

ДЕНЬ СЕГОДНЯШНИЙ

На сегодняшний день здравоохранение в нашей стране занимает 120 место в мире по качеству оказания медицинской помощи... Проведённые ООН исследования по продолжительности жизни мужчин ставят Россию на 166 место (59 лет), по продолжительности жизни женщин – на 127 место (73 года). Процент гибели работоспособного населения увеличивается с каждым годом.

Что-то из предложенного ниже покажется вам знакомым, что-то вы уже где-то видели, это-то я не скрываю, но есть и новые, никем ранее не предлагавшиеся идеи, которые собственно и представляют ценность.

Кому-то статья покажется интересной, кому-то не понравится, кто-то скажет: «Автор шизофреник!» - судить, конечно, вам! Это всего лишь моё видение выхода из существующего положения, а оно мало у кого вызывает оптимизм.

в месяц. Но опять возникает проблема. Для каждой больницы группа специалистов пишет своё программное обеспечение, естественно больница ни с кем им делиться не собирается, так как в разработку вложены свои кровные. А о совместимости этого программного обеспечения с другими программными комплексами и говорить нечего.

Пожалуй, многие согласятся, что было бы очень удобно, если в государственной медицине существовал единый программный

ПОЧЕМУ ЛЕГКО?

Во-первых, Unix системы, к которым относится разрабатываемая ОС, менее требовательны к компьютерному железу и хорошо поддерживают устаревшее оборудование, что позволит использовать в информатизации приличную часть уже существующего компьютерного парка больниц, что резко снизит расходы. Во-вторых, на сегодняшний день, Linux, столь стремившийся избавиться от своей изначальной сложности, настолько упростился (по крайней мере отдельные дистрибутивы), что для рабочих целей даже человек, ранее не знакомый с Windows, разберётся без проблем.

ПОЧЕМУ ВЫГОДНО?

Покупая компьютер с Windows, мы платим компании Microsoft за использование её ПО. В магазине цена на операционную систему Windows начинается от 3225 рублей. Используя разрабатываемую национальную ОС, мы сможем отказаться от использования платного ПО, опять-таки сэкономив огромную сумму.

На Linux системы относительно немного так называемых офисных игр, да и как поставить их на Linux не каждый разберётся, следовательно, больше шансов что человек, пришедший на работу, будет трудиться, а не прохладиться, раскладывая пасьянс «Косынка» за чашечкой кофе.

Таким образом, сегодня с минимальными затратами можно разработать единый программный комплекс для государственной медицины и внедрить его на базе национальной операционной системы. А если вести разработку этого комплекса одновременно с разработкой ОС, то можно получить отличные результаты в стабильности как ПО, так и ОС, что, естественно оптимизирует разработку обоих проектов и облегчит их внедрение в практику.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ТРЕТЬЕ

Бумага была изобретена во втором веке до нашей эры. Да и про «написанное пером» уже как-то не звучит.

Медицинские карты, пожалуй, только в России и в развивающихся странах Африки, да юга Азии, до сих пор из бумаги.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ...

А вот насчёт завтра...

**Заходит пациент к врачу и говорит:
– Здравствуйте, бесплатный доктор!
Врач: – Здравствуйте, безнадежный больной!**

Люди не связанные с медициной быстрее всего скажут: «Ну и пессимистичную же картину вы, молодой человек, рисуете!» - и только врачи, трудящиеся в существующей системе здравоохранения, молча согласятся. Почему молча? Да просто только человек, оконувшийся в эту систему, понимает, что в ней он заложник. СМИ на каждом углу кричат нам: «У нас демократическое государство! Наше правительство заботиться о каждом гражданине РФ!» Только где же эта забота? Врач терапевтической специальности муниципальной больницы (стационара) получает – 7500 рублей, хирургической специальности – 8100 на ставку! И это зарплата с северными надбавками! В южных регионах зарплата доходит до 4100 рублей! Вы сможете прожить на эти деньги? И.В. Сталин говорил: «Хорошего врача народ прокормит!» - по сути, наше государство попросту толкает врачей на взятничество с такими зарплатами! Ни для кого не секрет, что в большинство клиник центра и юга России без денег можно не приходиться! И это не вина врачей, это позор нашего государства!

ЧТО ЖЕ МЫ ПРЕДЛАГАЕМ?

Ниже изложено не более 10 % задумки автора, это не более чем каркас всей идеи, поэтому только прочитав данную статью до конца, вы сможете понять работу схемы. Если вы никогда не читаете статьи полностью или имеете личную неприязнь к автору, то рекомендую дальше не читать. Не тратьте свои нервные клетки, они хоть и восстанавливаются, но очень медленно.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПЕРВОЕ

Пластик – материал 21 века!

На дворе 21 век, а в качестве страхового полиса нам до сих пор выдают огрызок бумаги, который со временем становится таким, что даже неприятно в руки брать.

Почему бы сегодня не заменить бумагу на банально простую пластиковую карточку, как это принято в Европе? И в руках приятно держать, и хранить её удобно, и всегда при себе можно носить. Себестоимость одной карточки на сегодня составляет около 10 рублей. Оснастить рабочее место аппаратурой для записи информации на карточку обойдётся дешевле, чем оснащение существующих мест выдачи бумажных полисов.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ВТОРОЕ

IT везде!

От него уже не убежать.

Как только попадаешь в заграничные клиники, сразу обращаешь внимание на полную компьютеризацию рабочего места врача. Управление, снабжение материалами и даже документооборот клиники строится исключительно на информационных технологиях! Не только заграничные коллеги обратили внимание на существенную экономию средств при компьютеризации процессов, но и в некоторых больницах нашей страны также оценили экономическую выгоду. Так в отдельных больницах экономия доходит до нескольких миллионов рублей

комплекс управления, снабжения и учёта больных, за который отвечал единый штат специалистов. Аналогичные комплексы сегодня используют банки и некоторые частные организации, и без них они уже не представляют своего существования.

