

Существует два основных вида ДМС: индивидуальное страхование и коллективное страхование, когда организация страхует своих сотрудников. Индивидуальное страхование до обращения в лечебное учреждение не нашло широкого распространения среди нашего населения и встречается в единичных случаях. Коллективное страхование пока также недостаточно представлено в современном здравоохранении. Хотя, на наш взгляд, именно коллективное страхование является наиболее оптимальным видом страхования.

В сложившейся ситуации возможен еще один вариант ДМС – индивидуальное страхование при обращении в лечебно-профилактическое учреждение. При этом заключение договора ДМС осуществляется страховым агентом компании после доведения информации до пациента лечащим врачом.

Благодаря данному виду страхования, привлекаются дополнительные финансовые средства, которые, с одной стороны, дают возможность провести для пациента комплекс лечебно-диагностических мероприятий сверх программы государственных гарантий, а, с другой стороны, позволяют ЛПУ не только вкладывать средства в развитие современных медицинских технологий, но и стимулировать медицинских работников к более интенсивному труду и получению материального вознаграждения.

В качестве примера активного и целенаправленного внедрения программ индивидуального ДМС приводим опыт работы эндокринологического отделения ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского за период 2001 – 2003 годы. За 3 года работы договоры по ДМС «Госпитальная помощь – терапия» заключили 46 % пациентов, получивших лечение в условиях эндокринологического отделения.

Данная программа предлагалась пациентам, не нуждающимся в экстренных лечебных мероприятиях, и предусматривала внеочередную плановую госпитализацию, пребывание в палатах повышенной комфортности, выбор лечащего врача, консультации сотрудников медицинской академии, проведение обследования и лечения сверх программ государственных гарантий, консультацию лечащего врача в течение 1 месяца после выписки из стационара, а также повторную госпитализацию в случае обострения основного заболевания в течение года при направлении лечащего врача поликлиники. Учитывая социальный статус пациентов и различный уровень доходов, было разработано несколько вариантов программы, которые различались сроками пребывания в отделение, уровнем обследования и лечения как основного, так и сопутствующих заболеваний.

Для привлечения пациентов к заключению программ по ДМС мы использовали:

- рекламу в электронных и печатных СМИ, а также стенды с информацией в отделении
- личные продажи: устное представление услуги потенциальному покупателю, установление и поддержание личностных отношений с возможными покупателями
- стимулирование сбыта путем активизации и поощрения покупателей медицинских услуг с помощью

сезонных и целевых скидок, дисконтных и клубных карт

- public relations: планируемые, продолжительные усилия, направленные на создание и поддержание доброжелательных отношений и взаимопонимания между организацией и общественностью, под которой мы подразумевали сотрудников, партнеров и покупателей медицинских услуг.

Первое время было трудно преодолеть стереотип большинства наших пациентов о бесплатности медицины. Сегодня, по результатам анкетирования, больные считают, что на здоровье не нужно экономить. Они готовы платить за качество лечения и комфорт. Так, 92 % опрошенных пациентов эндокринологического отделения, которые заключили договор добровольного медицинского страхования, отмечают высокий уровень сервиса, доброжелательное отношение сотрудников отделения, качественное оказание медицинской помощи.

Таким образом, внедрение программ добровольного медицинского страхования в практическое здравоохранение позволило:

1. повысить качество оказания лечебно-диагностической помощи
2. внедрить современные медицинские технологии, не предусмотренные программой государственных гарантий
3. улучшить условия пребывания пациентов в отделении
4. интенсифицировать труд медицинских работников и их заинтересованность в результатах своего труда
5. иметь финансовую возможность активно заниматься научной работой, принимать участие в конференциях и съездах
6. установить доброжелательные отношения и взаимопонимание между медицинскими работниками и пациентами

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ДОБРОВОЛЬНОЙ И ВЫНУЖДЕННОЙ РЕМИССИИ

Оленко Е.С., Скворцов Ю.И., Колопкова Т.А.
*Кафедра протопедетики внутренних болезней СГМУ,
Саратов*

В последнее время появились исследования, посвященные изучению воздействия хронического стресса вынужденной изоляции на психологические особенности личности. В частности, в работах В.Б. Калистратова (1998) и Р.Х. Гизатуллина (2001) показано, что пенитенциарная среда способствует формированию у мужчин агрессивного поведения с выраженной социальной дезадаптацией. В доступной нам литературе мы не встретили данных о развитии, течении вынужденной ремиссии у больных опийной наркоманией, находящихся в пенитенциарных учреждениях.

Целью данной работы явилось исследование психологических особенностей личности у больных

опийной наркоманией, находящихся в добровольной и вынужденной ремиссии, а также изучение механизмов психологической защиты в зависимости от различных социальных условий пребывания данных больных.

