



Организация лечебно-профилактической помощи населению в условиях поликлиники

ПЫЛИНСКАЯ Е.В.

Зам. главного врача по организационно-методической работе
ГБУЗ РХ «Абаканская городская клиническая поликлиника»

Роль и задачи врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического учреждения

Основными задачами врачей-специалистов территориальных амбулаторно-поликлинических учреждений являются:

- Оказание консультативной, диагностической и лечебной помощи больным с заболеваниями соответствующего профиля, направляемым участковыми врачами.
- Диспансерное наблюдение и реабилитация больных с заболеваниями соответствующего профиля.
- Отбор и направление больных на стационарное лечение в специализированные отделения.
- Участие в отборе больных для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также учет лиц, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по поводу заболеваний соответствующего профиля.

Роль и задачи врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического учреждения

- Участие в выполнении федеральных и региональных целевых программ, направленных на снижение заболеваемости и смертности в субъекте Российской Федерации.
- Разработка и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, участие в организации и проведении профильных школ больных (артериальной гипертонией, сахарным диабетом и др.)
- Мониторинг и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности от заболеваний соответствующего профиля в районе обслуживания.
- Анализ качества и эффективности работы и выработка рекомендаций по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению больных соответствующего профиля.
- Внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения больных с заболеваниями соответствующего профиля.

Роль и задачи врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического учреждения

- Участие в выполнении федеральных и региональных целевых программ, направленных на снижение заболеваемости и смертности в субъекте Российской Федерации.
- Разработка и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому просвещению, участие в организации и проведении профильных школ больных (артериальной гипертонией, сахарным диабетом и др.)
- Мониторинг и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности от заболеваний соответствующего профиля в районе обслуживания.
- Анализ качества и эффективности работы и выработка рекомендаций по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и диспансерному наблюдению больных соответствующего профиля.

Роль и задачи врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического учреждения

- Внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения больных с заболеваниями соответствующего профиля.
- Участие в мероприятиях по повышению квалификации участковых-врачей поликлиники по вопросам диагностики, лечения профилактики (индивидуальное консультирование, совместные осмотры и разборы больных, лекции и занятия по внутреннему плану повышения квалификации врачебного состава учреждения, участие в работе научно-практических конференций и др.).

Роль и задачи врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического учреждения

- **В настоящее время Минздравом России утверждено более 30-ти порядков оказания медицинской помощи при заболеваниях различного профиля.**
- **В порядках оказания медицинской помощи определены положения об организации деятельности врачей-специалистов, рекомендуемые штаты на прикрепленное население, стандарты оснащения кабинетов врачей-специалистов.**
- **Определён порядок взаимодействия участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики и врачей-специалистов, в том числе вопросы преемственности, диспансерное наблюдение и т.д.**

Порядки оказания медицинской помощи

Наименования порядка организации медицинской помощи	Приказ Министерства здравоохранения РФ
Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. N 923н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 05 июля 2013 г. N 798 «О совершенствовании организации оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапии» на территории Республики Хакасия»
Приказ МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. N 906н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология"	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 июля 2013 г. N 740 «О совершенствовании оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология» на территории Республики Хакасия»
Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. N 916н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "пульмонология"	Приказ МЗ РФ от 5 июля 2013 г. N 709 «О совершенствовании оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» на территории Республики Хакасия»

Взаимодействие участкового врача и врача-кардиолога

Плановая кардиологическая помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях оказывается на основе взаимодействия участковых врачей и врачей-кардиологов.

В поликлинике участковые врачи выполняют следующие функции:

- Выявляют риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений;
- Направляют при необходимости больных с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений к врачам-кардиологам поликлиники;
- Осуществляют амбулаторное лечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи с учетом рекомендаций врачей-кардиологов.