На сегодняшний день реализовать такую задумку не представляет особой сложности. Сегодня в нашей стране готовится к разработке национальная операционная система (в дальнейшем ОС) на базе Linux. В её разработку правительство собирает вкладывать существенные финансовые средства, но в нашей стране доля Linux систем не более 2 %, возникает вопрос: «А где же эта система будет применяться?» На рабочем столе домашних компьютеров она явно никогда не появится по причине отказа игровой индустрии и производителей компьютерных комплектующих разрабатывать программное обеспечение (в дальнейшем ПО) на Linux из-за его малой распространённости, на производственных серверных системах тоже вряд ли, Gentoo, FreeBSD и Debian там закрепились основательно. А вот внедрить её в такой государственной структуре как медицина получилось бы довольно легко и очень выгодно.

Мы хозяева Сочи 2014, строим наукоград Сколково, развиваем нанотехнологии, а, как и в 18 веке, пишем историю болезни на бумаге. Заглянешь в регистратуру поликлиники и не понимаешь, куда ты попал, то ли в библиотеку, то ли в архив макулатуры, то ли в музейное хранилище рукописей. Неужели нельзя всё это перевести в цифровой вид? Ведь вся эта бумажная регистратура легко разместится на жёстком диске любого современного компьютера, а если закупить специальный сервер, то задача ещё больше упрощается. При наличии у каждого врача компьютера на рабочем месте и сервера с историями болезни, можно организовать внутрибольничную локальную сеть для оперативного доступа к информации о пациенте, что, естественно, избавит от необходимости таскать кучу макулатуры из регистратуры и обратно, избавит истории болезни от легендар-

но ужасного почерка российских врачей (все истории будут вестись в печатном виде). Добавив в сеть кабинеты функциональной диагностики и лаборатории, появляется возможность оперативно получать результаты исследований. Большинство импортного оборудования уже имеет возможность сохранять результаты исследования в цифровом виде, что даёт возможность прикреплять их к карте пациента, и лечащий врач сможет не только ознакомиться с заключением, но и увидеть результаты на своем мониторе. Ведение врачом приема и учёта пациентов в компьютерном виде позволит избавиться от очередей на запись к специалисту. Пациент приходит в регистратуру и у медицинской сестры узнает, когда в рабочем графике (тоже в компьютерном виде) врача есть время для его приема, а не встает в 3 утра чтобы занять очередь за желанным талончиком на завтра.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЧЕТВЕРТОЕ

Всемирная паутина добралась и до медицины.

Сделали мы компьютерное управление в больницах города, но люди имеют тенденцию переезжать, доставляться в стационар не по месту жительства в экстренном состоянии, а карта больного находится на сервере его родной поликлиники. Возникает вопрос: «Что делать?» Распечатывать пациенту историю болезни перед его переездом, а по прибытии на новое место жительства снова печатать её в базу данных? А если история болезни нужна в отдалённой больнице для выбора тактики оказания неотложной медицинской помощи? Ответ прост – Internet. Сегодня он есть в каждом медицинском учреждении, вот только используется он обычно только руководством – разве что для почтовой переписки, в ICQ по-

сидеть, да фильмов покачать, чтобы на работе было что делать. А ведь за наличие канала Internet учреждение платит деньги, и причём платит как организация не малую сумму. Почему бы не использовать Internet для мобильного доступа к историям болезни и мониторинга службами снабжения расходов поставляемых материалов? Данные можно передавать в зашифрованном виде, что обеспечит конфиденциальность и безопасность, да и специалисты по криптографической защите в нашей стране ещё не перевелись.

Специалисты в области IT возразят: «И каким же образом вы предлагаете искать истории болезни? Перебором? Ввели паспортные данные и ждём пока проверятся все сервера в каждой больнице страны? Да так вся система рухнет, не успеет начать работать!!!» Ответ на этот вопрос вы узнаете в следующем номере «МС».

Евгений Масько,
5 курс лечебный факультет

СОВЕТЫ ПСИХОЛОГА

Вот уже прошел месяц твоей новой жизни в университете. Ты познакомился с группой, администрацией факультета, сориентировался в расписании. Вероятно, привыкнуть к новому способу обучения и огромному потоку информации не так просто. Больше самостоятельности, отсутствие постоянного контроля, домашние задания, переезды к месту занятий, усталость и нехватка времени - все не как в школе. Хотим мы этого или нет, в меняющихся условиях приходится менять свои привычки, осваивать новые, оптимизировать старые способы получения знаний.

Научиться учиться - сейчас первостепенная задача. Потому что, если этого не сделать, годы в университете превратятся в сплошной стресс, и вместо того, чтобы получать удовольствие от пребывания студентом, ты будешь решать все новые и новые проблемы (которых, кстати, можно избежать!).

Итак, с чего начнем? Ключевые моменты здесь: **цель-время-информация**

ЦЕЛЬ

Зачем тебе учеба? В широком смысле учеба необходима для того, чтобы понять, куда двигаться дальше, развиваться. Зачем ты здесь? Что для тебя будущая профессия? Очень важно сейчас найти ответ на эти вопросы (пусть он потом будет меняться, это нормально). Человеческая психика так устроена, что только действительно понимая «зачем», мы всегда можем найти вариант «как».

Кстати, Теодор Рузвельт как-то сказал, что «совершенно необразованный человек может разве что обчистить товарный вагон, тогда как выпускник университета может украсть железную дорогу».