Обследовано 94 мужчин больных опийной наркоманией, из них: 49 человек, находились в состоянии добровольной ремиссии, а 45 больных имели вынужденную ремиссию и отбывали наказание в ИТУ. Все больные наркоманией при тщательном медицинском освидетельствовании не имели сомато-висцеральной патологии. Средний возраст всех обследованных составил $23,2 \pm 1,9$ года, а средний срок ремиссии составил $8,45 \pm 1,78$ мес. Изучались психологические особенности личности и механизмы психологической защиты с помощью методики СМОЛ, определялись уровни депрессии, невротизации, показатели реактивной и личностной тревожности.

Полученные данные показали, что у больных опийной наркоманией, находящихся в ИТУ, наблюдается значительное снижение тревожности и невротизации, по сравнению с группой наркоманов, находящихся в добровольной ремиссии ($p \leq 0,05$). Статистически достоверных различий между уровнем депрессии у обследованных больных выявлено не было. Анализ механизмов психологической защиты показал, что наркоманы, находящиеся в добровольной ремиссии, компенсируют излишнюю тревогу за счёт внешнеобвиняющих тенденций, рационализации и невротического механизма, а больные, отбывающие наказание в ИТУ, психологическую защиту формируют путем вытеснения из сознания негативной информации или за счёт соматизации жалоб.

По мнению В.С. Ротенберга и В.В. Аршавского (1984), психосоматический механизм психологической защиты возникают у лиц, которые, в силу особенностей личности или социальных факторов не могут позволить себе невротический тип защитной реакции. Для подтверждения данного заключения мы сравнили частоту встречаемости различных механизмов защиты и выявили, что у наркоманов, находящихся в вынужденной ремиссии в ИТУ статистически достоверно преобладает психосоматический механизм психологической защиты ($p \leq 0,05$).

На основании полученных результатов представляется необходимым обязательное психологическое консультирование больных наркоманией, находящихся в пенитенциарных учреждениях.

Работа выполнялась при поддержке гранта РГНФ № 01-06-00004а.

К РАЗРАБОТКЕ ОБОБЩАЮЩЕЙ МОДЕЛИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ЗНАНИЙ В СИСТЕМАХ ПОДДЕРЖКИ РЕШЕНИЙ ВРАЧА

Острейковский В.А., Булгаков К.Н., Микшина В.С.
Сургутский Государственный Университет, Сургут

В современной теории искусственного интеллекта (ИИ) в основе методов представления знаний (ПЗ) и представления умений лежат два аспекта информационного ресурса:

- математическая формализация или логическая полнота рассматриваемого информационного объекта;

- когнитивный подход – понимание (восприятие/интерпретация) процесса осознания человеком знания.

В результате разработаны следующие известные модели представления знаний (МПЗ):

1. Алгоритмическая модель представления знаний.
2. Продукционная модель представления знаний.
3. Семантические сети.
4. Фреймовая модель представления знаний.
5. Логическая модель представления знаний.
6. Нечёткая логика представления знаний.
7. Объектно-ориентированная модель представления знаний.
8. Гибридные модели представления знаний.

Наибольшее распространение при практических разработках в области искусственного интеллекта получили 2, 3, 4 МПЗ, а также особое место заняла 8-я МПЗ благодаря 7-ой МПЗ. Именно поэтому специалистам в области знаний при разработке интеллектуальных систем приходится выбирать ту или иную МПЗ, что ставит перед проектировщиками знаний ряд вопросов, при разработке которых требуется детальная проработка и обоснование, например:

- На основе каких критериев выбрать МПЗ?
- На основе каких критериев оценить эффективность реально действующей на производстве МПЗ?
- Как оптимизировать представление знаний в конкретной предметной области?
- Как быть если необходима интеграция с другими продуктами, в которых реализована другая МПЗ?

Однако главным недостатком существующих моделей представления данных является сложность их сопровождения из-за ограничения объёма оперативной памяти человека. Или если МПЗ упрощается, то это ведёт к невозможности отображения всей полноты реальных связей сущностей в пульмонологии или любой другой предметной области.

Все эти вопросы напрямую связаны с критериями эффективности МПЗ, однако до сих пор эти критерии оценки эффективности МПЗ не формализованы. Что подталкивает к выводу о разработке критериев эффективности МПЗ применительно к таким задачам здравоохранения, как поддержка принятия решения врачом-пульмонологом по заболеваниям органов дыхания, РДСН, венозное расширение вен и т.д..

Постановка задачи. Введём новое понятие – обобщённая модель представления знаний (ОМПЗ). ОМПЗ – это математическая модель, позволяющая при наличии хотя бы одного описания метода представления знаний предметной области (с первого по восьмой МПЗ включительно) получить все другие модели представления знаний того же знания предметной области. Данная ОМПЗ необходима в первую очередь для оптимального применения тех или иных преимуществ МПЗ по наиболее важным критериям