Взаимодействие участкового врача и врача-кардиолога

Участковые врачи осуществляют наблюдение и лечение пациентов:

- перенесших инфаркт миокарда более 12 месяцев назад, независимо от возраста;
- страдающих стенокардией напряжения I-II функционального класса и находящихся в трудоспособном возрасте;
- страдающих стенокардией напряжения I-IV функционального класса и находящихся в пенсионном возрасте;
- страдающих артериальной гипертензией, в том числе 3 степени, получающих эффективную терапию с достижением целевого уровня артериального давления;
- перенесших хирургическое и рентгенэндоваскулярное лечение сердечно-сосудистых заболеваний более 12 месяцев назад;
- имеющих нежизнеугрожающие формы нарушений сердечного ритма;
- имеющих хроническую сердечную недостаточность I-III функционального класса.

Взаимодействие участкового врача и врача-кардиолога

Кардиологический кабинет создается в поликлинике с учетом рекомендуемого расчета: 1 врач на 20 тыс. прикрепленного населения.

Кроме вышеперечисленных функций врач-кардиолог осуществляет диспансерное наблюдение и реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

- в первые 12 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда;
- артериальной гипертензией 3 степени рефрактерной к терапии;
- в первые 12 месяцев после хирургического и интервенционного лечения сердечно-сосудистых заболеваний;
- после стационарного лечения по поводу жизнеугрожающих форм нарушений сердечного ритма и проводимости, в том числе с имплантированным искусственным водителем ритма и кардиовертером-дефибриллятором (пожизненно);
- имеющих пороки сердца и крупных сосудов;
- в первые 12 месяцев после выписки из стационара по поводу инфекционного эндокардита и т.д.

Медицинские осмотры и диспансеризация (статья 46 Федерального закона от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Медицинский осмотр - это комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

■ Виды медицинских осмотров:

- Профилактический медицинский осмотр - в целях раннего выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;**
- Предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия учащегося требованиям к обучению;**

Медицинские осмотры и диспансеризация (статья 46 Федерального закона от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

- Периодический медицинский осмотр проводится с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, учащихся, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся, в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, продолжению учебы;
- Предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения;

Медицинские осмотры и диспансеризация (статья 46 Федерального закона от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

- Послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

В отношении отдельных категорий граждан могут проводиться углубленные медицинские осмотры, представляющие собой периодические медицинские осмотры с расширенным перечнем участвующих в них врачей-специалистов и методов обследования.

Медицинские осмотры и диспансеризация (статья 46 Федерального закона от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

- **Диспансеризация** -это комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ.
- **Диспансерное наблюдение** - это динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации.

Цели диспансеризации взрослого населения

- Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, основных факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- Определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, граждан с иными заболеваниями (состояниями), а также для здоровых граждан;

Цели диспансеризации взрослого населения

- Проведение краткого профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования (школ пациента) граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском;
- Определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

Диспансеризация взрослого населения

- Порядок диспансеризации определённых групп взрослого населения регламентируется приказом МЗ РФ от 3 декабря 2012 г. N 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"
- Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды, предусмотренные приказом, за исключением инвалидов Великой Отечественной войны, лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда" и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья, которые проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста.

Основные задачи врача-терапевта при проведении диспансеризации:

- составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий год;
- активное привлечение населения участка к прохождению диспансеризации, информирование об ее целях и задачах, повышение мотивации граждан к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива;

Основные задачи врача-терапевта при проведении диспансеризации:

- проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания, определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;

Основные задачи врача-терапевта при проведении диспансеризации:

- проведение краткого профилактического консультирования, направление граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска;
- участие в оформлении (ведении) медицинской документации, в том числе паспорта здоровья;
- подведение итогов диспансеризации

Этапы диспансеризации:

Диспансеризация проводится в два этапа.

- Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации.
- Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования.

Диспансерное наблюдение

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения".
- Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

Диспансерное наблюдение

Диспансерный прием (осмотр, консультация) включает:

- оценку состояния гражданина, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- проведение краткого профилактического консультирования;

Диспансерное наблюдение

- назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента);
- разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи.