ВРЕМЯ

Ты смотришь в расписание и кажется, что времени на жизнь совсем нет, одна учеба. Не отчаивайся. Уже к концу года ты сможешь выучить 100 вопросов за ночь, уверенно объяснять то, что прочитал минуту назад и многое другое из студенческих хитростей, но сейчас не об этом.

«ПРОФЕССОР ПРИНИМАЛ ЭКЗАМЕНЫ И ВАЛЕРИАНКУ, СДАВАЛИ СТУДЕНТЫ И НЕРВЫ» (студенческий фольклор)

Займемся управлением временем.

Да-да, временем нужно управлять. На самом деле его много. Проблема в том, как и на что мы его «тратаем». По данным различных исследований, от 30 до 50 % своего времени люди тратят на случайные, ненужные им вещи.

Итак, правила управления временем:

- Посмотри, какие дела наполняют твоё время ежедневно. Какие из них важны (посещение занятий) и срочны (сдача долгов), а какие нет (несрочных и неважных дел лучше избегать). Создай себе привычку составлять письменный список дел, потому что постоянное «прокручивание» в голове этого списка только занимает твоё внимание.
- Если предстоит неприятное дело, лучше начать с него, остальные пойдут легче просто по контрасту.
- Постарайся проанализировать, на что уходит время? Скорее всего, ты найдешь немало дополнительных минут, а то и часов, если перестанешь «раскачиваться» перед тем как взять книгу или обдумывать полчаса, почему ты не можешь решить вот эти задачи по химии прямо сейчас.
- Выясни свои «рабочие» часы. Это время дня, когда ты особенно хорошо усваиваешь информацию. Старайся строить свою внеаудиторную работу согласно этим часам. Даже если при этом ты будешь учить не как все в 11 вечера, а в 5 утра, как тебе лучше.

ИНФОРМАЦИЯ

Работа с информацией - один из самых важных навыков. Умение найти источники, сосредоточиться на главном, выделить ключевые моменты будут необходимы всегда. Записывай то, что тебе интересно, просматривай конспекты (без ревизии

знаний после лекции остается менее 10 % информации). Ну и, конечно, понимай смысл заучиваемого материала.

Поиск информации - отдельное искусство, ты наверняка используешь конспекты, учебники и не вылезает из читального зала. Остановимся подробнее на информации из сети. Часто мы полагаемся на то, что все можно найти в интернете. Учтывая, что самая достоверная информация не лежит на поверхности. Отвыкай от статей в википедии, ориентируйся на электронные базы крупных научных центров или источники с уверенной репутацией.

Информация найдена. Что дальше? Твой следующий шаг - научиться ее обрабатывать. Разделяй целое на блоки. Есть такая притча - как съесть слона? По кускам. Если мы разделим большое дело на этапы, то сделать его станет гораздо проще. Разбей задание на небольшие «подзадания». Поставь себе целью выполнить к определенному времени только одно из них. Потом второе. И так потихоньку - к конечной цели. Причем каждое последующее задание будет казаться все легче.

Учиться особенно тяжело в тех случаях, когда это неинтересно или непонятно. Если же ты знаешь, ЗАЧЕМ тебе все это, и сразу же стараешься выяснить непонятное, то учеба начинает доставлять удовольствие. Удачи!

P.S. Конечно, все вышеперечисленные советы будут «работать», только если у тебя будет соответствующее НАСТРОЕНИЕ. Позитивный взгляд на учебу и на жизнь вообще - вещь необходимая. Но об этом в следующем номере.

Материал подготовлен психологической службой СГМУ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ...

А вот насчёт завтра...

Заходит пациент к врачу и говорит:
– Здравствуйтесь, бесплатный доктор!
Врач: – Здравствуйтесь, безнадежный больной!

продолжение

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПЯТОЕ

Информационная организация

Для обеспечения бесперебойной работы всей системы понадобится создать 3 уровня Data-центров. 1) Data-центр городского уровня 2) Data-центр областного уровня 3) Единый федеральный Data-центр. Система организации следующая - на серверах поликлиники хранятся истории болезни людей приписанных к этому лечебному учреждению, как только вносятся изменения в историю болезни на сервере, то сервер копит информацию о внесённых изменениях и, дождавшись, когда будет свободен Data-центр городского уровня, отправляет информацию на него. В Data-центре городского уровня хранятся копии медицинских карт всех проживающих в данном населённом пункте и они, с внесением изменений в историю болезни в поликлинике или стационаре, также получают эти же изменения. В свою очередь с городского Data-центра данные отправляются в областной Data-центр (когда он свободен). В областном центре можно не делать городской Data-центр, так как с его функциями легко справится областной, который также будет хранилищем историй болезни. Разделить пациентов проживающих в областном центре и из прочих городов области можно программно. В свою очередь данные из областного центра отправляются в единый Федеральный Data-центр. Хотя, передача историй в федеральный Data-центр не совсем оправдана - сложно в техническом плане, да и экономически не окупится. Дубликатов историй и так предостаточно, а федеральный центр и без того будет достаточно нагружен. В программном комплексе врача должна быть прописана возможность ступенчатого доступа, т.е. если не исправен сервер поликлиники, то можно получить историю болезни с городского сервера, провести необходимую работу с историей, автоматически сохранить изменения в памяти

персонального компьютера и по возобновлению работы сервера «слить» на него всю информацию. Если оказывается недоступен и городской сервер, то можно получить информацию из областного. Таким образом, при выходе из строя сети Internet или профилактических работах на отдельных серверах сохраняется функционирование системы. Как же можно быстро найти карту нужного нам человека? На сервере каждого уровня создаётся база данных людей, закреплённых за данным субъектом (поликлиника, город, область), при поиске программа, оценив код (об этом немного ниже), обращается к нужному нам серверу и получает необходимую историю болезни. Такая организация позволяет снизить объём передаваемых данных через сервера и позволяет оптимизировать поиск. Но как же нам искать людей? По фамилиям? По номеру паспорта?

