

**Российская академия народного хозяйства и государственной
службы
при Президенте Российской Федерации**

**Отчет о зарубежной стажировке
в рамках программы «Подготовка управленческих кадров в сфере
здравоохранения и образования в 2011 -2014 годах»**

**Образовательная программа: Управление в сфере
образования/Управление в сфере здравоохранения**

Слушатель: Бобрышев Юрий Викторович

Страна стажировки: Королевство Испания

Москва, 2011

Раздел 1. Информационная часть

1.1. Наименование образовательной программы: «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования в 2011-2014 годах»

1.2. Фамилия, Имя, Отчество слушателя: Бобрышев Юрий Викторович;

1.3. Регион, место работы, должность: Курская область, г. Курск Городской клинический перинатальный центр, главный врач;

1.4. Наименование выполненного в рамках программы Проекта:

1.5. Сроки и место проведения зарубежной стажировки: Королевство Испания, город Барселона, с 13 по 26 ноября 2011 года;

1.6. Дополнительная информация:

Цель программы для представителей организаций, работающих в области здравоохранения, подготовленной испанской командой являлся подробный анализ различных аспектов работы частных и государственных предприятий, учреждений и организаций, работающих в сфере здравоохранения. Для достижения данной цели испанская сторона поставила задачу ознакомить нас с основными проблемами, стоящими перед предприятиями данной отрасли, а также с теми возможностями, которые открываются перед ней в современных условиях. Для реализации поставленных задач было запланировано посещение различных учреждений, встречи с ведущими специалистами, которые должны осветить практические аспекты работы учреждений и организаций. Анализ различных аспектов делового администрирования, таких как работа с кадрами, управление финансовыми потоками, маркетинг, межкультурные переговоры и страхование. Запланирована культурная программа.

Раздел 2. Системный анализ изученной в ходе стажировки зарубежной практики управления

С точки зрения организации медицинской помощи опыт Испании представляет для нашей страны большой интерес, поскольку именно там происходит децентрализация управления и финансирования здравоохранения при одновременной интеграции всех общественных ресурсов в единую общенациональную систему здравоохранения.

Для большинства стажеров было открытием, что испанская, и в частности, каталонская система здравоохранения признана одной из лучших в мире (рейтинги ВОЗ и некоторых независимых экспертных советов). Так, по последнему исследованию журнала NEWSWEEK, испанская система здравоохранения занимает третье место в мире.

Основные функции по оказанию медицинских услуг населению делегированы властям 17 регионов страны. Испанская конституция гарантирует всем гражданам «право» на медицинское обслуживание, в том числе равный доступ к профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам, однако ответственность за реализацию всеобщего медицинского страхования передана региональным властям. Степень и темпы мероприятий по перераспределению этих полномочий отличается

неравномерностью, и некоторые регионы получили максимальную самостоятельность в данной сфере лишь недавно.

Медицинское страхование в Испании охватывает почти все население - по оценкам, до 98,7% граждан. Страховка покрывает первичное медицинское обслуживание, в том числе терапевтическое и педиатрическое, хирургическое вмешательство - как в стационаре, так и амбулаторное, скорую и неотложную помощь, лечение длительных заболеваний, а также рецептурный отпуск лекарств (хотя для некоторых медикаментов предусматривается доленое участие потребителей). На многие услуги, связанные с лечением психических заболеваний, особенно амбулаторные, а также косметическую хирургию, стоматологическую специализированную помощь страхование не распространяется.

Центральные власти предоставляют каждому региону общий грант. Целевое использование этих средств не прописывается: региональные власти сами решают, на что их расходовать. Размер гранта определяется в основном исходя из численности населения региона, а также с определенным учетом иных факторов, например, демографической ситуации. В дополнение к федеральным трансфертам регионы могут использовать на медицинские нужды и собственные средства.

Неудивительно, таким образом, что объем расходов на здравоохранение в различных регионах варьируется. Эта разница, а также отличия в приоритетах, обуславливают и значительные несовпадения в доступности медицинских ресурсов. Так, в Каталонии количество койкомест на 1000 жителей составляет 4,5, а в Валенсии - всего 2,8.

В Испании пациент не обладает правом выбирать себе врачей — будь то терапевтов или специалистов. Вместо этого его прикрепляют к одному из терапевтов, работающих по месту жительства гражданина. Если возникает необходимость в специализированных медицинских услугах, терапевт направляет пациента к одному из врачей, входящих в определенный список. В отличие от участников американской схемы «регулируемого медобслуживания», «добровольно выйти из системы» испанцы не могут, если они не застраховались у частной фирмы. В результате возник один интересный феномен: чтобы сменить врача или найти специализированные медучреждения, где нет длинных очередей, больные в Испании меняют место жительства.

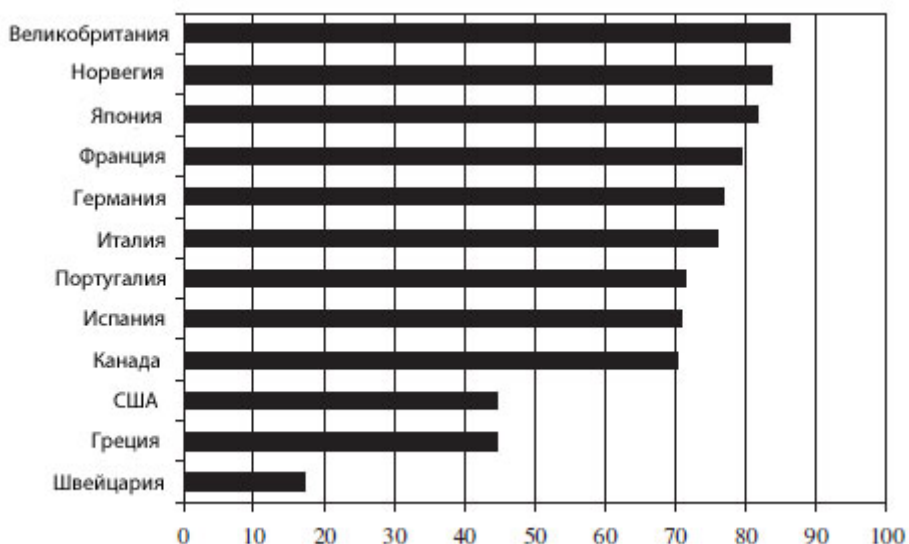
Длительность этих очередей в разных регионах варьируется, но проблема «листов ожидания» повсеместно носит серьезный характер. В среднем испанцам приходится ждать приема у специалиста 65 дней, а в некоторых регионах — и гораздо дольше. На Канарских островах, к примеру, этот срок составляет 140 дней. Но даже в континентальной части страны, в Галисии, пациенту приходится ждать осмотра специалистом 81 день. По некоторым врачебным специальностям общенациональные средние показатели тоже хуже: так, обследования у гинеколога нужно ждать 71 день, а у невропатолога - 81 день.

Ожидание по некоторым видам медицинской помощи также затягивается надолго. Так, время нахождения на «листе ожидания» на простатэктомию составляет в среднем 62 дня, а на операцию по замещению тазобедренного сустава - 123 дня.

Некоторые медицинские услуги, которые американцы воспринимают как должное, в Испании практически недоступны. Так, реабилитация, уход за выздоравливающими или смертельно больными в этой стране, как правило, перекладываются на плечи родственников. В Испании очень мало государственных домов для престарелых, хосписов и санаториев для выздоравливающих.

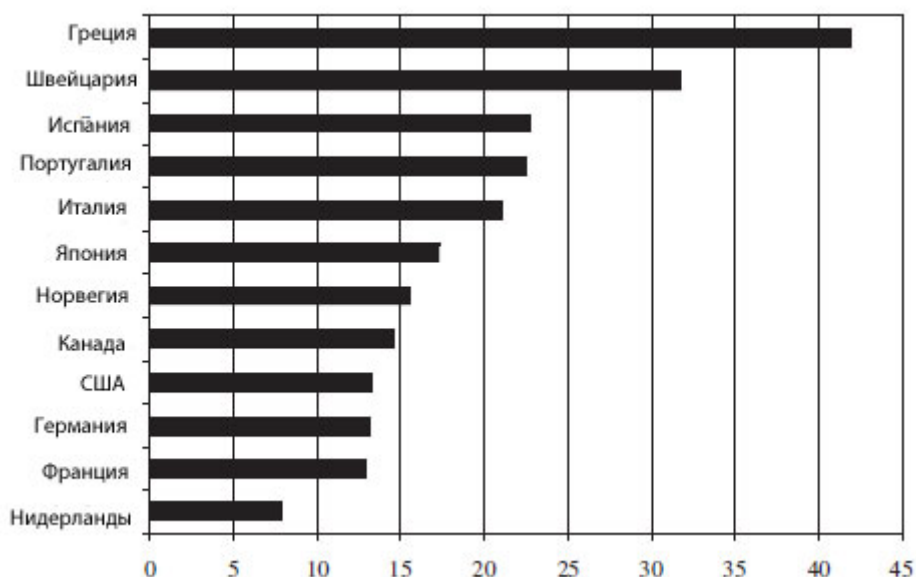
Как и в большинстве других стран с государственной системой здравоохранения, распространенность очередей и проблемы с качеством услуг все чаще вынуждают людей прибегать к альтернативному варианту - частному медицинскому страхованию. В настоящее время до 12% испанцев имеют частные страховые полисы (таким образом, они застрахованы дважды, поскольку отказаться от государственного страхования гражданин не может). В крупных городах, например, Мадриде, количество людей, застрахованных в частных структурах, достигает 25% жителей. В целом, выплаты по частным медицинским страховкам составляют до 21% совокупных расходов на здравоохранение.

Доля государства в совокупных расходах на здравоохранение, %



Чаще, однако, испанцы платят за услуги частных медучреждений непосредственно «из кармана». Сумма таких прямых платежей составляет в Испании почти 24% совокупных расходов на медицинские услуги — этот показатель выше, чем во всех европейских странах, кроме Греции и Швейцарии, и чем в Соединенных Штатах тоже.

