

Воспроизведение материала возможно только после согласования с редакцией журнала «МЗ»

Система организации медицинской помощи станет «саморегулируемой».

Материалы обсуждения «Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года» на 33-ем заседании Рабочей группы РАМН по вопросам создания и внедрения медицинских информационных технологий

Такова задача информатизации отрасли, сформулированная в разделах 2.7. и 4.2.8. «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.». Обсуждению принципиальной выполнимости поставленной задачи было посвящено 33-е заседание Рабочей группы РАМН по вопросам создания и внедрения медицинских информационных технологий. Инициаторами и модераторами обсуждения выступили заведующий кафедрой медицинской информатики и управления при Президиуме РАМН Д.Д. Венедиктов и директор МИАЦ РАМН П. П. Кузнецов.

В работе заседания принял участие: директор Департамента информатизации Минздравсоцразвития России Симаков Олег Владимирович, который прокомментировал замечания и предложения, прозвучавшие в выступлениях ведущих российских специалистов в области информатизации здравоохранения.

Заведующий кафедрой медицинской информатики и управления при Президиуме РАМН, д.м.н., профессор Венедиктов Дмитрий Дмитриевич в качестве вступления к дискуссии, отметил, что в проекте концепция вопросы информатизации выделены впервые, но у медико-информационного сообщества, весьма компетентного по своему составу, по разделам 2.7. и 4.2.8. есть существенные замечания.

«Мы понимаем, что Концепцию нужно принять как данность. Именно поэтому важно внести в нее своевременные коррективы. «Нам хорошо известны все достижения в области информатизации национальных систем здравоохранения, которым уделено избыточно много внимания в тексте проекта, но возможности использования этого опыта в России в условиях, когда вопросы информатизации здравоохранения не включены даже в программу «Электронная Россия», весьма ограничены.

В Концепции ничего не сказано о единой методологической базе и этапности построение единого отраслевого информационного пространства, о решении вопросов стандартизации и интеграции с международными стандартами.

Директор Медицинского информационно-аналитического центра РАМН, д.м. н. . Кузнецов Петр Павлович, подчеркнул, что работа над Концепцией была начата еще в период экономической стабильности. Стремительно развивающийся финансовый кризис предполагает внесение в долгосрочную концепцию развития отрасли конструктивных антикризисных предложений и мер.

Информатизация медико-социальной сферы Российской Федерации – важнейший раздел антикризисных мероприятий. Сообществу ИТ-специалистов после принятия Концепции развития здравоохранения России до 2020 года необходимо подготовить «Концепцию информатизации медико-социальной сферы Российской Федерации».

Рабочая группа РАМН готова интегрировать усилия более 80 ИТ-специалистов из клинических научных центров Москвы, Петербурга, и крупнейших фирм-разработчиков. Персонифицированный учет медицинских услуг и индивидуальные электронные карты (паспорта) здоровья должны стать основой для учётной информации. Медицинские информационно-аналитические центры должны обрабатывать учётную информацию. Это также послужит основой для совмещения программ обязательного и добровольного медицинского страхования, софинансирования медицинских услуг из различных источников (государственных и негосударственных), позволит повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения, что чрезвычайно важно в комплексе мер антикризисных мероприятий.

Унаследованные медицинские информационные системы должны быть приведены в соответствие с принятыми «Концепцией информатизации...» и нормативными документами Минздравсоцразвития России, алгоритмами и требованиями.

П.Кузнецов отметил также, что сообществу организаторов здравоохранения и ИТ-специалистов хотелось бы познакомиться с «Паспортом здоровья», упомянутом Голиковой Т.А. в недавнем интервью «Время новостей». По словам Министра, такие паспорта уже введены в пилотных регионах, и Министерство планирует распространить эту меру на всю страну.

П.Кузнецов предложил для продуктивной работы ввести что-то вроде "Института общественного контроля работ в области информатизации здравоохранения", используя потенциал "Рабочей группы РАМН по информатизации здравоохранения" и журнал "Врач и информационные технологии".

Зингерман Борис Валентинович, заведующий отделом компьютеризации Гематологического научного центра РАМН

Коснулся вопроса электронной истории болезни, затронутого в выступлении Д.А.Медведев 12 февраля 2009 года на открытии первого заседания Совета по развитию информационного общества в России, в котором Президента РФ в частности отметил: **«В здравоохранении – мы**

тоже говорили уже неоднократно, и определённые попытки были сделаны – надо перейти к ведению истории болезни в электронном виде».

