

**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 здравоохранения**

**Слушатель: Хегай Ирина Анатольевна**

**Страна стажировки: Испания**

**Москва, 2011**

## **Раздел 1. Информационная часть**

1.1. Наименование образовательной программы:

Управление в сфере здравоохранения

1.2. Фамилия, Имя, Отчество слушателя: Хегай Ирина Анатольевна

1.3. Регион, место работы, должность: Дальневосточный регион,

Сахалинская область, г.Южно-Сахалинск,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Областная детская больница»

заместитель главного врача по лечебным вопросам

1.4. Наименование выполненного в рамках программы Проекта:

«Совершенствование оказания кардиологической помощи в

многопрофильном стационаре первого уровня»

1.5. Сроки и место проведения зарубежной стажировки:

13-26 ноября 2011г., г.Барселона, Испания

1.6. Дополнительная информация:

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

Испания состоит из 17 автономных муниципальных образований, одним из которых является Каталония. По рейтингам ВОЗ, независимых экспертных советов испанская, в частности каталонская система здравоохранения признана одной из лучших в мире, занимает 7 место. Акт об автономии Каталонии подписан в 1979г, а в 1981г автономному Правительству Каталонии были делегированы полномочия по оказанию медицинских услуг на региональном уровне. Медицинская помощь оказывается всем жителям Каталонии, независимо от гражданства. Проводится софинансирование затрат на медикаменты: лечение в стационаре бесплатное, при амбулаторном лечении пациент оплачивает 40%.

### **Социо-демографическая характеристика Каталонии**

Каталония – область с высокой плотностью населения. При высоком показателе средней продолжительности жизни достаточно высокий удельный вес лиц старше 60лет – 21,7 %. Барселона занимает первое место в мире по количеству проводимых медицинских конгрессов, ее исследовательские центры занимают одно из первых мест в мире по количеству медицинских инноваций и открытий. Лабораторные анализы проводятся в централизованных лабораториях.

В Испании для оптимизации медицинской помощи населению была определена санитарная карта страны, пережила 4 правительства двух разных правящих партий. Наличие ЛПУ на территории определяется только санитарной картой, без учета предвыборных обещаний мэра и др. официальных лиц. В основу санитарной карты положены следующие критерии:

- доступность помощи в пределах 30 минут
- Центр первичной помощи каждые 30км, с численностью населения 25000 человек, с однотипным оборудованием и одинаковым штатом семейных врачей, педиатров, врачей-специалистов, гинекологов, социальные работники, техники, средний и младший персонал. В Каталонии таких центров 400, работа организована в мультидисциплинарной бригаде. Нагрузка: семейный врач, медсестра на 1500, педиатр и медсестра на 1200 детей, дантист на 1100, 1

социальный работник на 25000, обслуживающий персонал 1-2, немедицинский штат. Пациент может выбрать врача, медсестру, но не специалиста. До 70% хирургических вмешательств проводится амбулаторно.

Распределение заказа на медицинские услуги среди больниц распределяется на основании анализа – санитарной карты (с учетом территориального признака, возможности больницы получить аккредитацию).

Больницы, не включенные в аккредитованные учреждения, превратились в социальные, профилактические центры, и др. Существует стандарт в системе аккредитации, в основе заложен принцип этапности (от простого к сложному):

1. оснащение операционного зала – площадь, освещение, альтернативный источник бесперебойного питания, стены для обработки, минимальный необходимый набор инструментов, расходных материалов и т.д.
2. внедрение стандартов медицинской помощи
3. управление персоналом, экспертиза качества оказания медицинской помощи

На приведение в соответствие к предъявляемым требованиям выделялось время, в среднем до трех лет. Т.е. необходимо устанавливать такие критерии аккредитации, которые могут быть выполнены, в том числе во временном аспекте.

Государство предоставляет, гарантирует медицинскую услугу, но не больницу. Каталония первой в Испании внедрила аккредитацию больниц.

Кто владеет больницами: 18 частные фонды муниципальных организаций, 4 церковь, 5 – страховые компании, 11 частные компании, 13 консорциумы государственных учреждений, 12 чисто бюджетные.

Система здравоохранения основана на принципе: население – территория - профессионалы в области здравоохранения, работающие на данной территории.

Кто оказывает медицинские услуги:

- больницы первого уровня – центры первичной профилактической помощи - общая медицина, хирургия, акушерство, и те, кто нужен на этом уровне – офтальмолог, лаборатория, отделение неотложной помощи.

- больницы второго уровня – неотложная и интенсивная терапия, т.е. специализированный уровень

- больницы третьего уровня – высокотехнологичная, квалифицированная

медицинская помощь

На всех уровнях в наличии:

- блок образования, причем обучение специалистов проводится соответственно на том уровне, на котором они в дальнейшем будут работать (например, семейного врача учить не в центрах ВМП, а в больницах первичного уровня)

- блок научно-исследовательской работы в различном объеме

Особенность системы здравоохранения – работа в команде. У каждого лечебного учреждения есть договор по продаже определенных медицинских услуг и их количества. Если медицинских услуг больше госзаказа, то оплаты нет. Логика контракта – логика водопада. Госзаказ на 1000 оперативных пособий по эндопротезированию – главному врачу – заведующему отделением – врачам отделения и в случае отсутствия осложнений, производится оплата. То каждый должен выполнить свои обязательства перед вышестоящим.