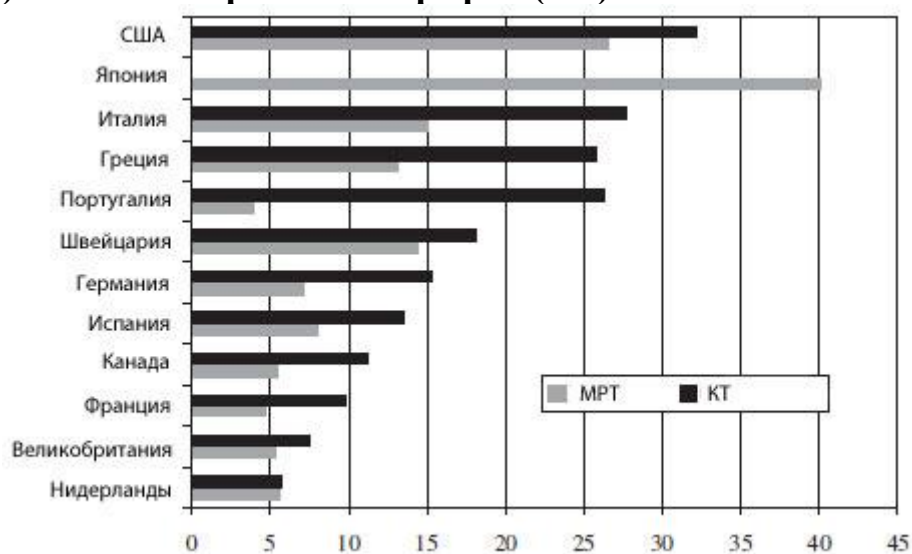
Доля совокупных расходов на здравоохранение, оплачиваемых гражданами «из кармана», %



Таким образом, и в этой стране сформировалась двухуровневая система, в рамках которой зажиточные граждане «покупают» себе «право выхода» из государственной системы.

В Испании также отмечается дефицит современных медицинских технологий. Приборов для магнитно-резонансной томографии на миллион населения в стране насчитывается на две трети меньше, чем в США; по компьютерным томографам отставание лишь немногим меньше, и по количеству цистоскопов Испания тоже уступает Соединенным Штатам, хотя в целом оснащение медицинских учреждений Испании оборудованием превосходит по данному критерию систему здравоохранения России.

Количество аппаратов для магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) на миллион жителей



Все врачи, работающие в больницах, и до 75% других медиков считаются «наполовину государственными служащими» и получают жалование, а не гонорары в зависимости от предоставленных услуг. Размер этой зарплаты зависит от количества лет медицинской практики и определенных профессиональных степеней; она повышается каждый год

для всех сразу, независимо от уровня профессионализма или отзывов пациентов.

В результате по количеству врачей и медсестер на душу населения Испания уступает большинству европейских стран и США. Особенно острый характер носит нехватка терапевтов.

Тем не менее, испанцы в целом довольны своей системой здравоохранения. Почти 60% населения оценивают ее позитивно: это второй по величине уровень поддержки в Европе (первое место занимает Франция). Соответственно, реформа здравоохранения для среднестатистического испанца не относится к самым насущным вопросам. Один наблюдатель отметил в этой связи: в ходе недавней предвыборной кампании в стране «проблемы здравоохранения выделялись разве что своим отсутствием среди тем серьезных дискуссий». Лишь примерно 46% граждан страны считают реформу «насущно необходимой», а 35% - «желательной». Кроме того, испанцы меньше привержены рыночным методам в здравоохранении, чем население большинства других европейских стран. Лишь 42% респондентов считают, что пациентом было бы удобнее оплачивать медицинские услуги из собственных средств, и не более 58% думают, что качество медицинской помощи повысится, если потребителям будет предоставлен больший контроль над расходами на здравоохранение. Тем не менее, испанцы хотели бы иметь больше свободы в плане выбора врачей и больниц, и убеждены, что государству следует активнее решать проблему «листов ожидания».

Здравоохранение считается частью системы социального обеспечения и финансируется за счет налогов. Вся медицина Испании находится в ведении Министерства здравоохранения. В сферу деятельности Министерства входит координация работы служб общественного здравоохранения и лечебных учреждений, разработка законодательной базы в сфере медицины, стандартизация лекарственных средств.

В последние годы расширен охват населения государственным здравоохранением, преобразовано управление медицинского сектора, а также создана общенациональная система здравоохранения.

Основные положения государственной системы здравоохранения Испании:

- Финансируется из налоговых отчислений.
- Полномочия переданы автономиям.
- Общий охват.
- Свободный доступ.
- Расширенный диапазон государственных услуг.
- Софинансирование затрат на фармацевтические продукты.
- Услуги, в основном, предоставляемые государственными учреждениями.
- Обсуждается вопрос устойчивости и система финансирования.

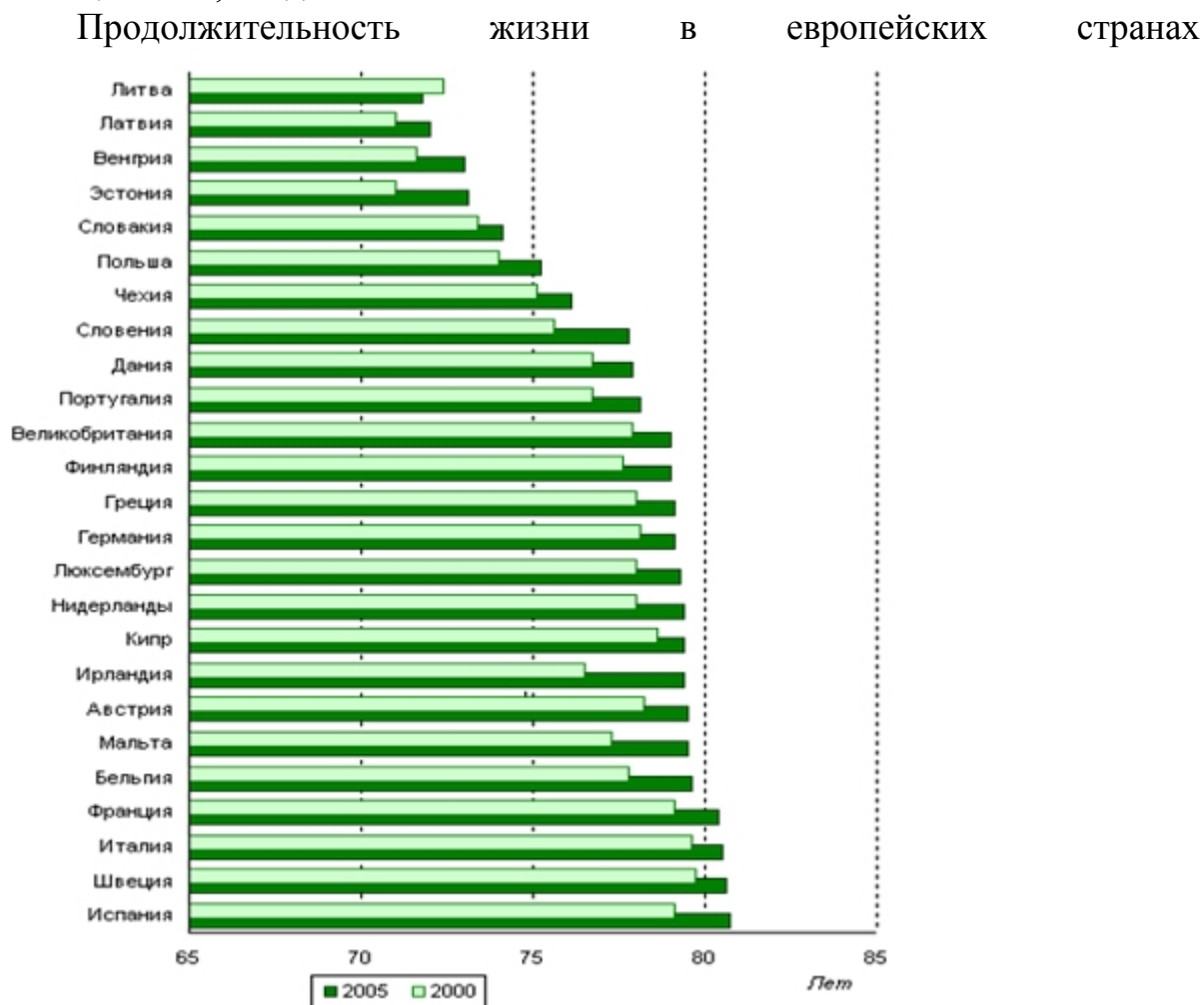
В каждой автономии Испании существует своя система здравоохранения.

Распределение функций в результате децентрализации системы здравоохранения:

- Полномочия Национального правительства:
 - базовое законодательство и координация;
 - финансирование;
 - минимальный пакет, оплачиваемый через государственную СЗ;
 - фармацевтическая политика;
 - международная политика здоровья;
 - образовательные требования.
- Полномочия Правительства Автономии:
 - субсидиарное законодательство;
 - здравоохранение;
 - организационная структура системы;
 - аккредитация и планирование;
 - закупки и предоставление услуг.

Испанская система здравоохранения в цифрах:

Страна занимает одно из первых мест в мире по продолжительности жизни (почти 82 года), первое место в Европе по продолжительности жизни у женщин – 84,7 года.



Испания занимает исключительное место в мире по эффективности медицинского обслуживания, в качестве примера можно назвать лишь несколько фактов:

- испанские врачи, проходящие экзамен в интернатуру MIR (medico interno residente), признаны одними из самых подготовленных в мире;
- использование самых передовых методик позволило достичь следующих экономически важных результатов: средняя продолжительность госпитализации в 4-5 дней для острых случаев;
- 70% хирургических вмешательств проводятся амбулаторно.

Испания, и, прежде всего, Каталония, занимает одно из лидирующих мест в мире по количеству медицинских инноваций, так Европейский совет по Исследовательской деятельности отметил исследование рака груди как ведущий европейский научный проект в области медицины.

Барселона занимает первое место в мире по количеству проводимых медицинских конгрессов.

В Испании (в Каталонии) зарегистрирована самая низкая детская смертность в мире (2,7 на 1000 рождений).

Иными словами, здесь по самым передовым методикам работают ведущие европейские специалисты. Что и привлекает огромное количество иностранных пациентов: только Барселона, медицинская столица Испании, принимает около 16 тысяч иностранных пациентов ежегодно, прежде всего, из Великобритании, Франции, США, стран Ближнего Востока и России. И надо сказать, что процесс обслуживания иностранных пациентов в барселонских клиниках также налажен чрезвычайно эффективно (сеть медицинских клиник Barcelona Centro Médico).

За достижениями испанских, и, прежде всего, барселонских специалистов стоит несколько факторов, среди которых тесная взаимосвязь практики с исследованиями и преподаванием; взыскательная система подготовки; модель здравоохранения, экономически поощряющая использование передовых методик; система контроля.

Факторы успеха испанской системы здравоохранения

1. Кафедры медицинского факультета Барселонского Университета находится на территории университетских госпиталей. Здесь работают специалисты, которые в обязательном порядке совмещают три вида деятельности:

- врачебную практику,
- исследовательскую деятельность,
- преподавательскую работу.

2. Другой немаловажный фактор – система подготовки врачей. Отбор будущих специалистов чрезвычайно жесткий.

После школы сдается единый государственный экзамен (ЕГ), по результатам которого абитуриенты зачисляются на ограниченное количество мест в вузах, что порождает большой конкурс. В Барселоне - 3 медицинских факультета. Для поступления на медицинский факультет необходимо набрать самый высокий проходной балл из всех

существующих специальностей (обычно, из возможных 10 – более 8 баллов).

Затем следует 6-ти - летнее обучение в медицинском университете (на последнем году обучения – практика в лечебных учреждениях). По окончании университета, чтобы стать специалистом, врач обязан пройти проверку знаний для поступления в интернатуру MIR.

