6.1. Было скучно
 - 6.2. Не очень
 - 6.3. Интересно, но не все
 - 6.4. Все было интересно
 - 6.5. Все было очень интересно

7. СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ РАССКАЗОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, БЕСЕДОЙ И СОБСТВЕННЫМИ УПРАЖНЕНИЯМИ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ

- 7.1. Надо было просто прочесть лекции, а мы бы записали
- 7.2. Надо было беседовать и рассказывать, а на компьютер потратить времени поменьше.
- 7.3. Соотношение было хорошим
- 7.4. Надо было рассказывать компактнее, чтобы выгадать время для самостоятельной работы за компьютером
- 7.5. Надо было большую часть времени провести за компьютером

8. О ПОВТОРЕНИЯХ У ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

- 8.1. Повторялся много и совершенно напрасно
- 8.2. Можно было повторяться меньше
- 8.3. Все нормально
- 8.4. Повторения были, но так лучше запоминается
- 8.5. Повторения были, но они помогают всесторонне увидеть предмет

9. КТО ВЫ?

- 9.1. Главный врач
- 9.2. Медицинский статистик
- 9.3. Заместитель главного врача
- 9.4. Заведующий отделением

Анкета для слушателей курсов "Принципы и инструменты"
(для заведующих отделениями и начмедов поликлиник)

АНКЕТА СЛУШАТЕЛЯ

Обведите Ваш ответ кружком.
На полях можете сделать любые замечания.

1. СВОЕВРЕМЕННО ЛИ ПРОВЕДЕН КУРС?

- 1.1. Преждевременно
- 1.2. Надо бы раньше
- 1.3. Не могу судить
- 1.4. Пожалуй, своевременно
- 1.5. Очень своевременно

2. НАДО ЛИ БЫЛО ПРОВОДИТЬ ЕГО В СМЕШАННОМ СОСТАВЕ
(заведующие отделениями + зам. главного врача)?

- 2.1. Не надо
- 2.2. Это не лучшее решение
- 2.3. Можно и так
- 2.4. Это неплохо
- 2.5. Это очень хорошо

3. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КУРСА (для данного этапа)

- 3.1. Чрезмерная
- 3.2. Многовато
- 3.3. Приемлемая
- 3.4. Достаточная
- 3.5. Надо бы подольше

4. МНОГО ЛИ НОВОГО ВЫ УЗНАЛИ?

- 4.1. Ничего нового
- 4.2. Кое-что
- 4.3. Немало
- 4.4. Много
- 4.5. Очень много

5. ПРИГОДИТСЯ ЛИ УСЛЫШАННОЕ В РАБОТЕ

- 5.1. Нет
- 5.2. Кое-что пригодится
- 5.3. Пригодится все
- 5.4. В некоторых разделах теперь буду работать по-другому
- 5.5. В большинстве затронутых разделов буду работать по-другому.

6. БЫЛО ЛИ ИНТЕРЕСНО?

- 6.1. Было скучно
- 6.2. Не очень интересно
- 6.3. Интересно, но не все
- 6.4. Все было интересно
- 6.5. Все было очень интересно

7. СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ РАССКАЗОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, БЕСЕДОЙ И СОБСТВЕННЫМИ УПРАЖНЕНИЯМИ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ

- 7.1. Надо было просто прочитать лекции, а мы бы записали
- 7.2. Надо было беседовать и рассказывать, а на компьютер потратить времени поменьше.
- 7.3. Соотношение было хорошим
- 7.4. Надо было рассказывать компактнее, чтобы выгадать время для самостоятельной работы за компьютером
- 7.5. Надо было большую часть времени провести за компьютером

8. О ПОВТОРЕНИЯХ У ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

- 8.1. Повторялся много и совершенно напрасно
- 8.2. Можно было повторяться меньше
- 8.3. Все нормально
- 8.4. Повторения были, но так лучше запоминается
- 8.5. Повторения были, но они помогают всесторонне увидеть предмет

9. ТЕМЫ ЗАНЯТИЙ

(поставьте + на пересечении темы и Вашей оценки)

ВАША ОЦЕНКА	ТЕМЫ ЗАНЯТИЙ						
	Исто- рия бо- лезни	Ана- лиз, РК, РП	Авто- мат. режи- мы	Ран- ги и бал- лы	Текс- товый реда- ктор	Папка заве- дую- щего	Азы ра- боты с компью- тером
9.1. Ненужное занятие (потеря времени)							
9.2. Важная, но плохо преподанная тема							
9.3. Небесполезная, не обязатель- ная тема							
9.4. Занятие нужное							
9.5. Занятие очень нужное							

10. ОБ ОТВЕТАХ НА ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ЗАДАВАЛИ ВЫ И ВАШИ КОЛЛЕГИ

- 10.1. Вопросы остались без ответа
- 10.2. Ответы неудовлетворительные
- 10.3. Ответы удовлетворительны, но не полны
- 10.4. Ответы были полными
- 10.5. Ответы были исчерпывающими и интересными