По мнению Зингермана, сложилось неразрешимое противоречие. С одной стороны, на всех уровнях декларируется необходимость внедрения электронной истории болезни, создание единого информационного пространства. С другой стороны ни один нормативный документ не содержит положений о возможности использования электронных медицинских записей (документов). Невозможно внедрить полезную компьютерную медицинскую систему, не нарушив положений действующих инструкций.

«Если заглянуть в Консультант+ и задать поиск термина «ЭИБ», то найдется 25 документов, среди которых Национальный стандарт «Электронная история болезни, общие положения», разработанный нашим авторским коллективом, два десятка статей журнала «Врач и ИТ», написанных мной и другими авторами. А больше ничего про ЭИБ не сказано.

В таких условиях ни один главный врач не готов отказаться от бумажной истории болезни. Электронные документы не обладают юридической значимостью, поэтому бумажный документооборот, регламентированный приказом Минздрава СССР от 1980 года, является первичным и основным. Электронные системы играют лишь подсобную роль, их преимущества не могут быть использованы в полной мере, а их внедрение зачастую приводит к увеличению трудозатрат медицинского персонала. Классическая история болезни имеет более чем столетний опыт развития и разработки правил ее ведения. Для электронной истории болезни необходимо **выработать дополнительные специфические требования**, связанные с обеспечением защищенности информации, ее целостности, доступности, юридической значимости и коллективной работы в системе здравоохранения.

Именно эти вопросы и решает разработанный нами стандарт ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни. Общие положения». Хотя в названии и фигурирует ЭИБ (как наиболее привычный термин), в стандарте выработаны общие правила для ведения любых электронных персональных медицинских записей, а также правила функционирования электронных медицинских архивов в организациях здравоохранения. Однако в соответствии с действующим законодательством стандарты применяются на добровольной основе и не могут заменить нормативные документы. На базе Национального стандарта необходимо разработать нормативные документы разрешающие, регламентирующие и стимулирующие ведение медицинских записей в электронном виде. Создание такой нормативной базы значительно ускорило бы информатизацию здравоохранения. На мой взгляд, традиционные «тормозящие факторы» - отсутствие компьютерной техники, сетей и каналов связи, недостаточная компьютерная грамотность медицинского персонала – уже в большой мере преодолены. Основным тормозом является именно нормативная база. Создание такой нормативной

базы – непереносимое условие перехода к ведению истории болезни в электронном виде, к которому нас призывал президент. Именно этого мы все сейчас ждем от Минздравсоцразвития. Все мы готовы участвовать в этой работе. Хотелось бы, чтобы этот вопрос нашел более широкое отражение в рассматриваемой Концепции».

Шифрин Михаил Абрамович, руководитель медико-математической лаборатории НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н.Бурденко,

сославшись на личный опыт общения с Минздравсоцразвития России по системе мониторинга высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП), заметил, что «у Министерства свои задачи, а у главврача ЛПУ – свои. Специфические задачи есть и на других уровнях системы здравоохранения. И согласование этих задач – залог успеха информатизации.

Чего ждал бы от Минздравсоцразвития лично я как специалист по ИТ учреждения, которое хорошо информатизировано? Это, прежде всего, некоторые инфраструктурные решения построения единого информационного пространства (ЕИП). Сейчас очень сильно развит архитектурный подход к проектированию информационных систем. Сначала исследуем архитектуру отрасли (труднейшая задача – в основном развиты методы на уровне предприятия или группы предприятий), в соответствии с ней выстраиваем архитектуру ИС с ее разнообразными инфраструктурами: безопасности, передачи данных, распространения нормативно справочной документации, внедрения и сопровождения информационных систем и т.д.

Касаясь системы мониторинга ВТМП, хотел спросить, почему после того, как была запущена эта система, мы стали тратить на сопровождение талонов на ВТМП существенно больше сил, чем раньше? Создается впечатление, что система не учла процессы в реальных медицинских центрах оказания ВТМП. Талоны выдавать стало очень легко, организовывать лечение пациентов – по-прежнему непросто.

Отсюда – еще одно пожелание к Департаменту информатизации: создавая системы национального масштаба, учитывайте задачи, которые решают конкретные медицинские учреждения.

Непонятно, зачем в документе, называемом "Концепция...", уделять так много места перечислению программ других стран. Этому материалу место в пояснительных записках к "Концепции..." – но в гораздо более развернутом виде, с анализом имеющихся достижений и допущенных ошибок.

В представленном документе миссия информатизации не обозначена вовсе, цели и задачи перепутаны и представлены в виде неструктурированного списка. Вряд ли такое построение "Концепции" может создать видение места информационно-коммуникационных технологий в системе здравоохранения России и указать конкретные направления деятельности.

