

Самборський Олег Степанович, *магістрант 1 курсу,*
Острроверхов Віктор Михайлович, *к.е.н., доцент,*
доцент кафедри міжнародної економіки,
маркетингу і менеджменту

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ

Медична інформатика повинна сприяти впорядкованості в системі охорони здоров'я сьогодення і завтрашнього дня, для чого необхідно дивитися вперед, висуваючи цілі на найближче і віддалене майбутнє.

Інтегровані інформаційні системи (ІС) повинні проникати в заклади охорони здоров'я, забезпечуючи як аналіз і підтримку рішень на всіх рівнях, що призведе до створення нової інформаційної інфраструктури всього комплексу охорони здоров'я населення, так при необхідності і реінжиніринг самої системи охорони здоров'я.

Сучасне уявлення про комплексний підхід до автоматизації в медицині базується на інтеграції систем різного типу. У широкому сенсі це великі медичні інформаційні системи (МІС) збору, зберігання і обробки даних для різних установ і рівнів системи охорони здоров'я, що включають вбудовані медико-технологічні та керуючі підсистеми.

На сучасному етапі інформатизації в даний час має місце в основному інтеграція взаємодоповнюючих програмних продуктів, таких як клінічна електронна історія хвороби, лабораторна і радіологічна системи, їх об'єднання з іншими підсистемами в рамках відомчих МІС. У той же час перспективою має бути об'єднання інформаційних систем, що забезпечують не тільки синтез різної інформації, але і надання на цій основі нових можливостей для прийняття управлінських рішень на клінічному і адміністративному рівнях на основі попереднього інтелектуального аналізу всієї сукупності наявних даних.

Варто розглядати побудову інтегрованої автоматизованої системи охорони здоров'я, починаючи з нижнього рівня. Базовим елементом при постульованому підході повинна бути електронна медична карта (ЕМК) пацієнта, або електронна карта здоров'я - healthcard [1], що заповнюється з дня народження і поповнюється в кожному медичному закладі, де здійснюється спостереження, обстеження і лікування пацієнта (включаючи надання екстреної допомоги).

Інтеграція персональних медичних даних при цьому повинна здійснюватися як на горизонтальному рівні (між лікувально-профілактичними закладами місця проживання – пологовий будинок, поліклініка, стаціонар, швидка медична допомога тощо), так і по вертикалі, аж до установ загальноукраїнського рівня (в перспективі, без врахування відомчої приналежності).

Але реалізація такої моделі неможлива без переходу до персонізованого підходу, як одного з ключових аспектів електронної охорони здоров'я (ehealth), з єдиною системою ідентифікації пацієнтів в

загальнодержавному масштабі [2]. Тільки в цьому випадку можна забезпечити реалізацію принципу одноразового введення даних про пацієнта, без їх дублювання в різних медичних установах, при одночасній доступності будь-якому лікарю необхідної інформації про пацієнта.

Персоноцентричний підхід в побудові інтегрованих МІС передбачає наявність загальних надсистемних модулів (персональні ідентифікатори, анкетні дані, соціальні характеристики тощо) і внутрішньосистемну (спеціалізовані модулі) диференціацію медичної інформації ЕМК, що дозволить здійснювати швидкий обмін необхідними блоками.

Власне ЕМК, особливо електронна історія хвороби (ЕІХ) стаціонару, є складною, багатомодульною системою. Побудова її на сучасному рівні одним розробником видається не зовсім (або не завжди) доцільною, особливо для багатопрофільних лікарень, що мають чисельні пара клінічні підрозділи. З цього випливає ще один аспект інтеграції – власне клінічної (базової) частини ЕМК з лабораторними, радіологічними і іншими модулями, що представляють собою окремі системи, які повинні функціонувати як підсистеми єдиної інтегрованої електронної карти пацієнта.

На поліклінічному рівні повинна передбачатися інтеграція ЕМК з віддаленими автономними МІС централізованих лабораторій та інших допоміжних служб. Звідси виникає важливість проблеми інтероперабельності, тобто сумісності і взаємодії систем, що оперують з первинною (клінічною) інформацією.

