

женщин не проходит санаторно-курортного лечения из-за отсутствия средств и времени.

Большинство городских пациенток старались ограничивать физические нагрузки во время менструаций, тогда как среди сельских женщин такой практики не наблюдалось. Среди сельских пациенток 36,8% женщин не знали, что физические нагрузки во время менструаций необходимо ограничивать, 10% не считали нужным, а 23% не имели такой возможности. Обе группы больных предпочитают хлопчатобумажное белье синтетическому, причем, большинство сельских пациенток в холодное время года в отличие от горожанок, носит теплое белье.

Многие обследуемые нами городские и сельские пациентки использовали сразу несколько видов контрацепции. Так, больше половины городских пациенток использовали различные таблетированные средства контрацепции (65,2%-68,9%). Среди сельских пациенток этот вид контрацепции пользовался гораздо меньшей популярностью (22,3%), зато эта группа пациенток часто использовала перерыв в половой жизни во время «опасных дней» (65,7%-77,8%). Спиралью, как средством контрацепции пользовались 15,5% городских и 9% сельских пациенток. Презервативы используют 46% городских и вдвое меньше сельских пациенток (24%). В 1999г. 17,2% городских и 21,1% сельских пациенток не применяли никаких средств контрацепции. К 2003г. это число уменьшилось у городских женщин до 12,7%, а у сельских до 19,9%.

ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛьГОТНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН

Маслова Е.С., Резинкина Т.А.,
Ветрова Н.К., Шишелова Т.И.

*Главное управление здравоохранения
Иркутской области,
Муниципальное учреждение
здравоохранения Поликлиника №1,
Иркутский государственный
технический университет*

Приоритетным направлением деятельности амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения на настоящий момент является реализация Федерального закона №122 о монетизации льгот в части поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами. Реализация Федерального закона № 122 обеспечит поднятие рейтинга амбулаторно-поликлинического звена, поскольку даст возможность повысить эффективность и качество лечения пациентов на амбулаторном этапе. Федеральный бюджет на лекарственное обеспечение увеличен в пять раз, в десять раз расширен перечень лекарственных средств, препараты с низкой эффективностью исключены из списка, сделаны первые шаги к идентификационной системе. Впервые налажена система статистического учета льготного лекарственного обеспечения (ЛЛЮ). Предлагаемая программа ЛЛЮ отдельных категорий граждан предполагает эффек-

тивное использование финансовых ресурсов. В соответствии с проводимой реформой по организации льготного лекарственного обеспечения на уровне поликлиники появилась возможность разработать методы, направленные на обеспечение качества, доступности и рационального использования лекарственных средств.

Однако, новый закон основательно добавил бумажной работы врачам, в то время, когда поликлиники недоукомплектованы участковыми терапевтами. Труд участкового и так считается самым рутинным, теперь врач амбулаторного приема должен заполнить 5 учетных форм – амбулаторную карту больного, талон амбулаторного приема, рецепт, паспорт участка и реестр выписанных лекарственных препаратов. Форма рецептурного бланка № 148-1/у-04(л) сложна и трудоемка в заполнении, требует больших затрат времени для выписки рецепта. Обязательным стало указание в рецепте 13-значного кода ЛПУ, шифра заболевания, номера пенсионного удостоверения (11-значный страховой номер индивидуального лицевого счета - СНИЛС), категории лекарственного обеспечения, а также данных о медицинском страховом полисе (11-значное число). Сложность заполняемой учетно-отчетной документации и ее количество вызывает негативное отношение и недовольство медицинских работников, создает напряженность в медицинских коллективах. На основании хронометража рабочего времени установлено, что оформление рецептов «от руки» занимает до 80% времени приема врача. В 15 минут, отведенные участковому терапевту на прием каждого пациента, при всем желании не уложиться. Это отрицательно сказывается на качестве оказания медицинской помощи.

Большинство экспертов считают, что стратегия реформы совершенно правильная. И главная задача сегодня - максимально быстро навести элементарный порядок, чтобы люди не томились в очередях за бесплатными рецептами, чтобы врачи тратили как можно меньше времени на их выписку и, наконец, чтобы нужное лекарство ожидало пациента в аптеке. Поэтому перед организаторами здравоохранения на сегодня существуют два пути реализации Федерального закона.

Первый путь – это увеличить время врача на прием одного пациента. Согласно письма министра здравоохранения и социального развития М.Ю. Зурабова №26-МЗ от 21.01.2005г. «Об организации работы по медицинскому обеспечению отдельных категорий граждан, получателей набора социальных услуг» - это стало возможным. Время на один амбулаторный прием увеличено до 18 минут на повторного пациента и 20 минут на первичного больного. Однако увеличение времени амбулаторного приема вызовет дефицит выполнения Программы государственных гарантий. Годовой дефицит только по данным МУЗ поликлиники №1 составит порядка 100000 посещений, что приведет к дефициту финансирования ЛПУ.