Хочется отметить, что в условиях ограниченных ресурсов – а они ограничены всегда и, особенно, в условиях кризиса – очень важно иметь

общее видение ситуации. Только при его наличии можно выбирать текущие задачи не только из соображений экономии, но и таким образом, чтобы они встраивались в общую систему, и их не пришлось бы решать заново в будущем.

В "Концепции" ничего не сказано о правовой стороне информатизации, которая вовсе не сводится к вопросам безопасной передачи данных и их анонимизации. Информатизация может сыграть ключевую роль в обеспечении прав всех участников процессов здравоохранения, и пациентов, и медицинских работников.

Подход Департамента информатизации Минздравсоцразвития к информатизации здравоохранения я могу расценить только как технократический, что выражается в двух его чертах. Во-первых, ставятся те задачи, для которых достаточно ясно их техническое воплощение – а не те задачи, которые актуальны для системы здравоохранения. Во-вторых, игнорируются (или, в лучшем случае, отодвигаются на задний план) самые сложные организационные и психологические задачи, сопровождающие процесс информатизации здравоохранения».

Столбов Андрей Павлович, доктор технических наук, заместитель директора Медицинского информационно-аналитического центра РАМН обратил внимание на то, что в проекте концепции не нашли должного отражения многие очень важные, принципиальные для развития отрасли вопросы. Например, ничего не сказано о мерах по развитию фармацевтической и медицинской промышленности, развитию службы крови, донорства и трансплантологии. Не отражены направления развития санэпидслужбы, системы социально-гигиенического мониторинга и ведения федерального информационного фонда СГМ. Ничего не говорится о развитии и реорганизации системы медицинской статистики как важнейшего инструмента управления отраслью.

Что касается роли ИТ и перечисленных в проекте концепции направлений их использования, то, по мнению А.П. Столбова, они сформулированы настолько в общем виде и декларативно, что очень трудно сказать что-либо содержательное "за" или "против", кроме того, что их перечень недостаточно полон и слабо увязан со многими другими разделами концепции. В проекте Концепции нет должного анализа "стартовых" позиций, совершенно не отражен положительный опыт информатизации здравоохранения, который сейчас накоплен во многих регионах. Ничего не говорится о том, что сегодня уже сделано, делается и успешно работает, - то, что надо поддерживать, развивать, наращивать и совершенствовать, а не создавать заново, с чистого листа. Он также отметил, что очень часто "наверху" как бы не хотят видеть проблему унаследованных систем, которые сейчас созданы и эксплуатируются в регионах - в МИАЦах, территориальных фондах ОМС, лечебно-профилактических учреждениях. Одним из главных принципов при создании ЕИС здравоохранения должен быть принцип защиты инвестиций, то есть максимально возможного использования

существующих ИКТ-инфраструктуры и информационных систем, их модернизации и постепенной замены.

По мнению А.П. Столбова, в концепции следует сослаться на поручение президента о создании государственной автоматизированной системы персонифицированного учета медицинской помощи и на пилотный проект по ее созданию, который был выполнен в 2008 году в рамках ФЦП "Электронная Россия" с участием Самарской, Саратовской и Челябинской областей. Он также отметил, что совсем выпали из внимания вопросы информационного взаимодействия учреждений здравоохранения с органами Пенсионного фонда и Фонда социального страхования, ничего не говорится о создании единой системы юридически значимого, защищенного электронного документооборота в отрасли, которую следовало бы строить на основе инфраструктуры, созданной и используемой сегодня указанными фондами и фондами ОМС.

Как отметил А.П. Столбов, в проекте концепции ничего не сказано об организационных аспектах и принципах информатизации отрасли, при том что в любой концепции главное - это именно принципы. В этом смысле концепция пока еще какая-то "беспринципная". В своем выступлении он также отметил, что как-то неуважительно к предшественникам выглядит и то, что в проекте концепции совсем не упоминаются концептуальные и программные документы по информатизации здравоохранения, которые были разработаны в период 1992-2003 годов, и еще раньше в СССР.

В заключение А.П. Столбов обратил внимание на то, что по данным американских исследователей трудозатраты на ведение электронной истории болезни по сравнению с традиционной возрастают не менее, чем на 20%. При этом в США более 60% данных вводятся не врачами, а специальным медицинским персоналом, который проходит двухгодичную подготовку по кодированию медицинской информации и ведению электронных документов. При этом он отметил, что в США соотношение между количеством врачей и среднего медперсонала составляет около 1 : 6, в то время как у нас в проекте концепции поставлена задача довести эту пропорцию до 1 : 3 (сейчас у нас - 1 : 1,9. Всемирная организация здравоохранения рекомендует 1 : 4,3). По его мнению, эта проблема является одним из существенных сдерживающих факторов при переходе к ведению электронной медицинской карты, особенно, в первичном звене, который никак нельзя игнорировать и следует учитывать при планировании, оценке необходимых ресурсов и сроков.