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ШЕСТОЕ

Безопасность и конфиденциальность

При выдаче «медицинского полиса» (пока будем называть его так) в виде пластиковой карты, каждому пациенту приписывается определённый код: первая цифра – номер субъекта, вторая цифра – номер города (вроде индекса), третья – личный идентификационный номер и индивидуальный шифрованный ключ для доступа к его истории болезни. И вновь получаем оптимизацию поиска. Если человек с Мурманской области пришёл на прием к специалисту из Санкт-Петербурга, то, естественно, по первым цифрам кода программа не будет искать его карту где-нибудь в Магадане!

С поиском разобрались, теперь всплывает вопрос - зачем нужен шифрованный ключ и как его получить? Ключ записывается на карту вместе с идентификационным кодом. Код и ключ генерируются федеральным Data-центром, и при первом обращении в поликлинику по

месту жительства происходит сверка кода у федерального Data-центра, затем создается чистая история болезни, в которую прописывается кодовый ключ, код пациента и его паспортные данные. Доступ к истории болезни теперь можно получить только при наличии у человека его индивидуальной карты.

Получается, что редактировать карту может любой врач? Это тоже предусмотрено. В нашей стране каждый врач получает лицензию, естественно опять в бумажном виде! Предлагаю выдавать пластиковую карту с индивидуальным шифрованным ключом! В итоге доступ к истории болезни выглядит следующим образом – у пациента есть карточка доступа к его истории болезни, у врача есть карточка - лицензия для доступа к историям болезни, но добавлять записи врач может только когда в устройство для считывания вставлены и его карточка-лицензия и карта доступа пациента. Врач заносит запись в историю болезни и автоматически отмечается, кто внес изменения и когда. Редактирование карты НЕВОЗМОЖНО, возможно только внесение новых записей! Такой подход исключает фальсификацию документов! Если же пациенту интересно взглянуть на свою историю болезни, то ему просто нужно будет подойти к специальному терминалу в лечебном учреждении и вставить карту. И ВСЁ!

ПРЕДЛОЖЕНИЕ СЕДЬМОЕ

-Денег нет! -А если найду?

Фраза «в нашей стране бесплатная медицина», на мой взгляд, звучит абсолютно абсурдно! Почему? Не каждый знает, что из каждой нашей зарплаты отчисляется 2% в фонд обязательного медицинского страхования, т.е. человек, зарабатывающий 10 000 в месяц, 200 рублей дарит фонду ОМС, в год получается 2400, за 10 лет 24 000. Получается, что не такие

уж маленькие деньги мы отдаём в государственную копилку. Лично у меня возникает вопрос: «Я работаю, я зарабатываю, своей работой я приношу пользу обществу, и почему я должен отдавать заработанные мной деньги не пойми куда, не пойми на что? Почему на МОИ деньги асоциальным элементам общества (алкоголики, наркоманы, бомжи, безработные) медицинская помощь оказывается в том же объёме и качестве, в каком она оказывалась бы мне, человеку, трудящемуся в обществе на благо общества?» Некоторые скажут: «Как вы можете ТАК говорить о людях? Алкоголики, бомжи и наркоманы – это же тоже живые ЛЮДИ! Вы бесчеловечны!!!» Я не бесчеловечен, я просто хочу справедливости. Прочитав статью до конца, вы поймёте, что в предлагаемой схеме здравоохранения и такие люди смогут получить квалифицированную медицинскую помощь.

Предлагаю проводить отчисления не в фонд ОМС (кормушка для сотрудников фонда), а на индивидуальный счёт каждого человека, в размере не менее существующих 2% от его зарплаты. Если человек хочет чтобы размер отчислений был больше, то это всегда, пожалуйста.

Наиболее часто люди начинают активно ходить по врачам после выхода на пенсию, а это 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин, первые проблемы со здоровьем появляются у людей после 40. А теперь посмотрим на примере того же человека, который зарабатывает 10 000 рублей, какая же картина будет у него в старости? Человек начал работать в 20 лет, к сорока годам на его счёте будет минимум 48 000 рублей, к 60 годам соответственно 96 000. Сумма не маленькая. Таким образом, к моменту начала проблем со здоровьем, у человека будет достаточная сумма на лечение. А если ему понадобится высокотехнологичная помощь, которая стоит больших денег, то и к такому повороту событий человек будет готов.

Возникает вопрос: «А как же новорожденные дети? Они же не работают? Откуда у них деньги? Они же тоже болеют». Сегодня есть два таких понятия как «материнский капитал» и «родовой сертификат». Из них более или менее работает только второе. Зададимся вопросом: «Почему?»

Причина первая – возможность хоть какого-то выбора женской консультации, роддома, детской поликлиники. Правда данная схема работает через пень-колоду. Об этом все знают и все молчат, особенно руководители нацпроекта «Здоровье». Как попасть в желанный роддом к желаемому специалисту? Тут существует много «если», самые распространённые «если есть места», «если свободен

врач», а при желании таких «если» можно придумать ещё с десяток, а то и с два. Возможность выбора детской поликлиники также очень прозрачна. Причина всё те же «если». И, так как в нашей стране стихийно не строятся роддома и детские поликлиники, то, в принципе, ничего особо не меняется! Участковая система СССР не даёт высвободить достаточное количество мест для возможности выбора. В результате, на 100 % использовать эффективность выделяемых средств невозможно. Хотя, что такое 10000 рублей, делящиеся между 3 учреждениями?

Причина вторая. Одна из целей «родового сертификата» - создание заинтересованности медицинского персонала в качественном предоставлении услуг. В принципе, в тех городах и районах, где есть конкуренция между роддомами, эта схема стала работать, а в отдалённых районах врачи, работающие за «спасибо» или в лучшем случае за банку варенья от пациента, посмеялись и сказали: «А куда вы от нас денетесь? Всё равно к нам прибежите». Причина опять же в участковой системе. Опять не эффективно. У нас вся страна – сплошные районы.