Наиболее престижной в Испании считается работа в государственном секторе здравоохранения, попасть в которую можно только через прохождение специализации. С 1978 года в Испании существует система подготовки медицинских специалистов, получившая в этой стране название MIR (medico interno residente). Суть её заключается в том, что выпускник медицинского факультета может получить интернатуру по специальности только на конкурсной основе. Один раз в год в стране организуется национальный экзамен на получение интернатуры по специальности, который охватывает практически всю программу обучения врача. По результатам общегосударственного экзамена складывается рейтинг выпускника, в соответствии с которым он сможет выбрать себе специализацию. Рейтинг ограничивает доступ к специальности, число желающих получить специализацию иногда в несколько раз превышает количество предоставляемых мест. Чтобы получить заветную интернатуру, испанским врачам иногда приходится участвовать в этом конкурсе два или три раза. Длительность интернатуры в Испании от 3-х до 5-ти лет (в отличие от одногодичной специализации в России), из них для врачей хирургического профиля один год интернатуры (последний) проходит на базе ведущих мировых клиник, а для будущего семейного врача обязательны не менее 3 месяцев работы в сельской местности. И все это время наполнено интенсивными стажировками, инструктажами, лекциями, выступлениями на семинарах. В результате спектр и глубина медицинских знаний у начинающего испанского врача неизмеримо выше, чем у среднего выпускника российского медицинского института.

Обучение в государственных университетах относительно дешевое (по местным меркам) – 1200 евро в год, в частных университетах обучение обходится в 10-15 раз дороже. Врач-интерн получает заработную плату по местным меркам очень маленькую - 1100 евро (45 тысяч рублей в год) за 1-й год обучения и порядка 1600-1700 евро на 4-м году обучения.

По окончании специализации профессиональное совершенствование испанских врачей не прекращается. У них есть все условия для учебы на курсах повышения квалификации (для педиатров - каждый год академические курсы), участия в медицинских конгрессах, конференциях и т.д. Весь последующий непрерывный процесс образования берет на себя коллегия врачей (возможно он-лайн обучение). Обучение по узкой специализации (лапароскопия) платное.

Каждые 2 года обязательна аккредитация врачей.

Этим обеспечивается высочайшая подготовленность любого врача, не говоря о ведущих специалистах, которые обязаны соединять практику с

участием в последних исследовательских программах.

В университетах есть школы (4-х годичные) для медицинских сестер. Средние медицинские работники (м/сестры) шире образованы, чем техники, прошедшие 2-х годичную подготовку.

Младший медицинский персонал – выпускники школ, прошедшие 1-годовалую подготовку. В основном, помогают пожилым людям на дому (чаще работают эмигранты). Медицинские сестры ведут прием хронических больных. Они могут запросить анализы, результаты обследований и при необходимости направить пациента к врачу.

3. Организация здравоохранения построена таким образом, чтобы любому госпиталю было выгодно использовать только самые передовые и минимально инвазивные методики, сокращающие как болезненные ощущения и осложнения у пациента, так и продолжительность его пребывания в клинике - отсюда высокий индекс эффективности и высокая пропускная способность клиник со средней продолжительностью госпитализации от 4,8 до 7 дней.

4. Государственный контроль и разработанная система легальных гарантий обеспечивают надежность медицинского обслуживания и использования инновационных технологий как в государственных, так и в частных медицинских центрах.

Табл. №1

Социально-демографические показатели

Автономное сообщество

Площадь: 32.106km²

Население: 7.611.711 жителей

Продолжительность жизни: 81,4 лет

Рождаемость (2007): 11,68 / 1000

Общая смертность (2007): 8,28 /1000

Младенческая смертность: 2,7/1000

ВВП на душу населения (PPP 2008)¹: 110,4

Tourism: 17,335,800 visitors

Высокая концентрация городского населения

Собственный язык и культура

Занятость по секторам :

- Услуги 65,42 %
- Промышленность 21,43 %
- Строительство 11,40 %
- Сельское хозяйство 1,74 %



Source: IDESCAT
RCA2009
(1) UE-15=100

Система здравоохранения Каталонии

Каталония - один из самых развитых и богатых регионов Испании, дающий стране 25% её ВВП. Статус автономии Каталония получила в 1979 году.

В регионе есть свои правительство, парламент и силы полиции. Как и остальные автономии. С 1981 года в результате децентрализации государства Каталонии было отдано право руководить региональным здравоохранением.

Каталония и Страна Басков стали первыми регионами Испании, где были созданы специальные организации по оценке медицинских технологий и исследований. Также Каталония первой изменила систему финансирования медицинских учреждений. Изначально не было предварительного согласования, все расходы оплачивались задним числом, но после урегулирования системы финансового потока с больницами стали заключать договоры.

Медицинское образование в Каталонии признано одним из лучших в мире.

Оснащенность медицинских учреждений, квалификация персонала и качество лечения находятся на высоком уровне - все это контролирует Департамент здравоохранения Каталонии.

Главная задача Департамента здравоохранения Каталонии – контроль за качеством медицинской помощи.

В ходе проведения реформы здравоохранения в Каталонии за основу была взята система здравоохранения Великобритании (с модификациями).

Принципы Каталонской системы здравоохранения:

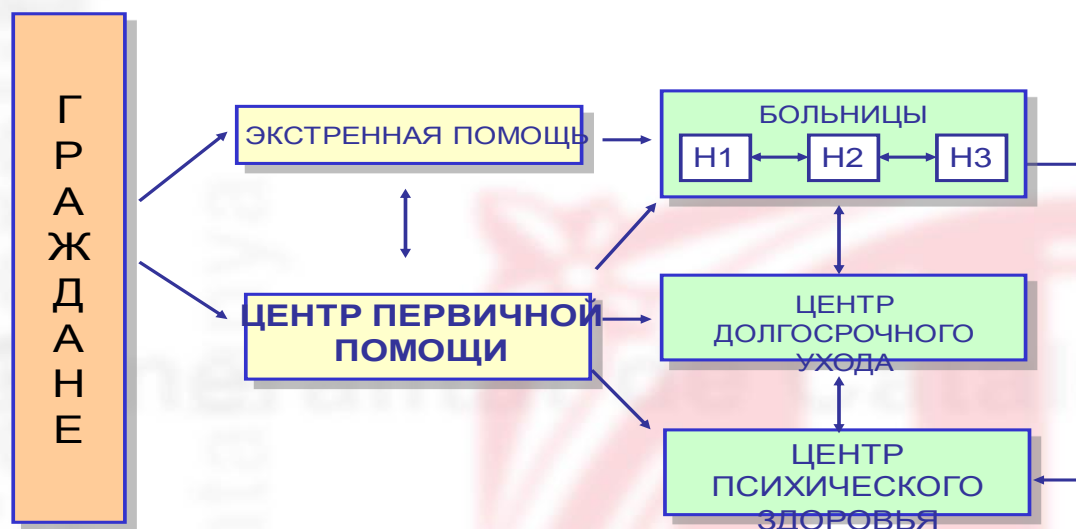
- Качество;
- Равенство (справедливость);
- Децентрализация;
- Эффективность;
- Трансверсальность;
- Интеграция;
- Участие;
- Прозрачность,
- Дополняемость и взаимозаменяемость.

Статистика здравоохранения Каталонии:

- Врачей – 4,9 человека на 1000 населения;
- Медицинских работников (врачей и медсестер) – 65663 человека;
- Больничных коек – 47 коек на 10000 населения;
- В палатах интенсивной терапии – 24 койки на 10000 населения;
- Средняя продолжительность пребывания в стационаре – 4 -5 дней;
- Реабилитация на дому осуществляется в 50% случаев;
- Расходы на здравоохранение на душу населения в 2011 году - €1500 (евро) (около 5% от ВВП Каталонии, в целом по Испании –6,0%).

Всего в Каталонии 348 медицинских учреждений — 30 % принадлежит государству, остальные 70 % представляют собой медицинские центры различной формы собственности (частные, под патронажем церкви, муниципалитета и т. п.). Больших различий в оказании услуг между частными и государственными клиниками нет.

Организация, ориентированная на клиента



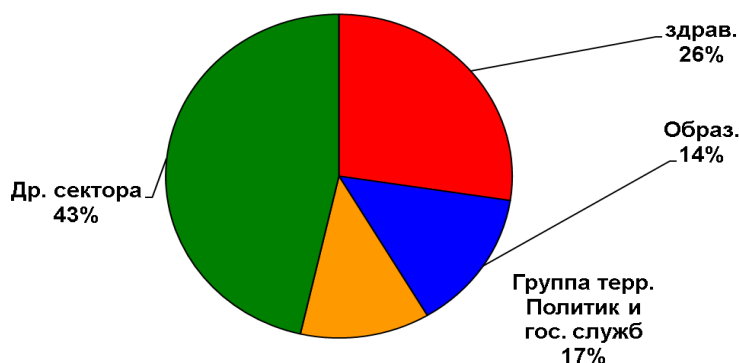
Медицинскую помощь оказывают государственные медицинские центры каталонского Департамента здравоохранения (около 20%), медицинские центры различной формы собственности с участием различных фондов, муниципалитета, церкви, обслуживающие каталонцев на контрактной основе (около 70%), и частные центры (10%).

В 2010 году финансирование государством на 1 жителя составило 1237 евро (плановые назначения на 2011 год устанавливались— €1500 на душу населения). Доля бюджета здравоохранения в областном бюджете Каталонии приведена в таблице.

Табл.2

Бюджет здравоохранения в бюджете в областном бюджете Каталонии на 2010

Областной бюджет Каталонии на 2010: 39.699 миллиарда евро



 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

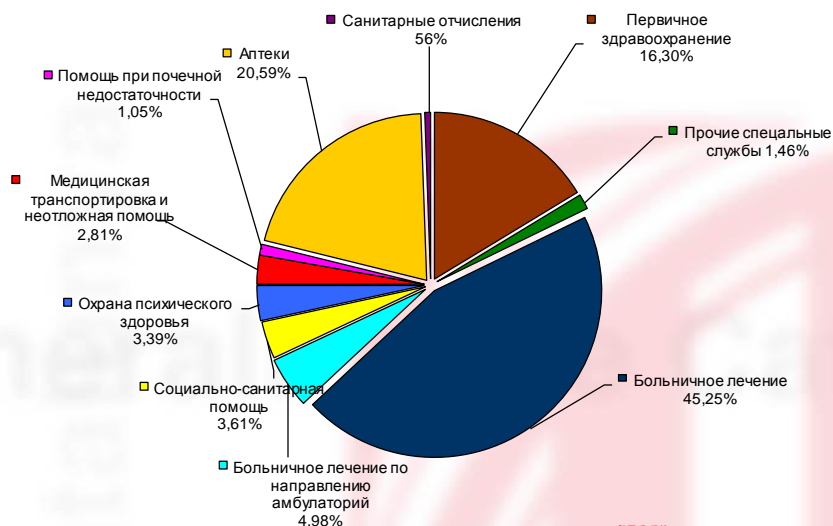
В государственных медицинских учреждениях медицинская помощь гражданам Каталонии оказывается бесплатно (исключая пластическую хирургию, ортопедическую и эстетическую стоматологию). Однако пластическая хирургия тоже может быть бесплатной, если операция выполняется по медицинским показаниям (после ранений, ожогов и т.п.).