**Кобринский Борис Аркадьевич, д.м.н., профессор, руководитель
Медицинского центра новых информационных технологий ФГУ «МНИИ
педиатрии и детской хирургии»** « в разделе 2.7 Информатизация
здравоохранения проекта Концепции собственно концептуальности не
увидел. Из Концепции не видно, что мы собираемся комплексно подойти
к информатизации отрасли. Если говорить о тексте, то первая грубая ошибка
связана с утверждением , что реализация программ информатизации ведется

с 1992 . А что не было более ранних концепций и программ, утвержденных Министерством здравоохранения? Почему все опять выброшено? Почему опять начинаем с нуля?

В отношении решения основных задач нужно отметить следующее. Ничего не говорится об идентификации населения. Если у нас не будет индивидуальных идентификационных номеров, куда будут заноситься данные в момент рождения. Первичные данные будем получить задним числом? Крайне важная задача идентификации с момента рождения всего населения России нуждается в законодательном и организационно-техническом обеспечении».

По поводу пункта *создание условий для реализации саморегулируемой системы организации медицинской помощи с использованием постоянного мониторинга и анализа показателей качества медицинской помощи*- Кобринский заметил: « Саморегулируемая система – что это такое? Отчего она станет саморегулируемой. Саморегулируемой может быть система на основе моделирования и ситуационного управления и это следовало бы отметить в данном пункте.

На первом этапе реализации (2009 – 2015 гг.) нужно начинать с создания Концепций информатизации системы охраны здоровья населения и единого информационного медицинского пространства.

Разработка и согласование организационно-технических требований к компонентам Системы, предусматривающих возможность использования унифицированных социальных карт гражданина в Российской Федерации указана на этапе второй очереди создания Системы, но тогда возникает вопрос о том, каким образом при отсутствии идентификаторов личности на первом этапе будут функционировать и апробироваться типовые программные комплексы.

Несомненно, следует указать на первом этапе о введении юридически значимого документооборота и системы информационной безопасности персональных медицинских данных.

Также давно назрела потребность в развитии телемедицинской сети, обеспечивающей проведение видеоконференций для дистанционного консультирования и повышения квалификации (о чем шла речь и на круглом столе в Госдуме 19.02.09) и это нужно включить в первый этап.

Создание системы централизованного ведения и актуализации научно-справочной информации, включая справочники, классификаторы, медико-экономические стандарты требует перенесения с 2016 – 2020 гг. на 2009 – 2015 гг. А если классификаторы отнесены к 2016 году, то как эти системы будут создаваться в 2009 году: как будет проходить разработка регистров по направлениям здравоохранения? Потом опять все будем менять? «

Зарубина Татьяна Васильевна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинской кибернетики и информатики Российского ГМУ задалась вопросом, что делать, чтобы часть Концепции, посвященная информатизации здравоохранения, стала удовлетворяющей чаяниям специалистов? И дала

следующий ответ: «Использовать методологию системного анализа для исследования информатизации здравоохранения и социального развития России, причем по всем уровням отрасли: от клинического (медико-технологические информационные медицинские системы, АРМы, информационно-технологические системы, в том числе ЭИБ) через учрежденческие до территориальных и федеральных. Не только констатировать состояние дел, но и прописать задачи, которые необходимо решить для оптимизации работы на каждом уровне, затронуть вопросы соподчиненности информационных медицинских систем, их горизонтальной и вертикальной интеграции, без решения которых невозможен переход к Единому Информационному Пространству Медицинских Данных. Среди уже созданных и внедряемых систем достаточно много удовлетворяющих поставленным задачам. Нельзя выбрасывать накопленный потенциал. Приоритетными задачами остаются: разработка нормативно-правовой базы, в том числе стандартов и классификаторов; вопросы информационной безопасности; проблема идентификации пациента. Если реализовать такой подход, то прописанная в Концепции в настоящее время задача станет одной из задач, обеспечивающих построение Единого Информационного Пространства Системы Здравоохранения.

На мой взгляд, наше обсуждение показало, что наше сообщество способно за короткий срок создать документ, концептуально определяющий развитие информатизации здравоохранения в ближайшее десятилетие».