Диспансерное наблюдение

Основаниями для прекращения диспансерного наблюдения являются:

- выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания (состояния, в том числе травмы, отравления);
- достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);
- устранение (коррекция) факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения

- уменьшение числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под диспансерным наблюдением, в том числе по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний;
- отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;

Критерии эффективности диспансерного наблюдения

- снижение показателей смертности, в том числе смертности вне медицинских организаций, граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под диспансерным наблюдением;
- снижение числа вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под диспансерным наблюдением.

Медицинская профилактика

- Комплекс профилактических мер, реализуемый через систему здравоохранения, называется медицинской профилактикой.
- Медицинская профилактика по отношению к населению бывает индивидуальной, групповой и популяционной (массовой).
- Индивидуальная профилактика — это проведение профилактических мероприятий с отдельными индивидуумами. Групповая — с группами лиц со сходными симптомами и факторами риска. Популяционная охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом.

Первичная профилактика -

комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение появления тех или иных отклонений в состоянии здоровья и заболеваний:

- меры по снижению влияния вредных факторов окружающей среды на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, снижение уровня психосоциального стресса и других факторов, отрицательно влияющих на качество жизни);
- меры по формированию здорового образа жизни;
- меры по предупреждению профессионально обусловленных заболеваний и травм, несчастных случаев, а также случаев смертности в трудоспособном возрасте;
- проведение иммунопрофилактики среди различных групп населения.

Вторичная профилактика -

комплекс медицинских, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление заболеваний, а также предупреждение их обострений, осложнений и хронизацию:

- целевое санитарно-гигиеническое обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием (организация школ здоровья для больных, страдающих бронхиальной астмой, сахарным диабетом, гипертонической болезнью и др.);
- проведение медицинских осмотров с целью выявления заболеваний на ранних стадиях развития;
- проведение курсов профилактического (противорецидивного) лечения.

Третичная профилактика -

комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса больного.

Это достигается развитием сети центров восстановительной медицины и реабилитации, а также санаторно-курортных учреждений.

Медицинская профилактика -

Для пропаганды здорового образа жизни используются различные формы пропаганды:

- **Вербальные:** Лекции, беседы, теле- и радиовыступления
- **Печатные:** Лозунг; санитарный бюллетень; газетные и журнальные публикации; брошюра, буклет, календарь, листовка, памятка; социальная реклама, плакат, рисунок, схема, чертеж, план; диаграмма, картограмма.
- **Наглядные:** Фотография, слайды, видеофильмы; скульптура, муляж, макет; микро- и макропрепараты.

Этика и деонтология в работе врача поликлиники

- Термин "этика" происходит от греч. ethos или лат. ethica (обычай, нрав) и имеет несколько значений, в том числе обозначает философское учение о морали и является системой норм нравственного поведения человека или какой-либо профессиональной группы людей (например, врачей).
- Одним из разделов этики является деонтология (от греч. deontos — должный + ...логия), под которой понимается учение о долге.
- Медицинская (врачебная) этика, или биоэтика, — это междисциплинарная область исследований, возникшая вследствие воздействия научно-технического прогресса на медицину и здравоохранение и имеющая предметом ценностные этические взаимоотношения врача и пациента, социальной политики, применения новых технологий деторождения и др.
- Медицинская деонтология — это совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей. .

Этика и деонтология в работе врача поликлиники

- В древних манускриптах Аюрвед ("Знание жизни") выдающийся медик древности Сушрута записал:
- *«Врач должен обладать чистым сострадательным сердцем, спокойным темпераментом, правдивым характером, отличаться величайшей уверенностью и целомудрием, постоянным стремлением делать добро. Можно бояться отца, матери, друзей, учителя, но не должно чувствовать страха перед врачом. Последний должен быть добрее, внимательнее к больному, нежели отец, мать, друзья и наставник» .*

Этика и деонтология в работе врача поликлиники

В знаменитом трактате тибетской медицины 25 веков назад отмечено, что основу хорошего врача составляют шесть качеств, по которым он должен быть:

- всецело мудрым,
- прямодушным,
- исполненным обетов,
- искусным во внешних проявлениях,
- старательным в своей деятельности и
- мудрым в человеческих науках.