Лекарства по рецептам семейных врачей в аптеках отпускаются по льготной стоимости (40% стоимости компенсирует государство). Функциональная структура бюджета министерства здравоохранения Каталонии приведена в таблице №3.

Табл.3

Функциональная структура бюджета DS/CatSalut / ICS 2010

Budget DS/CatSalut / ICS 2010: 9.779,81 миллионов евро



 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Создание центров первичного обслуживания – самое важное в организации здравоохранения Каталонии. Центр управляется кооперативом врачей. На одной территории создается по одному однотипному медицинскому учреждению для того, чтобы избежать конкуренции в государственных учреждениях. Учреждения амбулаторного профиля работают по территориальному принципу, примерно, на 25 тысяч жителей.

Сеть государственных учреждений здравоохранения в автономии выглядит следующим образом:

- 367 участков первичной помощи плюс 827 местных центров;
- 348 медицинских учреждений,
из них – 64 больницы неотложной помощи на 14072 койки;
- 23 психиатрических центра.

Лаборатории работают, как правило, самостоятельно, обслуживая несколько амбулаторных учреждений, так как нет смысла (дорого) содержать их в каждом первичном учреждении.

В Каталонии, наряду с семейными врачами, есть педиатры (в Голландии, Швеции, Великобритании нет педиатров, только врачи общей практики и «узкие» специалисты).

При амбулаторном посещении медицинского учреждения человек не может напрямую записаться на визит к «узкому» специалисту. Только семейный врач или педиатр могут записать пациента на визит к специалисту. 95% граждан получают медицинскую помощь только у первичного врача (семейный врач, педиатр) и не направляются к специалистам.

Каждый житель Каталонии может самостоятельно обратиться в службу экстренной (неотложной) помощи, но это также не значит, что он получит доступ к посещению «узкого» специалиста.

Существуют листы ожидания на прием к специалисту, примерно 127 дней при направлении из первичного звена. Средний лист ожидания для планового хирургического вмешательства 73,1 дня.

Личные расходы населения на здравоохранение в 2011 году составляют €560-625, из них 50,29% составляют расходы на стационарную медицинскую помощь – высокие медицинские технологии требуют больших затрат, 16,47% - первичная медицинская помощь – в среднем каталонцы делают 6-7 посещений врача в год, можно предположить, что диспансеризацию проходят все, 21,49% - расходы на лекарства, пенсионеры и инвалиды получают их бесплатно, а для тех, кто покупает лекарства по рецептам семейного врача, государство компенсирует 40% стоимости, 5,76% - транспорт, авиация, при том, что медицинские центры построены таким образом, что 99% населения могут добраться до них на автомобиле за 30 минут, 3,09% - социальная и санитарная помощь и 2,90% - психиатрическая помощь.

Динамика затрат (финансовая устойчивость) на душу населения приведена в приложении (см. таблицу №4).

Табл.4

Финансовая устойчивость: динамика затрат на душу населения

Динамика бюджета здравоохранения	2003	2007	2011
Население	6.506.440	7.324.047	7.600.000
Бюджет	5,6 В €	8,831 В €	11,4 В €
Бюджет/ВВП	3,6%	4,2%	4,7%
Частные расходы/ВВП*	1,6%	1,8%**	1,8% / 2%
Госрасходы на душу населения	860 €	1.184,86 €	1.500 €
Частные расходы на душу населения	363 €	470€**	560 € / 625 €

* Источник: внутренняя информация с использованием данных по объему частных расходов, разделенных на общие расходы на здравоохранение, согласно «Отчету о финансовой устойчивости и территориальному балансу системы здравоохранения Испании до 2015 года».

**2006

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Заключаются разные типы контрактов для центров первичной помощи и многопрофильных стационаров, так как существуют разные статьи расходов на амбулаторную стационарную помощь.

Пожалуй, самым неожиданным было то, что нам показывали государственные центры, где получают медицинскую помощь каталонцы, и

частные медицинские центры, изначально рассчитанные на платные услуги. Большой разницы между этими клиниками нет - и уровень оснащенности, и качество медицинской помощи на самом высоком уровне.

Есть еще одна особенность каталонских медицинских центров: все клиники – многопрофильные, мало того в одном отделении могут находиться пациентка после родов и травматологический больной.

В госпиталях Каталонии реализован проект по трансформации и модернизации медицинских информационных систем для повышения качества медицинского обслуживания пациентов из этого региона Службой ICS.

Служба ICS является ведущим поставщиком медицинских услуг в Каталонии. Более 35 тысяч ее специалистов обеспечивают 80% услуг в области оказания первой медицинской помощи жителям Каталонии и 30% медицинского обслуживания в стационарах. Соглашение с IBM предусматривает трансформацию всех этапов медицинского обслуживания пациентов и является основой для перестройки всей системы здравоохранения в регионе.

Кроме того, IBM занимается проектированием и внедрением новой модели управления всеми финансовыми и хозяйственными процессами, цепочкой поставок и логистикой, управления персоналом, призванную повысить эффективность работы сотрудников, и новую систему управления обслуживанием пациентов и работой клиник.

Создана система электронных историй болезни пациентов, доступной медицинскому персоналу в каждом госпитале. В этой хранятся такие критически важные данные, как информация о перенесенных заболеваниях, результаты медицинских обследований и сведения об аллергических реакциях. Пациенты получают более качественные услуги благодаря сокращению времени ожидания медицинского обслуживания, организации единого медицинского архива консолидированной, актуальной информации и обеспечению конфиденциальности данных, хранящихся в защищенной информационной системе.

Медицинским работникам обеспечен доступ в удобных для них режиме к истории болезни каждого пациента, включающей рентгеновские снимки и результаты ультразвукового сканирования, что позволяет ставить более точный диагноз и выписывать соответствующие лекарственные препараты. Предусмотрено администрирование работы госпиталей, которые получают передовые средства управления заработной платой и банковским обслуживанием, а также модернизированную систему составления графиков рабочих смен. Большинство клиник Барселоны входит в состав ВСМ. Barcelona Centro Médico (ВСМ) – это единый международный отдел, созданный по инициативе Правительства Каталонии и Мэрии Барселоны при двадцати лучших клиниках Барселоны специально для координации лечения иностранных пациентов. Сотрудничество между 20 медицинскими центрами позволяет предоставить весь спектр высокотехнологичной медицинской помощи в любой области медицины, что выгодно отличает Барселону от

большинства других европейских городов.

Дирекция клиник и исполнительный Директор ВСМ доктор Энрик Майолас – ранее один из руководителей Министерства Здравоохранения Каталонии. В свою очередь, Исполнительный Комитет ВСМ и Международный Совет Аккредитации предоставляют гарантии высочайшего уровня медицинского персонала и технического оснащения центров.

В ВСМ входят лучшие клиники Барселоны.

Среди клиник – такие центры, как например, Barraquer (самый престижный офтальмологический центр в Европе), Fundació Puigvert (крупнейший центр урологии, андрологии и нефрологии в мире), Instituto Marques (центр с лучшими показателями эффективности ЭКО в Европе) или San Joan de Deu (пользующийся репутацией одного из трёх лучших центров педиатрии в мире).

Среди врачей, работающих в клиниках ВСМ, такие специалисты пользующиеся международным авторитетом , как доктор Антонио де Ласи (Президент Европейского Сообщества Эндоскопии, пионер NOTES-хирургии), Хосе Басельга (Президент Европейского Сообщества Онкологии, мировой лидер в лечении рака), Норберто Вентура (ведущий специалист в мире в лечении сколиоза у детей), Энрике Феррер (пионер роботизированной нейрохирургии), Рамон Кугат и Рафаэль Гонсалес-Адрио (знаменитые эксперты по протезированию бедра и колена) или Раймон Миралбель (ведущий специалист в разработке новых методов лучевой терапии в онкологии)

В ВСМ есть Русский Отдел. Это позволяет пациентам из России и других стран СНГ обращаться напрямую в наши клиники, избегая услуг посредников.

Ведущие направления медицины Барселоны :

Офтальмология

Офтальмологический центр Barraquer - возможно, наиболее престижный центр офтальмологии в мире. Здесь проводится более 15 000 хирургических операций в год, из которых более 300 – трансплантации роговицы. Главы государств, обладатели Нобелевских премий – пациенты этой клиники.

Ортопедия

Врачи Барселоны обладают огромным опытом в оперативном лечении позвоночника, эндопротезировании бедра и колена по новейшим методикам (металл-металл), в применении которых они были пионерами в Европе. Возможно, город знаменитой футбольной команды Барса и других титулованных спортсменов просто обязан был располагать технологией и врачами самого высшего уровня для лечения травм и ортопедических проблем. Сегодня эти же специалисты могут оказать помощь Вам.

Пластическая хирургия

В таких клиниках ВСМ как TEKNON, QUIRON или центр PLANAS работают пластические хирурги, пользующиеся мировой известностью. Самое значительное событие в мире в этой области – Международный Конгресс по Пластической и Эстетической хирургии – проводится в Клинике PLANAS.

Помимо хирургической коррекции эти центры предлагают проведение персонализированных программ в области диетологии и антивозрастной медицины.

Общая Хирургия

Среди барселонских специалистов в этой области – несколько врачей, являющихся мировыми лидерами в разработке и внедрении новых методик хирургии желудочно-кишечного тракта, прежде всего лапароскопической хирургии и транслюминальной хирургии NOTES – эндохирургического вмешательства через естественные отверстия. Операции по этим минимально инвазивным методикам как в области онкологической хирургии, так и в случае патологий иного характера, позволяют свести к минимуму возможные осложнения, добиться минимальной кровопотери и резкого сокращения сроков послеоперационного восстановления, обеспечивают полное отсутствие шрамов. Пионеры проведения операций по этим методикам в Европе

Стоматология

Такие клиники ВСМ как Aragisio или Miravé используют суперсовременные разработки в этой специальности (зигоматические импланты для пациентов с атрофией костной ткани, протезы, свободные от металлов для аллергиков...). Центры располагают новейшими по своему оснащению операционными и видными специалистами не только в области стоматологии, но и общей хирургии, что позволяет предлагать все виды стоматологических услуг даже для пациентов, страдающих «ограничительными» заболеваниями, например, диабетом.