Рахманова Зоя Борисовна, к.т.н., руководитель Медицинского информационно-аналитического центра Московского областного научно-исследовательского клинического института им.М.Ф.Владимирского (Московская область) отметила, что в проекте «не сказано ни слова о мерах по поддержке, поднятию и расширению статуса МИАЦ, на базе которых планируется организовать региональные Центры обработки данных.. На плечи МИАЦ ляжет основная нагрузка по ведению огромного массива данных как в самом МИАЦ, так и по организации процесса представления данных из муниципальных и государственных учреждений здравоохранения. Системные администраторы «стоят» дорого и на бюджетную зарплату на такие объемы работ и на такую ответственность по поддержке персональных данных, тем более в здравоохранении, специалистов не найдешь. Не освещен вопрос, на кого ляжет и за чей счет будет осуществляться поддержка и сопровождение системы в регионах.

Комментируя замечания и предложения, содержащиеся в выступлениях экспертов, **Директор департамента информатизации Минздравсоцразвития России Олег Владимирович Симаков** отметил, что все прозвучавшее, конечно, должно быть отражено, но не в обсуждаемом проекте Концепции, в котором на освещение вопросов информатизации было выделено не более 3-4 страниц, а в первой главе системного проекта, который станет прообразом проекта Концепции информатизации

здравоохранения России. Тем не менее, текст разделов 2.7 и 4.2.8 с учетом высказанных замечаний будет откорректирован.

«Как всем Вам известно, мы рассчитываем начать проект по созданию Системы персонифицированного учета и при его обосновании целую главу выделить под большую часть затронутых сегодня вопросов. Сам же проект, его основные тезисы будем широко обсуждать – я обещаю. Но, повторюсь, это- не вопросы «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.».

О.В.Симаков подчеркнул, что решить проблему конституционно гарантированного предоставления медицинской помощи в условиях ограниченных средств и добиться рационального использования этих средств можно только через систему персонифицированного учета.

Касаясь вопроса необходимости типового программного обеспечения, Директор департамента отметил избыточность информационных систем (МИС) в России, исчисляемых 800 разработками. «Целесообразно разработать одну, универсальную. Эту универсальную МИС мы будем апробировать и дорабатывать. Если еще 4-5 систем будут удовлетворять требования, они будут помещены в Фонд алгоритмов и программ Минздравсоцразвития России. Универсальных систем должно быть несколько, но они должны удовлетворять определенным требованиям».

Комментируя высказывание А.П.Столбова об увеличении на 20% нагрузок на врачей по ведению электронного документооборота, О.В.Симаков заметил: «Я был недавно в Институте хирургии им. Вишневского, где внедряют систему «Медиалог». Спрашивал тех, кто эксплуатирует систему, какова трудоемкость, что не нравится. Мне отвечали, что в первый месяц было тяжело, сейчас процесс пошел быстрее, врачи уже сами кое-что написали. В Военном госпитале Красногорска тоже никакой проблемы с занесением информации нет. Почему мы все время ищем оператора, а что кто-то за нас что-то вносит в систему? Информация должна вводиться сразу же по мере ее возникновения. А врачу на потоке нужно помочь, подготовив шаблонные заготовки».

Отвечая на вопрос об архитектуре системы, Симаков пояснил, что принцип заключается в том, что в ЛПУ ставится МИС с защищенным каналом связи. Это ЛПУ соединяется с региональным информационным центром, как правило, это региональный МИАЦ. В нем собираются данные по законченному случаю лечения, по пролеченному больному, т.е. в Центр отправляется не талон, а электронная медицинская карта («не опраправил данные -нет оплаты»). В ЛПУ будут отдельно храниться медицинские данные и личные данные. Через специальный механизм они могут быть объединены, то есть МИАЦ будут хранить информацию не в режиме секретности, предписанном для персонифицированных данных.

«Сейчас мы собираем анкеты, чтобы понять, какие субъекты наиболее готовы к реализации проекта. В ближайшее время в МИСы будут внедрены

медико-экономические стандарты по основным нозологиям – Минздравсоцразвития России обещает подготовить их к сентябрю 2009. Параллельно мы проводим работу с ФОМС, с которым есть полное понимание тактики и стратегии. При этом ФОМС будет выполнять роль только финансового института».

По прогнозам руководителя департамента информатизации, через 4,5 года от момента запуска последнего регионального центра можно будет получать прямую стратегическую информацию для управления отраслью.

Кроме того, в планах Минздравсоцразвития России подключение всех 225 федеральных медицинских учреждений, включая медицинские вузы и 335 колледжей к Интернету, создание 50 порталных решений по основным нозологиям для организации обмена информации в профессиональной среде.

В заключении О.В. Симаков предложил сделать встречи с экспертами постоянными. «Все рациональное, что будет предложено, обязательно используем. Но не обещаю, что удовлетворим всех».