Больница самостоятельно может определить распределение средств в течение года: до 80 % - авансирование, списание идет по факту выполненных работ и оказанных услуг. Например, Катсалют определяет количество и выделяет деньги; а врачи самостоятельно выбирают вид протеза для пациента и распределяют по году. При этом цена за протезы будет средней. Плановое оперативное лечение отсрочено в связи с недостатком финансирования. Единственный выход – листы ожидания, которых нет только в кардиологии и онкологии. Не всегда легко определить очередность постановки в лист ожидания. В настоящее время государство покрывает на 100% системой соцстраха оперативные вмешательства, в т.ч по смене пола (кроме стоматологических, эстетических, рефрактерных операций).

В Каталонии работает агентство по качеству оказания медицинской помощи. Проводится анкетирование населения. Правительство проводит опрос населения раз в четыре года. По результатам опроса: удовлетворенность пациентов медицинской помощью пациентов около 80%. В случае неудовлетворенности бывают жалобы.

**Экономика ЛПУ**

Вся система оплачивается из налогов – НДС, страховые и т.д.

Правительство Испании выделяет бюджет парламенту Каталонии, который самостоятельно определяет бюджет на здравоохранение. В среднем на человека 1200 евро в год. Лечение в стационаре бесплатное (кроме пластической хирургии и ортопедической и эстетической стоматологии), в поликлинике – оплата медикаментов 40%. Однако пластическая хирургия тоже может быть бесплатной, если операция выполняется по медицинским показаниям (после ранений, ожогов и т.п.). Государственная страховая компания рассчитывается с клиникой по полному тарифу. При выписке из больницы выдается счет пациенту, в котором указаны расходы на его лечение. Страховая компания берет больше денег с того, кто нарушает режим, имеет вредные привычки.

### **Основные участники системы здравоохранения в Каталонии**

#### **1. Финансовые ресурсы/цели:**

- Парламент - определяет бюджет
- Департамент здравоохранения Каталонии – гарантирует право на медицинское обслуживание (охват 100 %, расходы 87 %) – составляет план по здравоохранению, передает экономические ресурсы, планирует объем медицинских услуг

#### **2. Страхование/закупка медицинских услуг:**

- Государственное страхование (общественно-страховая компания Catsalut) – покупатель медицинских услуг, гарантирует качество оказания медицинской услуги
  - Частное страхование (двойной охват 24 %, расходы 13 %). Причины оформления частной страховки: пациент не может напрямую обратиться к узкому специалисту – а лишь через семейного врач; долгие листы ожидания (катаракта – очередь 6-7 месяцев, а по частным страховке – в самое ближайшее время), уровень качества в государственном лечебном учреждении самое высокое; условия пребывания по частной страховке – палата одноместная, по государственной страховке – общая; культурные характеристики

(женщины выбирают частного акушера с целью ведения беременности и родов, родоразрешение в условиях повышенного комфорта).

3. Обеспечение/ поставщики медицинских услуг – сеть медицинских учреждений имеет разную форму собственности:

- государственные: министерство здравоохранения 20 %, госпоставщики 70 %
- частные 10 %; рычаги управления за частными клиниками – аккредитация учреждения, государственный контроль найма персонала.

4. Получатели медицинских услуг – граждане Каталонии

### **Система подготовки врачебных кадров в Испании**

Для поступления на медицинский факультет выпускнику школы необходимо сдать ЕГЭ и набрать самый высокий балл, проходной балл в 2011г - 8.5 баллов из 10 возможных. Зачисление осуществляется по рейтинговой системе. Обучение 6 лет, в т.ч. последний год-практика. В Каталонии все больницы (в т.ч. частные больницы, центры) могут подать заявку для прохождения стажировки студентами, при этом больница должна быть аккредитованной. После окончания института сдается национальный экзамен – рейтинг среди выпускников – выбор специальности. Чтобы получить специальность врач обязан сдать экзамен для поступления в ординатуру MIR, обучение в течение трех лет. Ежегодно предоставляется 4000 мест для специализации: больница либо центр первичного обслуживания. Для работы в системе здравоохранения 30% врачей должны получить специализацию. С 1984г врачи первичного звена обязаны получить специальность семейного врача. Каждая больница подает в министерство здравоохранения заявку на аккредитацию услуги «специализация студентов». При этом больница должна доказать свою возможность проведения специализации. Интернатура – 4года. Больницы проводят специализацию не по всем видам. Центры первичного медобслуживания тоже проходят аккредитацию. 20-25 лет назад произошла реформа: в этих центрах работают врачи семейной практики, они являются центральным звеном в здравоохранении. 20% составляют иностранные специалисты (Латинская Америка, Португалия, Италия). Для них условия обучения идентичные (по результатам ЕГЭ, квотирование мест). Стоимость

обучения 1200 евро в год, кроме самого старого университета (в 10-15 раз выше).