Этика и деонтология в работе врача поликлиники

- Принципы медицинской этики и деонтологии, находят свое продолжение в Конституции РФ и Федерального закона от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ.
- Так, согласно статье 6 приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется в том числе путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации, оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента, организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени и т.д.

Этика и деонтология в работе врача поликлиники

Пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала, обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием, доступными способами и средствами; сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии здоровья.

Исходя из основных принципов медицинской этики и деонтологии участковый врач-терапевт должен действовать в интересах пациента, исходя из принципов добросовестности, профессиональности.

Этика и деонтология в работе врача поликлиники

- Международный кодекс медицинской этики ВМА (Всемирной медицинской ассоциации) предусматривает, что «врач всегда должен урегулировать все конфликты между собственными интересами и интересами пациента в пользу интересов пациента».
- Все эти мероприятия должны проводиться медицинским персоналом в щадящей, корректной форме, с учетом отсутствия у пациентов специальных познаний в области медицины.
- Говоря о правилах поведения медицинских работников, основанных на нравственных нормах, при выполнении ими своего гражданского и профессионального долга, следует отметить, что каждый врач должен руководствоваться клятвой врача, которую дает при окончании высшего медицинского учебного заведения. Это требование закреплено в статье 71 Федерального закона от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ней же приведён текст клятвы врача).

Принципы организации АСУ в поликлинике

Формирование информационной системы учреждения начинается с организации отдела информационных технологий. Уже не вызывает споров утверждение, что внешние (контрактные, договорные) временные исполнители не могут заменить внутренний информационный отдел ни по уровню ответственности, ни по требуемой конфиденциальности и корпоративности.

- Как будет называться подразделение лечебно-профилактического учреждения - информационно-аналитический отдел или отдел автоматизированных систем управления (АСУ) - не главное. Хотя, последнее, старое название больше отражает истинное содержание, цели и задачи подразделения информационного обеспечения учреждения.
- При организации отделов АСУ учреждений здравоохранения руководствуются в первую очередь *Приказом Минздрава СССР N 920 от 30.07.87 "Об утверждении положения об отделе автоматизированных систем управления (вычислительном центре) учреждения здравоохранения"*, не утратившим силу до настоящего времени. Тем не менее, этот Приказ во многом устарел и мало конкретен. Поэтому нормы штатной численности разрабатываются также экспертным методом и методом хронометража.
- Роль отделов АСУ в современном амбулаторно-поликлиническом учреждении трудно переоценить.

Основные требования к комплексным информационным медицинским системам

Очевидность начала процесса создания МИС с лечебного учреждения подтверждается и американской профессиональной ассоциацией HIMSS, сформировавшей 10 требований к проектированию компьютерных систем:

- Удовлетворять нуждам всего персонала поликлиники и быть ориентированной на больного.
- Гибкость, адаптируемость и простота ввода изменений.
- Интегрируемость в состав других информационных систем.
- Пользователи должны видеть полезность и выгодность МИС.
- Обеспечение ненавязчивого автоматического кодирования медицинских терминов в целях дальнейшего анализа.
- Управление ключевыми элементами системы должно быть в руках медицинского учреждения, а не у разработчика системы.

Основные требования к комплексным информационным медицинским системам

- Организация должна быть способна разрабатывать и внедрять решения постепенно, добавляя новые задачи в единую работающую систему.
- МИС должна разрабатываться медициной для медицины, то есть специалисты клиник должны принимать самое активное участие в разработке концепции.
- Непосредственный ввод данных медицинским персоналом, легкий доступ к информации, выдача в реальном времени сигналов тревоги и запланированных мероприятий.
- МИС должна расти вместе с ростом организации.