Онкология

В Барселоне расположено несколько известнейших онкологических центров, прежде всего IMOR, TEKNON или Instituto José Baselga de QUIRON. Новейшие методики диагностики, мультидисциплинарный подход к лечению рака, при котором используются все последние достижения в области лучевой терапии, хирургии, химиотерапии. Кроме того центры предоставляют возможность немедленной реконструктивной хирургии, помощи психолога, специального отдела эстетики, а также альтернативной терапии. Среди специалистов барселонских центров – исследователи и врачи, пользующиеся мировой известностью (так, например, Хосе Басельга, Президент Европейского Общества Онкологии, является единственным европейским врачом – Членом Американского Совета по Раку).

Нейрореабилитация

Университетская Клиника нейрореабилитации Instituto Guttmann, располагающая опытом терапии более 14 000 больных с тяжёлой неврологической патологией, достигает официально зарегистрированной цифры 95% успеха в разрешении поставленных реабилитационных задач - по оценке по международной шкале FIM (functional independent measure) – результат, равный и в некоторых случаях превосходящий аналоги американской NSCISC (National Spine Cord Injured USA). Будучи крупнейшим научно-исследовательским институтом в своей области и

центром экспериментальных технологий, Instituto Guttmann располагает самым современным оборудованием в Европе – в том числе разработанными в Институте экзоскелетами и центром виртуальной стимуляции.

Мультидисциплинарный подход к терапии, при котором учитываются как все медицинские показатели, так и психологические, социальные и семейные обстоятельства, позволяет обеспечить самую разностороннюю поддержку и адаптацию пациента.

Нейрохирургия

Сразу несколько команд барселонских нейрохирургов являются пионерами новых малоинвазивных методик в нейрохирургии: нейромикрохирургии, нейронавигации, роботизированной теленейрохирургии, введении виртуальной реальности в ходе нейрохирургических операций, введения системы магнитной транскранеальной стимуляции. Высочайшие успехи в оперативном лечении опухолей и патологий головного и спинного мозга, заболеваний периферических нервов и тройничного нерва, хирургии эпилепсии и болезни Паркинсона. Первый международный проект теленейрохирургии также координируется в Барселоне.

Сердечно-Сосудистая Хирургия

Среди нескольких блестящих команд в этой области особенно выделяются специалисты в области ангиопластики, эндолюминальной и интервенционной хирургии, эндоваскулярном лечении аневризмы брюшного отдела аорты, коронарной реимплантации, а также трансплантации сердца. Отметим также выдающиеся успехи барселонских врачей в области сердечно-сосудистых операции у детей: внедрение экспериментальных методик, позволяющих устранить врожденные патологии сердца, заслужило детским хирургам Барселоны мировое признание.

Урология

Университетская клиника Instituto Fundació Puigvert является самым крупным центром урологии, андрологии и нефрологии в мире. Здесь ежегодно проводится более 5 000 урологических операций, около 1 600 операций в области репродуктивной медицины, и более 90 трансплантаций почки, большая часть которых - живого донора. В центре используются самые передовые методики, только в области радиохирургии предстательной железы около 250 операций в год осуществляется при помощи робота Da Vinci.

Отоларингология

Instituto García-Ibañez является известнейшим центром в своей области в мире, пионер в применении новейших методик в микрохирургии, неврологии, кохлеарном имплантировании, лечении периферического головокружения.

Педиатрия

Университетский центр Hospital San Joan de Deu является пионером многочисленных новейших методик в бионике, трансплантологии, гематологии, онкологии, хирургии детской эпилепсии и сколиоза, более 200 операций в области сердечно-сосудистой хирургии в год. Репутация одного

из лучших центров педиатрии в мире.

Гинекология и репродуктивная медицина

В медицинских центрах, входящих в ВСМ, каждый год принимается более 12 000 родов (33 % - кесарево сечение). Многие испанские и иностранные пары предпочитают родовспоможение в частных клиниках Барселоны: с одной стороны, эти медицинские центры традиционно располагают блестящими специалистами в области акушерства и неонатологии, с другой - их отличает высочайший уровень комфорта. Испания также занимает одно из ведущих мест в мире в области репродуктивной медицины и является первой страной Европы по приёму иностранных пациентов для лечения бесплодия: только в медицинских центрах ВСМ ежегодно прибегают к Технике

Экстракорпорального Оплодотворения более 5 000 иностранных пар. С одной стороны, это объясняется тем, что испанское законодательство отличается от других стран более мягкими законами о применении Вспомогательных Репродуктивных Технологий, а с другой – высочайшим уровнем барселонских клиник в этой области. Так, по статистике пациенты Instituto Marques клиники СИМА до своего обращения сюда прошли в среднем 3,8 курсов лечения бесплодия в других центрах. Эффективность ЭКО среди этих пациенток – 40% в случае женщин старше сорока лет. Один из самых высоких результатов в мире.

Трансплантация

То обстоятельство, что Каталония является мировым лидером в области донорства органов, во многом объясняет богатейший опыт и блестящие результаты барселонских врачей в этой области. Пересадка костного мозга, а также трансплантация почки и печени живого донора разрешаются испанским законодательством и для иностранных пациентов.

Сравнительный анализ систем здравоохранения мира

Как известно, в современном мире сложилось три основных системы здравоохранения и ряд комбинированных, содержащих элементы трёх основных в разной интерпретации. Упомянутые основные системы следующие:

- Национальная (государственная) система здравоохранения, финансирование которой осуществляется из бюджетных средств, собираемых путем налогообложения. Базовым образцом данной системы является система Семашко, которая была модифицирована в Великобритании и названа системой Бевериджа. Сегодня единая государственная система здравоохранения практикуется в 9 европейских странах: Дании, Испании, Финляндии, Великобритании, Греции, Италии, Ирландии, Португалии и Швеции.

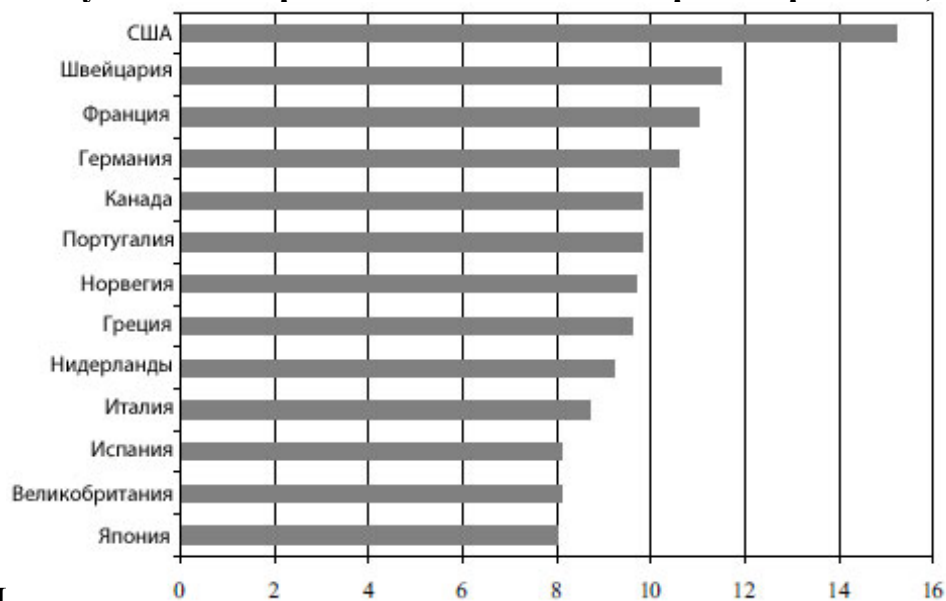
- Общественная (страховая) система здравоохранения, финансируемая из средств обязательных взносов страхования. В настоящее время система медицинского страхования введена в 25 странах, в которых проживают около 1 млрд. человек, что составляет почти 18% населения земного шара. В Австрии, Бельгии, Франции и Люксембурге финансирование осуществляется

через систему социального страхования, которое распространяется на все население. В Нидерландах им охвачено 70% населения, в Германии 85% населения охвачено обязательным страхованием. В Бельгии, Италии, Норвегии и Франции размеры страхового взноса носят дифференцированный характер в зависимости от дохода, когда реально осуществляется принцип солидарной справедливости. В других странах этот взнос фиксирован для всех граждан независимо от дохода. По этой причине эффективность данной системы здравоохранения в странах различна.

- Здравоохранения, основанное на частной (добровольной) системе страхования, осуществляемое преимущественно на средства, собираемые от граждан страхующих самих себя частным образом. Формы частного страхования весьма многообразны. В Нидерландах им охвачено 40% населения. В Бельгии схемы частного страхования используются для оплаты тех услуг, которые не входят в схемы национального медицинского страхования.

Ученые неоднократно предпринимали попытки сравнительного анализа систем здравоохранения в разных странах. Согласно исследованиям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), складываются следующие статистические данные:

Совокупные расходы на здравоохранение, % от



ВВП

Рейтинг систем здравоохранения по версии ВОЗ

Страна	Место в рейтинге	Страна	Место в рейтинге
Франция	1	Швейцария	20
Италия	2	Бельгия	21
Сан-Марино	3	Колумбия	22
Андорра	4	Швеция	23
Мальта	5	Кипр	24
Сингапур	6	Германия	25
Испания	7	Саудовская Аравия	26

Оман	8	Объединенные Арабские Эмираты	27
Австрия	9	Израиль	28
Япония	10	Марокко	29
Норвегия	11	Канада	30
Португалия	12	Финляндия	31
Монако	13	Австралия	32
Греция	14	Чили	33
Исландия	15	Дания	34
Люксембург	16	Доминиканская Республика	35
Нидерланды	17	Коста Рика	36
Великобритания	18	США	37
Ирландия	19	Словения	38

В статистическом отчете Всемирной организации здравоохранения ВОЗ за 2009 год отмечается крайне невысокий уровень государственных расходов на здравоохранение в России.

В ряде стран Европейского региона, таких как Италия, Греция, Испания и Великобритания государственная система здравоохранения успешно комбинируется с общественной, когда для финансирования медицинского обслуживания используются также и средства добровольного медицинского страхования.

Одним их актуальным аспектов при обзоре систем здравоохранения разных стран является анализ практикуемых систем оплаты медицинского обслуживания. Общеизвестно, что национальные системы оплаты труда медицинских работников неразрывно связаны со сложившимися системами оплаты услуг. Оплата медицинских услуг может осуществляться центральным фондом либо напрямую, либо косвенно - путем возмещения затрат пациентов, оплачивающих медицинские услуги. Возмещение затрат может быть частичным или полным. Этот вопрос весьма актуален для современного российского здравоохранения. Международный опыт свидетельствует о том, что в ряде случаев схемы частичного возмещения затрат на медицинское обслуживание оказывают позитивное финансовое влияние на партнёрское взаимодействие между врачом и пациентом. В ряде стран уже сложилась практика подобного софинансирования, носящая различные формы. В частности, размер соплатежа за фактически оказанные услуги в виде определённой доли стоимости услуги или фиксированной ставки может устанавливать государство. Например, в Германии с 2004 г. установлен такой платёж за оказанную амбулаторную помощь в размере 10 Евро. Есть точка зрения, полагающая, что схемы софинансирования сокращают чрезмерное использование медицинских услуг в ряде случаев предоставления медицинской помощи. Однако есть также данные свидетельствующие о том, что такие меры не предотвращают чрезмерное использование медицинских услуг. Совершенно очевидно, что схемы софинансирования могут негативно повлиять на группы населения с низким уровнем доходов и в определенном смысле ограничить доступность

медицинской помощи, что может иметь место в странах с низким уровнем дохода для подавляющего большинства граждан.