«Материнский капитал», выдаваемый при превышении числа детей в семье более одного, на мой взгляд, ещё одна бредовая идея нашего правительства, сумма его составляет 343 278 рублей, которые можно потратить на приобретение жилья (Ну что такое 300 000 когда 2 комнатная квартира стоит больше 2 миллионов? Образование ребёнка (это уже хоть что-то), либо положить эти деньги на пенсионный счёт.

Для того чтобы обеспечить доступность медицинской помощи новорожденным, предлагаю начислять на индивидуальный счёт новорожденного сумму не менее 150 000 рублей, а в качестве источников финансирования использовать средства, выделяемые на выплату «родовых сертификатов» и «материнского капитала». К сожалению, некоторым новорожденным сразу после рождения требуется жизненно необходимая высокотехнологичная и дорогая медицинская помощь, а родители к этому естественно, оказываются не готовы, вот здесь то и поможет спасти жизнь новорожденного сумма от государства. Если же ребёнок родился здоровым, и родители заботятся о его здоровье (ребёнок ведёт здоровый образ жизни, занимается спортом, развивается и умственно, и физически), то этой суммы с лихвой хватит до его совершеннолетия и всё что у него останется от этой суммы перейдёт в «копилку» к старости.

Такая организация позволит избавиться от мошенников, использующих больных детей ради собственной наживы. Благодаря

такой организации здравоохранения, люди, жертвующие деньги больным детям, больше не будут перечислять деньги на подставные банковские счета, а будут перечислять деньги на индивидуальный счёт больного человека! Для безопасности подобных операций необходимо законодательно запретить использование средств индивидуального медицинского счёта в любых других целях кроме как для оплаты медицинских либо других видов услуг (как в госучреждениях, так и в частных организациях), направленных на восстановление здоровья человека (санатории и т.п.), но в то же время индивидуальный медицинский счёт может пополняться из любых других источников (лично владельцем, либо другими людьми) без возможности возврата денег.

Как это организовать с технической точки зрения? Опять нам на помощь приходит наша пластиковая карточка. Сам медицинский счёт является частью индивидуальной истории болезни, т.е. информация о состоянии счёта изначально располагается на уровне федерального Data-центра, и при не загруженности серверов остальных уровней на них передаётся информация о пополнении в медицинских счетах. По факту оказания медицинской помощи, в зависимости от вида помощи, происходит списание денег с индивидуального счёта. Подробнее об этом будет сказано ниже.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ВОСЬМОЕ

Догадываетесь, как вас подстригут в бесплатной парикмахерской?

Многие уже поняли, что то, что я предлагаю, это своеобразная форма платной медицины. По сути, мы и сейчас платим за оказание медицинской помощи, только при предлагаемой форме каждый получает то, на что он сам заработал. Ещё одно преимущество такой формы здравоохранения состоит в том, что она абсолютно прозрачна для всех: и для пациента, и для врача, и для контролирующих организаций (об этом немного ниже).

Суть предложения – пациент обращается за помощью к врачу поликлиники за консультацией, цена этой консультации зависит от квалификации врача, наличия у него учёной степени и т.д., но «живых» денег от пациента врач не получает – деньги списываются с индивидуального счёта больного. Цена приёма складывается из затрат на электроэнергию, отчислений поликлинике, отчислений государству, зарплату врача (в зависимости от квалификации) и прочих расходов. Таким образом, врач получает зарплату в зави-

симости от объёма выполненной работы, пациент защищён от «высасывания» врачом денег за приём (каждое посещение записывается в электронной карте пациента и в суде это 100 % доказательство не правомерности действий врача). Взяточничество со стороны врачей исчезнет само собой. Поликлиника получает деньги на закупку оборудования и прочие расходы. Государство также получает свой процент на свои нужды.

Для примера возьмём молодого специалиста пришедшего работать в поликлинику. Пусть цена приёма пациента начинающим специалистом будет стоить 200 рублей, из них 100 рублей на зарплату врача, а остальные 100 делят поликлиника и государство. Пусть начинающий врач принимает по 15 человек в день, тогда зарплата за день соответственно 1500, а при 5-дневной рабочей неделе за неделю 7500, за месяц 30 000. Казалось бы, что такое 200 рублей сегодня? Смешные деньги. А зарплата врача уже выглядит прилично, поликлиника и государство также получают прилично. Все довольны. Но! У врача появляется стимул повышать свой профессиональный уровень и заниматься наукой, так как от этого будет зависеть цена приёма пациента. Следовательно, пациент может выбрать себе врача, в зависимости от своих возможностей, соответственно своим потребностям.

В стационарах схема будет аналогичной – за каждым пациентом закрепляется врач и средний медицинский персонал, который будет выполнять всё необходимое для выздоровления пациента. Каждый укол, каждая диагностическая процедура, каждое врачебное вмешательство будут заноситься в карту, и врач или медсестра, выполнявшие процедуру будут нести за неё ответственность и получать за это финансовые средства. Любой врач, пытающийся заработать на пациенте, без проблем привлекается к ответственности благодаря компьютерной регистрации. Если действия врача оказываются ошибочными и пациент несёт убыток, то материальные средства должны быть возвращены. Естественно, затраты на нахождение пациента в стационаре также будут списываться со счёта пациента.