Інший, не менш важливий для користувачів аспект – включення до складу електронної історії хвороби інтелектуальних, обчислювальних або інтелектуально моделюють систем підтримки прийняття рішень (СППР), які спираються на логіко-лінгвістичні або / та математичні моделі та обчислювальні процедури. Одночасно з розвитком ЕМК буде зазнавати змін і прийняте сьогодні поняття автоматизованого робочого місця лікаря. З автономного програмного комплексу воно поступово перетвориться в модуль системи більш високого рівня – електронної медичної карти і фактично в віртуальне поняття при реалізації ЕМК і відомчих МІС в варіанті «тонкого клієнта» (thin clients), коли базове та спеціальне програмне забезпечення повністю розташовується на сервері. Уже й сьогодні, кажучи про ЕІБ, вживають поняття робоче місце лікаря / медичної сестри / адміністративного персоналу, не маючи на увазі поняття АРМ, яке раніше використовувалося.

Необхідність розгляду в даний час проблем комплексної автоматизації в медицині визначається як все більшою складністю інтеграції створюваних на різних принципах і платформах МІС, так і потребами прогнозування, що зумовлює випереджувальне формування стратегії розвитку інформаційних технологій для охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Blobel B. Interoperable healthcare information system components for continuity of care//Brit. J. Healthcare Computing & Information Management. – 2003. – Vol.20. № 7. – P. 22-24.*

Ославська Ольга Олександрівна, магістрант 1 курсу,
Баран Ростислав Ярославович, к.е.н., доцент,
доцент кафедри гуманітарних та
фундаментальних дисциплін

ЕТАПИ СЕГМЕНТУВАННЯ БАЗОВОЇ ОСНОВИ КАДРОВОГО СКЛАДУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Базова основа кадрового складу в закладах охорони здоров'я, або його кадрове ядро відіграє ключову роль у розвитку медичних установ. Від того, наскільки воно розвинене залежить імідж установи на ринку медичних послуг [1], конкурентоспроможність установи, його стабільність і стратегічний зростання.

Під кадровим ядром слід розуміти специфічну команду керівної ланки установи, що складається з ключового персоналу, що виконує набір певних функцій за допомогою використання адекватних для цього компетенцій, що представляє найбільшу цінність для організації і вносить внесок в її стратегічний розвиток і успіх, що забезпечує організаційну унікальність.

Існування такої базової основи кадрового складу в закладах охорони здоров'я обумовлюється сегментним підходом до персоналу, при якому організація усвідомлює, що персонал неоднорідний і що в ньому розрізняються різні групи, зокрема, і група базового персоналу [2]. Дана група також неоднорідна, вона може характеризуватися наявністю мікрогруп, що розрізняються мотивацією, ступенем залучення, наявністю тих чи інших ключових компетенцій, моделями поведінки. Тому її формування і окремих її сегментів має бути здійснено з урахуванням цих особливостей.

Медична установа повинна послідовно пройти наступні кроки сегментування (рис. 1).

Етап 1. Уточнення бачення майбутнього установи і в загальних рисах стратегії її розвитку, аналіз потенціалу для реалізації стратегії.

Етап 2. Аналіз тих чинників, які можуть також бути значущими при сегментації: культури установи, кадрової політики і рівня кадрової роботи, досвіду диференціації підходів до управління людьми, необхідної швидкості реакції на зміни в зовнішньому середовищі тощо.

Етап 3. Виявлення тих співробітників, які мали і (або) мають причетність до розробки, реалізації стратегії установи.

Етап 4. Встановлення конкретних фактів: хто саме, коли, де і що саме робив для розробки і реалізації стратегії установи.

Етап 5. Визначення критеріїв сегментування (факторний аналіз). В даному випадку критерієм є ступінь участі в розробці і (або) реалізації стратегії установи (високий, середній, низький).

Етап 6. Встановлення ціннісного внеску учасників, а також потреб і мотивів участі в розробці та реалізації стратегії. Цей крок передбачає пошук