По данным ВОЗ, на начало XXI века в мире ежегодные расходы на здравоохранение составляли около 1700 млрд. долларов США. Поскольку здравоохранение входит в общественный сектор экономики, то эти расходы не могут естественным путем регулироваться рыночными механизмами, а в большей степени координируются государством.

Инвестиции в здравоохранение имеют две экономические функции:

- обеспечивают достижение одной из главных целей любой нации - «максимально достижимый» уровень здоровья;
- направлены в трудовой ресурс, то есть повышают эффективность экономики.

Следует отметить, что Россия относится к небольшому числу стран, которые тратят на здравоохранение значительно меньше возможного. Кроме того, негативную нагрузку выполняет известный дисбаланс расходов на отдельные виды медицинской помощи, которые в структуре финансирования делятся следующим образом:

1. скорая медицинская помощь - 9%,
- 2 амбулаторно-поликлиническая помощь - 27%,
3. стационарная помощь - 64%.

Система здравоохранения России

Душевые расходы на медицину в России в 5-6 раз ниже, чем в странах Европы. Решать проблему можно с помощью «новых форм оказания медицинских услуг», в рамках которых учреждения получают деньги не за факт своего существования, а за объем и качество предоставляемых услуг.

В действительности финансирование больниц и поликлиник уже сегодня напрямую связано с количеством пациентов, а также объемом медицинских услуг, анализов и процедур. Сам объем услуг фиксируется с помощью индивидуального полиса медицинского страхования, о существовании которого известно каждому жителю страны. Но фундаментальные проблемы отечественной медицины вовсе не ограничиваются избытком коек в больницах или сохранением элементов сметного финансирования. Причины провалов в постоянном недофинансировании здравоохранения, а также в неудачах внедрения системы обязательного медстрахования (ОМС). Согласно статистического отчета Всемирной организации здравоохранения ВОЗ за 2009 год в России отмечается крайне невысокий уровень государственных расходов на здравоохранение. Так, государственные расходы на здравоохранение на душу населения в России составляют всего 441 доллара США в год, тогда как в Каталонии 1 136,89 евро (1512,06 доллара США в 2009 году и 1995 доллара США в 2011 году) во Франции – 2727 доллара США, в Финляндии – 2018 доллара США, в Германии – 2664 доллара США. В России же государственные душевые расходы на здравоохранение примерно находятся на уровне центральноафриканского государства Габон (458 долларов). Таким

образом, государственные расходы на систему здравоохранения в России в 4-5-6 раз ниже, чем в развитых странах, таким образом, исключительно скромный бюджет медицины не позволит рассчитывать на исправление ситуации. В своем отчете ВОЗ отмечает, что Россия отстает не только по абсолютному, но и по относительному уровню финансирования медицины. Так, общие расходы на здравоохранение в России находятся на уровне 5,4-5,3% ВВП, тогда как в Португалии они составляют 8,8-10,2 ВВП, в Норвегии - 8,4-8,7% ВВП, во Франции 10,1-11% ВВП, а в Финляндии – 7-8,2% ВВП. В среднем по ЕС 6,4%, Испания (1) 5,4% Каталония (2) 4,6% - 4,7%.

В последнее десятилетие произошли существенные изменения в больничных учреждениях России (вместе с диспансерами, имеющими стационары), число которых уменьшилось на 40,9%. Кочный фонд сократился в целом по стране на 18,7%. Обеспеченность населения койками уменьшилось на 17,4%. Средняя занятость койки увеличилась на 3,8%, а средняя длительность пребывания уменьшилась на 16,9%. Отмечен небольшой рост госпитализации.

В 2009 году в целом по стране функционировало 5877 всех стационаров, из них - 5084 больничных учреждений и 793 диспансера, имеющих стационары. За период 2000 - 2009 гг. число всех стационаров уменьшилось на 40,9% (число больничных учреждений и диспансеров, имеющих стационары, уменьшилось на 42,6% и 26,8% соответственно).

Из числа всех стационаров - 86,5% приходится на больничные учреждения. В 2009 году в Российской Федерации функционировало 793 диспансера, имеющих стационары. В динамике за последние десять лет их число сократилось на 26,8%.

В 2009 году показатель госпитализации в целом по стране составил 22,5 на 100 населения.

В 2009 году в целом по стране койный фонд составил 1 млн. 278932 койки.

За 2000 – 2009 гг. число коек уменьшилось на 294968 коек или на 18,7%.

Обеспеченность населения койками в 2009 году в целом по стране составила 90,1 на 10000 населения и за последние десять лет уменьшилась на 17,4%. В Каталонии Общее число коек в стационарах: 48 (на 1.000 жителей), что почти в два раза меньше российских показателей.

Показатель средней занятости койки в году (среднее число дней работы в году) в России является одним из важнейших критериев объема деятельности стационара и эффективности использования его койного фонда. Средняя занятость койки во всех больничных учреждениях, включая стационары диспансеров в целом по стране в 2009 г. составляла 325 дней в году и за период 2000 – 2009 гг. увеличилась на 3,8%.

Средняя длительность пребывания больного на койке в целом по стране в 2009 г. составила 12,8 дней. В динамике за последние десять лет наблюдалась тенденция снижения этого показателя (2000 г. - 15,4 дней, 2001 г. - 15,0 дней, 2002 г. - 14,7 дней, 2003 г. - 14,4 дня, 2004 г. - 14 дней, 2005 г. -

13,8 дней, 2006 г. - 13,6 дней, 2007 г. - 13,2 дня, 2008 г. - 13,1 дней, 2009 г. - 12,8 дней) в стационаре в целом по стране, что является отражением интенсификации лечебно-диагностического процесса внедрения новых медицинских технологий и соответствует современным требованиям и более рациональному использованию коечного фонда.

Анализ распределения показателя средней длительности пребывания больного на койке в стационаре показал, что в 2009 г. этот показатель для стационаров составил 12,8 дней (в больницах - 12,2 дня, в диспансерах - 25,1 дней), в больницах – 14,9 дней,

Средняя длительность пребывания больного на койке в диспансерах в целом по стране в 2009 г. составила 25,1 дней.

Выводы

Основная цель настоящего отчета состоит в представлении накопленного международного опыта по выбору направлений стратегического развития национальных систем здравоохранения, в том числе на примере испанской системы здравоохранения.

В настоящее время в мире нет идеальной системы здравоохранения.

Анализ систем здравоохранения в разных странах выявляет актуальные проблемы мирового здравоохранения и модели систем здравоохранения, т. е. развитие здравоохранения на международном и национальном уровнях. Выявляется тенденция конвергенции существующих систем здравоохранения в мире.

Обзор систем здравоохранения в странах мира базируется на полученной информации, статистических данных и приобретенном опыте в процессе проводимой стажировки.

Опыт сотрудничества способствовал созданию эффективных, проблемно ориентированных учебных программ для отечественных специалистов, работающих в качестве организаторов здравоохранения.

Развитие здравоохранения в 21 веке зависит от прогресса медико-биологической науки и использования инновационных учебных технологий в процессе подготовки медицинских кадров, особенно на уровне непрерывного профессионального образования, обеспечивающее качество и эффективность лечебно-профилактической помощи населению.

Рассмотрены отдельные стратегии реформирования здравоохранения, реализуемые в настоящее время в мире. Несмотря на единство основных задач, стоящих перед органами управления здравоохранением в разных странах и направленных на сдерживание расходов на медицинские услуги и поиск новых подходов к улучшению здоровья населения, выбор конкретных стратегий в значительной степени обусловлен национальными условиями, среди которых доминируют ситуация со здоровьем населения, финансовые возможности государства и активность общества, степень развития рыночных отношений. Стратегии, реализуемые сегодня в мире, можно разделить на две группы: стратегии государственного уровня, направленные на сохранения здоровья в целом и стратегии, обусловленные модернизацией самой системы

здравоохранения (внутриотраслевые) и связанные с изменением механизмов финансирования, управления и подходов к лечению пациентов. При этом все эти стратегии преследуют цель повышения эффективности системы здравоохранения как средства улучшения состояния здоровья населения. Среди стратегий общегосударственного уровня особое место занимает стратегия учета интересов здоровья населения в деятельности всех секторов экономики и социальной сферы, направленная на усиление их взаимодействия с государством в целях реализации ключевой социальной задачи государства – охраны здоровья. Среди стратегий развития здравоохранения внутриведомственного плана наиболее перспективной, стоящей вне конкуренции с другими подходами по-прежнему остается укрепление первичной медицинской помощи как на основе развития семейной практики (Испания), так и формирования лечебно-диагностических центров. Все более широкое распространение в мире получает стратегия увеличения доли частного сектора в оказании стационарной помощи, который становится достойным конкурентом государственным больницам. В области организации лечебно-диагностического процесса разрабатывается и внедряется «программа ведения болезней», предусматривающая оказание медицинской помощи в учреждениях разного уровня, в наибольшей степени соответствующих состоянию больного и интересам здравоохранения. Стратегия ВОЗ, провозгласившая «развитие помощи, ориентированной на человека», отличается сочетанием комплексного подхода к оказанию помощи и ее индивидуальной направленности, что обеспечивается необходимым набором лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, предоставляемых врачом первичного звена, или специально организуемых в других учреждениях. Функционирование здравоохранения в условиях рынка медицинских и страховых услуг способствовало введению «регулируемой конкуренции», с помощью которой органы управления здравоохранением осуществляют внедрение в деятельность учреждений здравоохранения нормативных и регламентирующих инструментов (систем управления качеством и пр.). Другим ведущим направлением в области управления здравоохранением стало создание различных форм интеграционного взаимодействия. Так, объединение учреждений здравоохранения в экономически выгодные сети позволяет более полно удовлетворять потребности обслуживаемого населения и снижать негативные последствия нарастающей конкуренции. Интеграция медицинских сетей со страховщиками, опыт организации которой широко распространен в США, призвана гарантировать устойчивость в их финансировании. Заслуживает внимания и кластерная модель взаимодействия государства, учреждений здравоохранения, образования, науки и бизнеса в целях обеспечения инновационного развития отрасли, повышения экономической стабильности всех участников. Не теряют своей актуальности стратегии, направленные на рациональное использование трудового потенциала здравоохранения и повышение эффективности процесса управления на основе современных информационных технологий.