Вновь возникает проблема – социальные койки. В больницу периодически поступают люди без прописки, а выписать пациента из больницы на улицу врач не имеет права. В результате, такие люди попадают на социальные койки. Они нигде не работают, получают бесплатное больничное питание, бесплатную медицинскую помощь и добавляют практически не оплачиваемой работы младшему и среднему медицинскому персоналу. К ним

применим термин «человек-потребитель». Они не создают никаких благ для общества, а на сегодняшний день государство полностью обеспечивает их на народные средства! Как было сказано выше, в предлагаемой схеме каждый день нахождения больного в стационаре ОПЛАЧИВАЕТСЯ с его индивидуального счёта, и для людей на социальной койке это так же не должно являться исключением! Если у него заканчиваются средства на индивидуальный счёт – пусть идёт работать, и все заработанные средства будут идти на оплату его существования в клинике. Мне приходилось разговаривать с такими людьми, на вопрос: «Вот чего вы здесь лежите и телевизор смотрите целыми днями? Шли бы работать!», - ответ всегда был одинаков: «Кто же меня на работу без прописки возьмёт?» Ради интереса решил слукавить: «У нас уборщик территории уволился. Хотите, договорюсь, так вас на его место возьмут? Деньги не большие, но всё-таки...», - ответ также был одинаков у всех: «А мне это надо? У меня и так есть все, что мне нужно». Одно могу сказать, человек не должен быть только потребителем.

А что же делать, если человек поступил в стационар без сознания и карточки, или карточки у него вообще нет? Отказать в оказании медицинской помощи? Зачем отказывать, если каждая услуга больницы имеет свою цену. Заводим на пациента временную историю болезни (отличается от основной тем, что для её ведения не нужна карточка пациента), если карточка пациента потом доставляется родственниками или другими путями, то информация с временной истории болезни переносится на основную и, естественно, списываются материальные средства. Если карточки нет, и пациент не хочет добровольно возместить затраты на лечение, то информация о проведённых врачебных вмешательствах с указанием их цены передаётся в суд. Любая работа должна быть оплачена.

Программное управление такой схемой, несмотря на её объёмность, сохраняет её абсолютно прозрачной. Для осуществления данной схемы разрабатываемый комплекс должен иметь прямую связь с бухгалтерским учётом, а конкретно, либо с бухгалтерским комплексом 1С Бухгалтерия, либо с заново разработанным комплексом аналогичным 1С, но адаптированным для применения в новой системе управления и учёта. Конечно, этот момент может показаться несколько сложным с точки зрения реализации программного кода, но вопрос всё же имеет решение.

Продолжение следует

Евгений Масько,
5 курс лечебный факультет

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ...

А вот насчёт завтра...

**Заходит пациент к врачу и говорит:
– Здравствуй, бесплатный доктор!
Врач: – Здравствуй, безнадежный больной!**

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДЕВЯТОЕ

Да! Я знаю, что у вас стенокардия! Нитроглицерина раньше чем через 2 недели не ждите!

Современная система снабжения больниц необходимыми медикаментами и расходными материалами не отличается особой оперативностью. В большинстве больниц чуть ли не ежедневно складывается ситуация: в каком-то отделении закончился тот или иной препарат, в аптеку его завезут не раньше чем через неделю, и искать приходится по другим отделениям, а то и вовсе отправлять пациента покупать его за свой счёт.

При информационном управлении достаточно просто создать программный комплекс управления аптекой и обеспечить поставляющей организации мониторинг расходов медикаментов в режиме реального времени, т.е. как только поставляющая организация видит, что заканчиваются те или иные группы препаратов, то она оперативно доставляет недостающие медикаменты сразу после перевода финансовых средств со счетов больницы. Аналогичный комплекс должны иметь и руководство больницы, и бухгалтерия.

При выдаче препаратов из аптеки фиксирование программой факта передачи препаратов (кому выданы, кем выданы, что выдано и в каком количестве) позволит исключить кражи препаратов как самими фармацевтами, так и персоналом отделений.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ДЕСЯТОЕ

Украина и сало, мышь и сыр, руководство и ОБЭП.

Раз все финансовые операции, в том числе и выдача заработной платы, проходят в цифровом виде с вовлечением сервера больницы, то всё это

кто-то должен контролировать. Для этого достаточно разрешить удалённый доступ к серверам местным службам ОБЭП и МВД для проверки работы учреждений. Проверка может проводиться хоть каждый день, без уведомления руководства. Хищение средств станет попросту невозможным. А если ещё разрешить доступ федеральным подразделениям перечисленных выше спецслужб...

ТЕЛЕМЕДИЦИНА

**– Папа, а у тебя на работе телемедицина есть?
– Нет, сынок, это фантастика!**

При гиповолемическом шоке формируются порочный круг, способствующий повреждению миокарда и порочный круг, способствующий недостаточности вазомоторного центра. При таком состоянии анальгином не поможешь, тут надо что-то посерьёзнее... Развитие телемедицины у нас идёт приблизительно по тому же пути. Также существует порочный круг (подробнее немного ниже), который с колоссальным трудом пытаются лечить банкой физраствора перорально разве что энтузиасты. Пожалуй, большинство согласится, что телемедицина – направление нужное и очень перспективное. На сегодняшний день оценили его разве что специалисты отдельных федеральных клиник, а ведь в районах телемедицина нужна ничуть не меньше.