Второй путь предусматривает внедрение в поликлиниках новых технологий, единой программной поддержки для выписки рецептов и автоматизированного ведения первичной медицинской документации, что позволит не увеличивать время врача на один ам-

булаторный прием, сократит временные затраты на ведение медицинской документации и перераспределит время приема на «живое общение» с пациентом. Путь внедрения инновационных технологий по программному обеспечению на амбулаторном этапе - это наиболее оптимальный путь совершенствования качества медицинского обслуживания. Такой путь получил свое развитие уже в нескольких поликлиниках г. Иркутска.

Для наиболее эффективного и рационального использования в ЛПУ внедрена автоматизированная система анализа состояния лекарственного обеспечения и контроля за качеством лечения больных. Главное управление здравоохранения Иркутской области предусмотрело возможность автоматизированного ведения учетных статистических форм по льготному лекарственному обеспечению. При поддержке ТФОМС Иркутский медицинский вычислительный Центр модернизировал программу «ПОЛИКЛИНИКА». Внедрение автоматизированной системы персонализированного учета медикаментов позволит обеспечить полную "прозрачность" использования лечащими врачами технологий лечения, производить сравнительный анализ их эффективности, а также обеспечить проведение контроля над использованием финансовых ресурсов. Новая система предусматривает:

- ведение в лечебных учреждениях первичного учета пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение;
- формирование ежемесячного заказа;
- выписку рецептов.

В новой программе стало возможным вести компьютерный учет лекарственного обеспечения и всех учетно-статистических форм, что значительно сократило время врача на оформление медицинской документации. Однако, самым перспективным направлением в модернизации программы «ПОЛИКЛИНИКА», направлением которое было разработано по заданию практических медиков, было создание программного продукта по оформлению рецептов на компьютере. Это значительно, до 50%, сокращает время врача на заполнение медицинской документации. Новый программный продукт требовал разработку новой модели медицинского обслуживания льготников.

Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения Иркутского государственного медицинского университета совместно с администрацией Муниципального учреждения здравоохранения поликлиники №1 разработали новую модель медицинского обслуживания льготных категорий граждан, которая и была внедрена на практике с 01.01.2005 года.

МУЗ поликлиника №1 является самым крупным амбулаторным лечебно-профилактическим учреждением г. Иркутска, прикрепленное к поликлинике население составляет 53000 человек. В поликлинике общее количество льготников, получающих лекарства по специальным рецептам, превышает 13 тысяч человек. В начале нынешнего года многие пожилые люди, годами не обращавшиеся к врачам, решили непременно воспользоваться гарантированным социальным пакетом натурального лекарственного обеспечения. К

сожалению, именно с января выписка рецептов стала занимать у медиков намного больше времени в связи с введением новых рецептурных бланков, представляемых на оплату в страховые медицинские организации. Со всеми врачами поликлиники были проведены обучающие семинары, врачи обеспечены соответствующими нормативно-правовыми документами. В настоящее время в поликлинике внедрена автоматизированная выписка рецептов. Организован организационно-методический кабинет (ОМК) льготного лекарственного обеспечения. Задачами ОКМ являются обучение операторов ПК работе с программой, обучение врачей ведению первичной медицинской документации, проверка качества ведения документации, ведение статистического учета льготного лекарственного обеспечения и компьютерная выписка рецептов.

Для того чтобы максимально упростить процедуру выписки льготных рецептов приняли новую схему. Пациенту не нужно ходить по разным кабинетам - достаточно посетить врача и получить льготные препараты в аптеке.

Создание новой модели медицинского обслуживания изменило маршрут пациента, обратившегося в поликлинику по поводу льготного лекарственного обеспечения. Все льготники внесены в электронный реестр, а процесс учета их приема и лечебных назначений автоматизирован. При первом посещении в данном году пациент проходит регистрацию СНИЛС и категории льгот. Регистрация пациентов происходит в регистратуре или в ОКМ. Все данные о пациенте оператор персонального компьютера вводит в окно «РЕГИСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТА». При регистрации персонал поликлиники пользуется 2 справочными системами. Это справочная система «ПОИСК», которая работает через «Интернет» в режиме «on line». Это удобная в пользовании и полная по своему содержанию система, предоставленная Иркутским филиалом ТФОМС и пенсионными фондами. В данной системе достаточно ввести ФИО и год рождения федерального льготника, чтобы получить все необходимые для регистрации данные. Вторая поисковая система, дублирует первую, дополнительно формирует список льготников по округам города, в ней предусмотрено использование поисковой системы без выхода в «Интернет».

После регистрации пациент направляется на прием к врачу. Врач осматривает пациента, назначает лечение и заполняет амбулаторную карту. Для сокращения времени на оформление амбулаторной карты в поликлинике введен бланк осмотра пациента, получающего льготное лекарственное обеспечение, который предусматривает заполнение части документации типографским способом и служит своеобразной «подсказкой» для врача в части внесения новых учетных данных. В частности, врач амбулаторного приема должен в листе назначений напротив выписанного лекарственного средства поставить его код, код заболевания по которому выписан препарат и, в обязательном порядке, код врача. Внесение этой дополнительной информации позволяет оператору ПК, не имеющему медицинского образования, оформить рецепт на компьютере. По окончании приема врач направляет пациента за получением лекарства в аптеч-

ный пункт, который находится на первом этаже поликлиники. Сокращение маршрута пациента позволяет сократить время пребывания больного в поликлинике, а также «разгрузить» поликлинику. Пациента данный маршрут избавляет от «хождения по кабинетам» с целью заверки рецепта.