С середины XX века развитие здравоохранения в мире происходило под знаком интенсивной реорганизации. Несмотря на существенные различия в ресурсной обеспеченности национальных систем здравоохранения, их организации, эффективности функционирования, причины, приведшие к необходимости перемен, были обусловлены, прежде всего, нехваткой финансирования. В здравоохранении богатейших странах постоянного пересмотра стратегий требовали такие объективные факторы, как технологическое развитие медицины, старение населения, организационные издержки и т.д. Низкий уровень жизни населения, низкие показатели здоровья, повышенная смертность, угрозы распространения инфекционных заболеваний стали основной причиной для перемен в здравоохранении бедных стран. Политические трансформации в Восточной Европе, социально-экономические потрясения на территориях стран бывшего СССР, негативным образом отразившиеся на уровне здоровья населения, состоянии систем здравоохранения, обусловили необходимость экстренного проведения реформ. Последним фактором, сказавшимся на состоянии здравоохранения, стал глобальный финансово-экономический кризис (2007-2010 гг.), способствующий во многих странах сокращению социальных программ. Таким образом, различные по природе возникновения кризисы в общественно-политической жизни приводили к пересмотру основных направлений развития здравоохранения и поиску наиболее оптимальных стратегий.

Вместе с тем, характер организационных трансформаций систем здравоохранения определялся не только спецификой возникающих проблем, но также состоянием накопленных теоретических знаний в области проведения реформ и сложившейся общемировой практикой. Во главе процесса реформирования здравоохранения все это время стояли международные организации, претворяющие в жизнь разработанные ими стратегии, которые и обусловили направления развития здравоохранения в мире на длительный период и продолжают реализовываться по настоящее время.

В соответствии с директивными направлениями развитие здравоохранения от экстенсивного периода наращивания кадров, коек, свойственного первой половине XX века, последовательно осуществлялось в направлении введения дополнительных источников финансирования в виде систем социального страхования, привлечения средств потребителей медицинских услуг, государственной поддержки наименее обеспеченных социальных групп, повышения экономической эффективности здравоохранения на основе организационных изменений системы оказания медицинской помощи. Введение современных управленческих механизмов, развитие рыночных технологий, усиление регулирующих функций государства, прежде всего, направленных на борьбу с бедностью и преодоление неравенства в доступности медицинской помощи, а также преимущественное стимулирование мер по охране здоровья в области межсекторального сотрудничества, оздоровления образа жизни (в т. ч. в

отношении вредных привычек), обеспечения целевого подхода к снижению распространения социально значимых заболеваний – все эти подходы составляли суть проводимых преобразований. На их основе в разные периоды времени формировались конкретные стратегии, которые реализовывались в разных странах с различным успехом. Ключевым требованием международных организаций при выборе национальных стратегий было получение максимальной отдачи от систем здравоохранения в отношении обеспечения здоровья населения при ограниченных ресурсах.

Основополагающим документом, определившим развитие здравоохранения на многие годы стала принятая мировым сообществом в мае 1998 г. политика достижения здоровья для всех в двадцать первом столетии, явившаяся продолжением развития концептуальных положений программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Здоровье для всех», одобренной в 1984 г. большинством государств мира и послужившей фундаментальной базой для построения национальных программ развития здравоохранения. Странам было предложено решать вопрос справедливого и эффективного распределения медицинских услуг. Было признано, что страны, использующие свои ресурсы наиболее эффективным образом, смогут лучше обеспечить справедливый доступ к медицинской помощи. Экономическая эффективность и справедливость признаны не противостоящими друг другу понятиями; напротив, экономическая эффективность становится необходимым условием обеспечения справедливости в здоровье. Основной целью политики «Здоровье – 21» признано достижение полной реализации всеми людьми их потенциала здоровья на протяжении всего жизненного цикла.

Условия жизни в постиндустриальном мире, общественное неравенство, либерализация государственной политики, степень демократизации социальной жизни оказали влияние на выбор национальных моделей реформирования здравоохранения. Стратегии, реализуемые сегодня в мире, можно разделить на две группы: стратегии государственного уровня, направленные на сохранения здоровья в целом и стратегии, связанные с модернизацией самой системы здравоохранения (внутриотраслевые), включающие изменение механизмов финансирования, управления и подходов к лечению пациентов.

Среди стратегий общегосударственного уровня, направленных на сохранение здоровья населения, особое место занимает стратегия учета интересов здоровья в политике всех секторов экономики и социальной сферы, направленная на усиление взаимодействия между государственной политикой в области здравоохранения и политикой, проводимой другими секторами в целях сохранения и улучшения здоровья населения. При этом рассматривается воздействие на здоровье, например, сельского хозяйства, образования, охраны окружающей среды, государственной финансовой политики, жилищного строительства, транспорта и пр. Основным элементом данной стратегии является развитие всех сфер общественной жизни с учетом

возможности их позитивного влияния на здоровье, что реализуется на основе межсекторальных механизмов и единстве целей в области охраны здоровья.

На национальном уровне большинство европейских стран уже на протяжении последних тридцати лет реализуют принцип обеспечения равной доступности здравоохранения независимо от возможностей и способностей людей оплачивать услуги. Системы преимущественного финансирования здравоохранения из бюджета действуют в Дании, Финляндии, Ирландии, Италии, Норвегии, Португалии, Испании, Швеции, Великобритании, на основе социального медицинского страхования - во Франции, Германии, Люксембурге, Нидерландах. Социальное страхование здоровья носит обязательный характер. Размер взносов при этом страховании не связан с учетом рисков, а сами взносы, как правило, отделены от других обязательных налогов. В разных странах обязательным медицинским страхованием охвачены или все население, или значительная его часть. Для лиц, не охваченных системой социального медицинского страхования, предусмотрены другие механизмы покрытия расходов на здравоохранение: параллельная система финансирования из бюджета или заключение договоров медицинского страхования.

Наиболее перспективной стратегией развития здравоохранения, стоящей вне конкуренции с другими подходами, по-прежнему, остается укрепление первичной медицинской помощи. Высокая социальная и экономическая эффективность применения этой стратегии доказана мировой практикой. В большинстве стран Европейского региона приоритетом развития системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) стал принцип общеврачебной/семейной практики. Оказание медицинской помощи семейными врачами получило в мире широкое распространение и охватило такие страны, как Канада, Великобритания, Австралия, Новая Зеландия, Скандинавские государства, Греция, Испания, Португалия, Израиль, Индия, Сингапур.

В отечественном здравоохранении, начиная с 90-х годов, стремились перенести акцент на первичную медицинскую помощь, однако, попытки увеличения количества общеврачебных практик не привели к масштабному внедрению данной технологии, а, несмотря на развитие дневных стационаров, коечный фонд уменьшался медленно, большая часть финансирования по-прежнему уходила на стационарную помощь.

Все более широкое распространение в мире получает стратегия институциональных преобразований систем здравоохранения на основе использования различных форм собственности. В зарубежных странах в последнее время четко просматривается тенденция увеличения доли частного сектора в оказании стационарной помощи, который достаточно активно конкурирует с государственными больницами, предоставляя качественные услуги и более комфортные условия пребывания. Использование различных форм собственности способствует внедрению рыночных стимулов, повышению качества и эффективности управления ими. Причем характер государственно - частного взаимодействия существенно различается. На

сегодняшний день по видам права собственности на больницы и особенностям управления они подразделяются на больницы, находящиеся в собственности государства и управляемые им (Центральная и Восточная Европа); автономные больницы государственного сектора (Великобритания, Центральная и Восточная Европа); коммерческие предприятия, находящиеся в собственности государства (Казахстан); государственные некоммерческие больницы; больницы, находящиеся в собственности благотворительных групп (религиозных организаций, профсоюзов и др.); акционерные больницы (Грузия), частные коммерческие больницы (США, Франция, Португалия, Испания). Выделяется частное управление больницами, находящимися в государственной собственности (Португалия), государственное управление больницами, находящимися в частной собственности (Великобритания).

По-прежнему не теряет актуальности реализация стратегии структурной реорганизации системы медицинской помощи, предусматривающая реструктуризацию стационарной помощи, которая интенсивно проводилась в Италии, Израиле, Канаде, Дании, Испании, Великобритании, Финляндии, Швеции, США, Японии и др., и уже принесла существенные результаты. За период с 1996 года число больничных коек на душу населения по всему Европейскому региону заметно сократилось, что было обусловлено переходом от стационарных услуг к амбулаторным, интенсификацией использования коечного фонда, а также в ряде специальностей, например, психиатрии - переходом в от стационарного лечения значительной части больных к оказанию помощи на базе местных сообществ. Вместе с тем, успех реструктуризации в значительной степени определялся широким использованием технологических и клинических инноваций, способствующих интенсификации лечебно-диагностического процесса. Наряду со структурными преобразованиями сети учреждений, реструктуризация предусматривала расширение возможностей выбора для пациентов видов медицинского обслуживания и повышение их личного участия в профилактике и лечении.

До настоящего времени не потеряла актуальности стратегия повышения качества и экономической эффективности медицинских услуг, провозглашенная Люблянской хартией еще в 1996 г. и получившая развитие в обеспечении безопасности медицинского обслуживания, повышении внимания к потребностям пациентов, повышении отзывчивости систем здравоохранения к нуждам больных. Последнее положение нашло отражение в новых подходах к лечению пациентов.

В связи с растущей распространенностью хронических заболеваний разрабатываются и внедряются стратегии по изменению подходов к лечению пациентов. Одна из популярных стратегий в организации предоставления услуг связана с разработкой и внедрением, так называемых, «программ ведения болезней», которые в настоящее время в той или иной форме используются в большинстве стран. Ключевая задача этой стратегии заключается в содействии рациональному процессу лечения больных с хроническими состояниями в наиболее подходящих условиях как с

клинической точки зрения, так и с позиции экономической эффективности. Для российского здравоохранения этот принцип обеспечения этапности в оказании медицинской помощи стал основополагающим еще со времен Н.И.Пирогова и составил основу формирования многоуровневой сети медицинских учреждений.

Другая стратегия «медицинской помощи, ориентированной на человека» (по терминологии ВОЗ), реализуется в Европейском регионе. Комплексный характер помощи обеспечивается всесторонним набором лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, либо непосредственно предоставляемых врачом первичного звена, либо специально организуемых в других учреждениях. На Докладе о состоянии здравоохранения в мире в 2008 году были представлены отличительные черты «медицинской помощи, ориентированной на человека» в сравнении с традиционными моделями ее оказания.