Каким же путём развивается сегодня телемедицина в районах? Как я уже говорил – благодаря энтузиастам. Одни из них ездят по районам, объясняют врачам зачем это надо, как это работает и зачем им это нужно, другие прямо на месте работы, пытаются доказать начальству что это действительно необходимо! Про последних всё и так понятно, а вот что творится в районах? В районах мало молодых специалистов, а владеющих в достаточной мере компью-

тером ещё меньше. Основная масса – люди в возрасте, а им зачастую очень тяжело осваивать современные технологии. Про наличие компьютера на рабочем месте врача, я думаю, лучше промолчать. Вот тут-то и возникает упомянутый ранее порочный круг: нет компьютера – нет людей, ценящих его удобство, нет людей, ценящих удобство – нет стремления заполучить желанный ПК, нет желания – нет компьютера. Да, разорвать такой круг будет сложно, но, разорвав его, мы спасём пациента. Так как вся работа врача у нас построена на компьютеризации рабочего места, то придётся и сельским врачам приспосабливаться к современному технологичному. Да, будет недовольство. Да, отдельные специалисты уволятся. Но попробуйте у тех, кто останется, через год забрать компьютер – не отдадут! Наличие компьютера и человека, свободно им пользующегося, для телемедицины, приблизительно, то же самое, что установка кровотока и восполнение ОЦК при гиповолемическом шоке.

Включать возможность телеконференций в предлагаемый программный комплекс мне кажется просто неуместным. Сегодня уже существует такой популярный бесплатный сервис для IP-телефонии, как Skype, а если уже такая возможность есть и она бесплатна, то зачем что-то изобретать заново?

НА ЧТО ПРИДЁТСЯ ПОТРАТИТЬСЯ?

Прежде всего понадобится создать рабочую группу для проработки и оценки всех деталей проекта. В эту рабочую группу должны входить экономисты, юристы, программисты, свою работу должны начинать специалисты по эргономике программно-обеспечения. Получающаяся информационная сеть будет обладать приличной сложностью и объёмностью, следовательно, необходимо именно в подгото-

вительный этап начинать работы по предварительному проектированию сети. При достаточной эффективной работе сотрудников провести предварительную проработку деталей можно за 6-8 месяцев. Затем за создание комплекса должны приниматься штат программистов, специалисты по IT безопасности, специалисты по дизайну, специалисты по криптографии. Вся разработка должна вестись совместно с разработчиками национальной ОС. Только тогда работа будет эффективной! На создание комплекса и его первичную обкатку уйдёт примерно два года.

Внедрение и обкатку комплекса лучше всего начинать с небольших городов отдалённых от областных центров, не имеющих производств, в которых задействовано большое количество приезжих рабочих. Для примера возьмём город Онега. Транспортная связь низкого качества (нет нормальной автомобильной дороги до областного центра, железнодорожная ветка также слишком неудобна), в городе нет крупных производств, имеется одна городская больница, численность населения 22300, является административным центром Онежского района. Чем не идеальный плацдарм для внедрения и обкатки системы?!

Для обеспечения бесперебойной работы всей системы необходимо создать штат специалистов для настройки и обслуживания всего этого комплекса. Необходимо в пределах одного муниципального образования создать бригаду специалистов-монтажников (число в зависимости от размера города) для построения локальных сетей, доставки и установки оборудования, администрирования городского Data-центра. Настройку оборудования и решение технических проблем на месте должны выполнять штатные системные администраторы поликлиник и стационаров (обычно эффективно работает бригада из 2 человек. Одной такой квалифицированной бригады хватит для обслуживания большинства учреждений), иначе об оперативном решении проблем не может идти и речи.

Увеличится нагрузка на экономистов и бухгалтеров лечебных учреждений, так как им придётся рассчитывать цены на оказание услуг и оценивать эффективность их применения.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОПТИМИЗАЦИИ

Кто-то может и посмеётся над словом «оптимизация» в заголовке, возразив: «Да вы в

корне предлагаете изменить всё здравоохранение!» Да, изменения, которые я предлагаю, довольно существенны, но при всех изменениях не меняется структура медицинской помощи. Мы просто выбрасываем порочное звено (фонд ОМС) и получаем замкнутую схему, в которой для начала необходимо провести колоссальную работу, а затем просто наблюдать, корректировать и получать выгоду (как это делается в Европе). В результате больше не надо ждать милости от государства, которое не способно содержать современное здравоохранение.

Посмотрим, что получилось у нас на уровне учреждения... Зарплата врача и прибыль учреждения зависят от числа пациентов, таким образом, возникнет конкуренция между учреждениями, а если есть конкуренция – есть рост качества медицинской помощи. Для современной системы это вообще неактуально. «А как же частная медицина?» – возразите вы. На сегодняшний день там такая же конкуренция, как у производителя лаптей и современной обувной фабрики. Пока не будет конкуренции между учреждениями, медицина будет «загибаться». Контроль экономических операций ОБЭП не даст больше возможности главврачам выписывать себе премии в 1.5 миллиона на покупку очередного Infiniti. Хищение сотрудниками препаратов и материалов становится невозможным – опять выгода.

А что там у персонала? Врач ведёт прием, он же теперь заполняет медицинскую документацию, он же выписывает лекарства, транспортировать медицинские карты больше нет необходимости. Возникает вопрос: «А что тогда будет делать медицинская сестра, которая сегодня выполняет некоторые из функций, описанных выше?» Для медсестры на приёме в поликлинике работы больше нет. Раз нет для человека работы, то за что он будет получать деньги? Придётся сократить. Таким образом, после компьютеризации штат среднего медицинского персонала поликлиник сократится минимум в 2 раза, штат стационаров сократится минимум в 1.5 раза. «Выкинуть на улицу столько людей – бесчеловечно!!!» А, по-вашему, человеку работать за 2000 рублей в месяц? Экономическая выгода на лицо.

На сегодняшний день значительная часть медицинских работников не владеет компьютером, в результате перехода на информационную схему работы им либо придётся учиться работе с ПК, либо освобождать рабочее место... Жестоко? Нет! Врач остаётся врачом только до тех пор, пока он совершенствуется, познаёт новое, мыслит! Как только врач начинает работать по шаблону, это уже не врач, это фельдшер.