С внедрением новой модели медицинского обслуживания льготников претерпел существенные изменения и маршрут рецепта. Врач амбулаторного приема, заполнив амбулаторную карту с указанием назначенных лекарственных препаратов, передает карту заведующему отделением для проверки обоснованности назначенного лечения и качества оформления медицинской документации. Затем карта поступает в ОМК. Оператор персонального компьютера в течение минуты вводит информацию из амбулаторной карты в программу, где формируется вся учетная документация, далее выводит на принтер рецепт. Выписанные на компьютере рецепты проверяются врачом, заведующим ОМК, и дважды в день доставляются в аптечный пункт. Провизор аптечного пункта согласно полученным рецептам раскладывает лекарственные препараты, заполняет сигнатуру для больного, пациент получает уже сформированный пакет с необходимыми лекарствами.

В настоящее время в МУЗ поликлинике №1 выполнены все основные этапы внедрения новой схемы. Создание единой локальной сети «РЕГИСТРАТУРА - ОМК - АПТЕКА» является инновационной моделью. Новая схема уменьшает затраты рабочего времени врача на рутинную работу, позволяет организовать обеспечение пациентов эффективными льготными лекарственными средствами, снизить издержки и создать систему управления льготным обеспечением. Удалось добиться «прозрачности» прохождения лекарственных потоков в системе льготного лекарственного обеспечения.

Принципиальное нововведение - создание единой локальной сети «РЕГИСТРАТУРА - ОМК - АПТЕКА» - позволило медицинскому персоналу работать более эффективно, уделяя больше времени больным. ОМК полностью разгрузил врачей от работы по оформлению медицинской документации, а также снизил затраты времени на выписку рецептов более чем на 50%. В числе прочих важных преимуществ следует упомянуть повышение эффективности приема больных, быстрый доступ к информации о больных, более полное соответствие требованиям к оформлению документации.

Опыт работы по организации лекарственного обеспечения показывает, что в современных социально-экономических условиях, возможно создание современной системы управления лекарственным обеспечением. Новая форма медицинского обслуживания льготных категорий граждан позволяет обслужить возрастающий поток пациентов, выполнить Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Иркутской области на 2005 г., а так же качественно реализовать Федеральный закон №122 в аспекте льготного лекарственного обеспечения.

ВЛИЯНИЕ ШУМА НА ОППОНЕНТНЫЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ ПАМЯТИ ЧЕЛОВЕКА

Некипелов М.И.¹, Некипелова О.О.², Шишелова Т.И.³, Маслова Е.С.⁴

¹Иркутский государственный медицинский университет;

²Московский государственный технический университет гражданской авиации;

³Иркутский государственный технический университет;

⁴МУЗ Поликлиника №1 Иркутск

Шум является одним из наиболее агрессивных видов загрязненности городских территорий, учреждений, жилых домов. Усугубляет данную проблему и тот факт, что человек не имеет от него надежной защиты. В этой связи возникает острая необходимость в проведении наиболее тщательных санитарно - гигиенических и психофизиологических исследований по изучению влияния шума на организм человека с использованием наиболее чувствительных и адекватных методик. Вопросы сохранения здоровья и повышение работоспособности городского населения на сегодня являются одним из приоритетных направлений совершенствования медицинской профилактики.

Классификация районов и мест проживания обследуемых лиц по уровням шумности производилась по ранее опубликованной методической схеме (1,2,3). В качестве психофизиологических проб использовались тесты на объем кратковременной, долговременной, зрительной и слуховой памяти (4,5) с включением бланковых и инструментальных методов исследования (электрический лабиринт, аппарат Пиорковского, аппарат крестовый и др.). В качестве физиологических проб применялись измерения частоты дыхания и пульса, артериального давления и температуры тела (3). Исследования проводились в рамках изучения влияния шума на асимметрию полушарий головного мозга и оппонентность систем памяти человека (6). Эксперименты выполнены на студентах с разной индивидуальной чувствительностью к звукам и шумам, обучавшихся в разных вузах Иркутска и проживавших в районах и местах с разным уровнем зашумленности.

В 90-е годы 20 столетия на основе экспериментальных исследований нами была создана психофизиологическая модель цифровых блоков ряда вегетативных показателей (частоты дыхания и пульса, артериального давления и температуры тела) с их знаково-числовыми X и Y – программами (табл. 1). В результате дальнейшей экспериментальной проверки выявлено, что при запоминании вербальной информации, адресованной левому полушарию, наибольшую результативность памяти обеспечивают знаково – числовые X-программы, а при запоминании невербальной информации, адресованной правому полушарию, наибольшую результативность запоминания давали знаково-числовые Y-программы вышеупомянутых вегетативных показателей.

При этом было установлено, что одна и та же знаково-числовая программа могла выступать в двух своих противоположенных позициях - в качестве ре-