Характеристика различных моделей оказания медицинской помощи

Традиционное оказание помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях	Программа борьбы с болезнями	Первичная помощь, ориентированная на человека
<p>Первоочередное внимание уделяется болезни и её лечению</p> <p>Взаимоотношения ограничиваются моментом посещения</p> <p>Эпизодическое оказание лечебной помощи</p> <p>Ответственность ограничивается предоставлением эффективных и безопасных медицинских назначений и рекомендаций во время посещения</p> <p>Пациенты выступают в качестве потребителей приобретенных ими услуг</p>	<p>Акцент на приоритетную болезнь</p> <p>Взаимоотношения ограничиваются рамками реализации программы</p> <p>Предусмотренные программой меры по борьбе с заболеванием</p> <p>Ответственность за достижение целевых показателей по контролю болезни в целевой группе населения</p> <p>Группы населения являются целевым объектом, на который направлены меры по борьбе с болезнями</p>	<p>Акцент на нужды в отношении здоровья</p> <p>Длительные индивидуальные взаимоотношения</p> <p>Комплексное и непрерывное оказание помощи в соответствии с индивидуальными нуждами</p> <p>Ответственность за состояние здоровья всех членов сообщества на протяжении жизни; ответственность за воздействие на детерминанты нарушений здоровья</p> <p>Люди участвуют на правах партнеров в решении вопросов здоровья – как собственного, так и здоровья местного сообщества</p>

Управление системой здравоохранения сводится, в конечном счете, к таким направлениям как: а) формирование рынка медицинских услуг и передача ему основных регулирующих функций с постепенным уходом государства из управления деятельностью учреждений здравоохранения; б) усиление регулирующих функций государства в условиях развития рыночных механизмов, что особенно важно с целью ограничения негативных влияний рынка на доступность медицинской помощи; в) формирование

интегрированных структур, способствующих росту экономического эффекта. Подобные стратегии в основном применяются в странах, осуществляющих рыночно ориентированные реформы социальной сферы в целом, что имеет место и в современной России. В этих условиях чрезвычайно важным становится возрастание регулирующей роли государства как основного гаранта доступности и безопасности медицинской помощи. В то время как обеспечение качества остается ключевой задачей учреждений здравоохранения и индикатором их конкурентоспособности. Роль органов управления в отношении качества сводится к обеспечению условий для формирования и рационального использования соответствующего ресурсного потенциала (материально-технического, кадрового и пр.), а также к стимулированию внедрения систем управления качеством. Потребность в усилении государственного регулирования в области медицинского обслуживания населения послужила основой для реализации следующих конкретных стратегий, к которым относится введение «регулируемой конкуренции» как между медицинскими учреждениями, так и между страховщиками. В этой стратегии широко используются конкурентные механизмы повышения эффективности за счет снижения затрат. В данном контексте весьма интересны создание конкурентных отношений между производителями услуг государственного сектора; установление глобальных бюджетов. В связи с этим подпадают под серьезные опасения по поводу дублирования в конкурирующих учреждениях оборудования и дорогостоящих установок. С целью снижения негативных влияний рынка, например, органы управления здравоохранением Великобритании оставили за собой оценку потребностей населения в медицинских услугах, заключение соответствующих договоров, наблюдение за выполнением этих договоров и принятие других мер, направленных на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

«Распределения ресурсов» предусматривает использование механизмов заключения договоров между страховщиками и медицинскими учреждениями, на основании которых осуществляется оплата услуг, предоставляемых специалистами и учреждениями, реализуются механизмы закупки фармацевтических препаратов и происходит распределение капитала, инвестируемого в здравоохранение. В рамках этой стратегии покупатели медицинских услуг не только обеспечивают распределение ресурсов, но и осуществляют контроль за их использованием и результативностью деятельности учреждений. Таким образом, переход на договорные отношения рассматривается как координирующий механизм, способствующий распределению ресурсов с ориентацией на потребности рынка. Оказание медицинской помощи на договорной основе возлагает на страховщиков и поставщиков медицинских услуг четкие обязательства и создает экономические стимулы для выполнения этих обязательств.

Эффективность национальных систем здравоохранения во многом определяется не только внешними управленческими воздействиями, но и эффективностью работы самих учреждений здравоохранения. В течение

длительного времени в странах Западной Европы проблемы экономической эффективности здравоохранения концентрировались преимущественно на общественном уровне, функционированию учреждений здравоохранения уделялось недостаточное внимание. Это послужило причиной распространения некоторых негативных тенденций, связанных с плохой координацией деятельности отдельных учреждений и секторов здравоохранения, нехваткой адекватной информации о стоимости и качестве услуг, неудовлетворительным управлением капитальными ресурсами, недостаточным и неудовлетворительным управлением текущими средствами. Результатом исправления создавшегося положения стало введение в некоторых странах финансовых стимулов для медицинских учреждений и пациентов, направленных на повышение экономической эффективности деятельности учреждений.

Для нашей страны проблема интеграции учреждений со страховыми организациями не является актуальной из-за ограниченности развития страхового бизнеса и фактического отсутствия конкуренции на рынке медицинских услуг.

Для России в области региональной политики наиболее важен опыт формирования региональных кластеров, наиболее эффективно используемых в целях инновационного развития отрасли. Направления кластерной политики широко реализуются в отдельных странах. В этом плане особый интерес представляют Финляндия, Норвегия и Нидерланды. В Баварии среди 19 сформированных кластеров как наиболее успешные выделены «Биотехнологии», «Медицинская техника». Необходимость использования кластерного подхода в медицине обусловлена усиливающейся децентрализацией управления практической медициной, системами подготовки медицинских кадров и научных исследований. Основой развития медицинского кластера чаще всего становится комплексная структура, включающая представителей науки, медицинского образования, органов власти, практического здравоохранения и бизнеса. Кластеры в системе здравоохранения формируются при наличии в регионе как минимум медицинского университета или высокотехнологичного медицинского центра. Но какими бы глубокими не были структурные преобразования в здравоохранении, в конечном итоге, качество помощи и удовлетворенность пациентов зависят от человеческого фактора.

Что касается одного из самых значимых направлений развития здравоохранения – кадровой политики, то в программах реформирования здравоохранения Европейских стран акцент делается на разработке и реализации стратегий оценки потребности в кадрах, качестве их подготовки, проблеме повышения статуса медицинских сестер. Особое внимание по-прежнему уделяется подготовке ВОП, потребность в которых значительно выше, чем в других специалистах, а также подготовке медицинских сестер. Самое низкое соотношение врачей и медицинских сестер отмечается в Греции, Турции, Португалии, Испании. В Албании, Греции, Болгарии, Польше, Румынии, где медицинские сестры рассматриваются как ассистенты

врачей, и их роль определяется врачами. В Венгрии, Словакии, Чешской Республике они являются самостоятельной независимой категорией медицинских работников.

Не теряет актуальности проблема информационного обеспечения управления. В ряде стран Западной Европы значительные инвестиции осуществляются в разработку информационных систем, в повышение общего уровня компетенции управленческого персонала, а также в разработку более эффективных информационных систем для улучшения процесса принятия решений, касающихся экономической и социальной эффективности. В Великобритании, Греции, Дании, Испании и Швеции были внедрены информационные системы поощрения управленческого персонала и предоставления им права реинвестировать сэкономленные средства в случае принятия оптимального управленческого решения.

Таким образом, на сегодняшний день накоплен большой международный опыт проведения реформ в здравоохранении. Традиционно сложившиеся формы управления здравоохранением в какой-то период перестали отвечать запросам времени.

Существующие системы финансирования и организации здравоохранения не обеспечивали максимальной отдачи в плане улучшения состояния здоровья населения. Дальнейшее развитие здравоохранения помимо активизации роли государства и обеспечения межсекторального подхода к решению проблем здоровья населения, акцентировало внимание на системе медицинской помощи. Предоставление услуг в сфере здравоохранения – это возможно наиболее заметная и широко обсуждаемая функция, которой было уделено значительное внимание в ходе реформ здравоохранения в течение последнего десятилетия, что нашло отражение в приоритете развития первичной медицинской помощи, увеличении инвестиций, повышении экономической эффективности функционирования учреждений здравоохранения и формировании интеграционных структур, способствующих повышению качества медицинской помощи при рациональном расходовании ресурсов.

Россия вступает в полосу нового, витка реформирования здравоохранения, и у отечественных организаторов здравоохранения есть возможность опереться на отработанный опыт международного сообщества, в том числе опыт Испании, учесть преимущества и подводные камни планируемых преобразований.

Проведенный анализ развития систем здравоохранения в мире показал, что в мире идет интенсивный поиск наиболее эффективных способов управления. Опыт реформирования здравоохранения свидетельствует о том, что развитие происходит преимущественно в двух направлениях: укрепления механизмов централизации управления на всех уровнях и укрепления пациентоцентрической модели оказания помощи. На правительственном уровне приоритет получают стратегии государственного регулирования различных секторов экономики и социальной сферы в целях учета их влияния на здоровье населения, объединения интересов общественного сектора и

личных интересов граждан в следовании принципам здорового образа жизни, создания условий для обеспечения справедливости в обеспечении населения медицинской помощью. В области управления медицинской помощью усиливаются тенденции регулирования (государственного и саморегулирования) на рынке медицинских услуг на основе использования механизмов «регулируемой конкуренции», стратегии «распределения ресурсов», в том числе с повышением роли первичного звена в финансировании последующих этапов медицинской помощи, а также распространения договорных обязательств, широкого использования различных форм самоорганизации интегрированных структур. Усиление индивидуального подхода к лечению больных реализуется в стратегиях внедрения «программ ведения болезней», «первичной помощи, ориентированной на пациента», «гуманитарной модели здравоохранения», формирования «терапевтических сообществ». Приведенные данные свидетельствуют о том, что в мире произошло изменение вектора управления развитием здравоохранения от классической либеральной (приоритета рыночных механизмов) в сторону дирижистской модели - усиления государственных механизмов регулирования.

Однако тщательное изучение ситуации показывают, что системы здравоохранения почти во всех странах мира сталкиваются с проблемами роста издержек и недоступности медицинской помощи для части населения. Какой-либо универсальной модели организации здравоохранения, пригодной для всех, конечно, не существует. Уровень централизации, регулирования, распределения издержек между всеми гражданами, а также роль частного страхования в сфере медицинских услуг в разных странах сильно варьируются. Тем не менее, общие тенденции развития общенационального здравоохранения в мире позволяют сделать следующие выводы:

- наличие медицинского страхования не равнозначно всеобщему доступу к услугам здравоохранения. На практике во многих странах страховка есть у всех, но медицинские услуги в ее рамках «дозированы», или людям приходится подолгу ждать очереди на лечение;

- рост затрат на систему здравоохранения характерен не только для США. Хотя в других странах эти расходы составляют куда меньший процент совокупного ВВП и ВВП на душу населения, они увеличиваются практически везде, порождая дефицит бюджета, повышение налогов и сокращение социальных льгот;

- в странах, где акцент делается на государственном контроле над здравоохранением, граждане с наибольшей вероятностью сталкиваются с «листами ожидания», нормированием услуг, ограничениями на выбор врача и иными препятствиями в сфере медицинской помощи;

- страны, где системы здравоохранения наиболее эффективны, добиваются подобного результата за счет отказа от централизованного государственного контроля и опоры на рыночные механизмы - конкуренцию, разделение издержек, рыночные цены и свободу выбора для потребителя;

Ни в одной стране не идет речь об отмене всеобщего медицинского

страхования, но отход от централизованного государственного контроля и перевод здравоохранения на рыночную основу следует признать преобладающей общемировой тенденцией.