Работы для сотрудников ОМС также не будет. Сохранятся рабочие места только для сотрудников, задействованных в выдаче медицинских полисов, правда, вместо полисов будут выдавать пластиковые карточки. Наиболее квалифицированную часть штата можно задействовать в работе с государственными отчислениями, полученными с приёма пациентов. Остальные составят компанию среднему медперсоналу. Опять экономическая выгода.

Говорить о снижении затрат на бумагу и канцелярские принадлежности, я думаю, просто неуместно.

P. S. Полная компьютеризация российской медицины все равно когда-нибудь да произойдёт. Пусть не через 5, не через 10 лет, пусть значительно позже, но этого не избежать!!!

Евгений Масько,
5 курс, лечебный факультет

Нужно стремиться к радости, а печаль найдет тебя сама

Итак, продолжаем разговор о способах развития внутренней позитивности. Сегодня речь пойдет о мышлении. Почему именно о нем?

Если понаблюдать за собой, то можно заметить, как наши эмоции зависят от того, о чем и как мы думаем. Большинство психологов считают, что мы сами с помощью своих мыслей делаем себя «счастливым» или «несчастливым». Еще можно заметить, что то, ЧТО мы думаем по поводу тех или иных ситуаций гораздо ВАЖНЕЕ самих ситуаций. Например, двое студентов получают на экзамене оценку «удовлетворительно», и при этом один вздыхает с облегчением, а другой – практически в истерике. В чем разница? Полагаю, в том, что первый подумал что-то вроде: «Уфф, как здорово, можно забыть об этом предмете!», а второй – «Как это ужасно! У меня тройка! Я неудачник!» В итоге через какое-то время оба забудут об этом моменте, но нервные-то клетки пострадали!

В качестве иллюстрации нашей сегодняшней темы предлагаю притчу, предложенную Х. Пезешкианом (книга «Торговец и попугай»).

«Один восточный властелин увидел страшный сон, будто у него выпали один за другим все зубы. В сильном волнении он призвал к себе толкователя сна. Тот выслушал его вздохом и сказал: «Повелитель, я должен сообщить тебе печальную весть. Ты потеряешь одного за другим всех своих близких». Эти слова вызвали гнев властелина. Он велел бросить в тюрьму несчастного и призвать другого толкователя, который выслушал сон, сказал: «Я счастлив сообщить тебе радостную весть – ты переживешь всех своих родных». Властелин был обрадован и щедро наградил его за это предсказание...»

Все в нашем мире имеет две стороны: негатив-позитив, день-ночь, инь-янь и т.д. В основе позитивного мышления лежит способность увидеть положительную сторону события. К сожалению, в процессе взросления у многих людей развивается скорее негативное мышление, способность во всем видеть проблемы и возможные трудности. А позитивное мышление используется все реже и реже, несмотря на то, что оно способно сделать человека практически неуязвимым перед лицом любой ситуации. Так, по свидетельствам людей, переживших концентрационные лагеря во время Второй мировой войны, даже тогда люди находили силы и возможности увидеть в жизни что-то хорошее.

Развиваем позитивное мышление:

1. Как можно чаще играем в игру «Это хорошо, потому что...» Суть игры в том, чтобы, сталкиваясь с какой-либо неприятностью, продолжать фразу «это хорошо, потому что...»
2. Пишем на листе бумаги свои недостатки (или что-то, что в себе не нравится) и ищем для каждого из них положительную трактовку. Например, лень – способность не делать лишних вещей; раздражительность – способность показывать окружающим свои эмоции и т.д. Возможно, это будет непросто, но оно того стоит. А еще интереснее делать это упражнение в паре: пишите на листах свои недостатки и меняетесь списками. Получается, что каждый находит положительный смысл в качествах другого.
3. Упражнение «Уровень счастья» (из книги Дж. Рейнуотер «Это в ваших силах»). Представь, что счастье — это естественное состояние человека и твой уровень счастья постоянно равен 100 %, конечно, кроме тех моментов, когда ты занят самокритикой или другими мысленными самоистязаниями.

Сядь удобно.

Сделай несколько полных вдохов и выдохов.

Каков твой уровень счастья сейчас? Как обычно, 100%?

Если да, прими мои поздравления!

Если нет, постарайся с помощью самонаблюдения понять, что мешает тебе насладиться обычным 100% уровнем счастья.

Ты тревожишься о будущем?

Тебя беспокоит что-то в прошлом?

Ты сравниваешь себя с кем-то?

Ты чувствуешь обиду?

Если ты ответил утвердительно на какие-то из этих вопросов, предлагаю «противоядие», позволяющее довести уровень счастья до нормы.

Составь список всего того, за что ты можешь быть благодарен судьбе (себе, жизни и т.д.) в настоящий момент. Проследи, чтобы в твой список было включено все, что стоит благодарности: солнечный день, сбережения (даже если сумма невелика!), свое здоровье, здоровье членов семьи, жилье, пища, красота, любовь, мир.

В момент стресса мы можем легко забывать о том, что в нашей жизни есть что-то положительное. Срочно вспоминаем.

Кроме позитивного мышления, есть еще пара стратегий, которые я рекомендую использовать в ситуациях, которые кажутся негативными:

- **Дистанцирование:** «Будет ли это волновать меня через неделю/ месяц/ год?»
- **Конструктивный подход:** «Чему это меня научило? И как я могу использовать этот опыт?»

Если же мыслить позитивно ну никак не получается и ты заметил, что уже какое-то время видишь мир в черном цвете, возможно, у тебя начинается депрессивное состояние и пора обратиться за помощью.

Психологическая служба СГМУ оказывает психологическую помощь студентам и сотрудникам (на безвозмездной основе). Кроме того, на базе службы организуются различные тренинги для студенческих групп. Психологическая служба находится по адресу: ул. Тимме 27, каб. 4. Телефон 23-94-56.

Анна Кузнецова, заведующая психологической службой