Ежегодно в Испании выпускают 6000 врачей. Врачебный выпуск в Каталонии ежегодно составляет 580 врачей (в Барселонском университете 200). В Каталонии нет различий между университетскими и обычными клиниками. На практику студентов могут принимать и частные клиники, что позволяет им ознакомиться с разными структурами в организации здравоохранения. После 1 курса практика в анатомии, пропедевтика; после второго курса непосредственно работа с пациентами, ответственность за последствия возложена на руководителя; манипуляции с 3 курса под присмотром наставника и только с согласия пациента на работу со студентами. Больница не получает дивидендов за интернов, но это дешевая рабочая сила с высокой мотивацией. Интерны получают деньги, но мало (в первый год 1100 евро, на 4 год - 1600). Дантисты проходят обучение независимо от других медицинских факультетов, не входит в общий государственный рейтинг, каждая школа назначает свой рейтинг.

Распределение на работу по окончанию университета осуществляется по рейтинговой системе - по степени убывания: первые 300 строк выбор по любой специальности, престижности и месту нахождения лечебного учреждения, после 3500 – то, что остается. Очень высокий спрос на врачей хирургического профиля, менее востребован семейный врач. Подготовка семейного врача: 4 года интернатуры, в т.ч 2 года в стационаре + 2года в поликлинике (в том числе не менее 3-х месяцев в сельской местности); у каждого интерна есть свой наставник.

Если после сдачи экзамена по интернатуре у выпускника самый низкий рейтинг, то он может сдать экзамен на следующий год; работать на низкооплачиваемой работе (устроиться трудно даже семейным врачом) – консультант на телефоне. Как правило, врачей – иностранцев работает мало, в т.ч. российских - сложно получить подтверждение квалификации, языковой барьер. В связи с изменением структуры населения меняется структура врачебная. Средний возраст врача 46-48 лет.

Вопросам последипломного образования уделяется много внимания:



курсы подготовки специалистов, непрерывное обучение на рабочих местах. Обучение проводится на платной основе центром первичной помощи, больницей любой формы собственности, врачебными ассоциациями, университетами и т.д. Бесплатное обучение предоставляется только в случае крайней заинтересованности лечебного учреждения в развитии новой специальности. Формы обучения: магистерские программы, мастер-классы и др. В последнее время в Каталонии все больше проводится обучение он-лайн (университет Уберто) по определенным специальностям, это не заочная форма обучения; есть студенты, наставники, промежуточные экзамены. Но по хирургии такая форма обучения не приемлема. Учебные пособия покупают самостоятельно, чаще используют библиотеки с огромной базой за все года, интернет-ресурсы. За повышение уровня образования в больницах начисляется зачетная единица за уровень знаний.

#### **Подготовка среднего персонала**

Средний медперсонал имеет высшее образование, 3-х летнее обучение в университете + интернатура 2 года. Поступление в университет и распределение на работу происходит аналогично врачебному: школа – сдача ЕГЭ – зачисление в университет по рейтинговой системе - обучение 3 года – выпускной экзамен – распределение в ЛПУ по рейтингу. Практику проходят в аккредитованных лечебных учреждениях разных уровней. Должность главной медсестры приравнивается к должности главного врача. Медицинские сестры работают параллельно с врачами, расположены в смежных кабинетах, ведут совместные протоколы контроля пациентов с хроническими заболеваниями (медсестра проводит осмотр, измеряет давление, назначает сдачу контрольных анализов, выписывает электронный рецепт, врач проводит корректировку лечения), наблюдает за пожилыми. Осуществляет контроль за количеством больных у врача: больной обязан записаться на прием через медсестру. Только по направлению медсестры больной попадет на прием к врачу. Проводит профилактическую работу. Медицинская сестра ведет прием в центре первичной помощи, детей на дому посещает редко. Младенческая смертность 2,7 на 1000, вакцинация 100 %. Если анамнез прививочный у мигранта не известен, то его вакцинируют по календарю прививок Испании. В школу без сертификата

прививок детей не принимают.

### **Подготовка вспомогательного медицинского персонала**

Техники здравоохранения: техник лаборатории работает с врачами (выполняет все работы в лаборатории, могут брать анализы, но не могут ничего вводить), техник радиотерапии, техник рентгенслужбы, техник реабилитации. Образование среднее специальное, для поступления не надо сдавать ЕГЭ, обучение после школы 2 года. Техник работает в составе любой лаборатории.

### **Подготовка младшего медицинского персонала**

Набор младшего медицинского персонала проводится из выпускников средней школы с годичной подготовкой. Идет пересмотр этой специальности (гериатрия). Есть заочная подготовка. Уровень зарплат: в государственном секторе (90%) определяется контрактом с больницей, в частном (10%) – могут получать за каждого пациента.

### **Социальные гарантии**

Базовая зарплата на ставку: врач 55000 евро в год, в т.ч налоги 30%; медсестра 25000 евро в год, в т.ч налоги 25%; техник 20000 евро в год; помощник 18000 евро в год.

При поступлении в больницу пациент подписывает согласие на любые манипуляции в больнице. Врач работает 38 часов в неделю, за дополнительную плату дежурства, после которого обязательно выходной день. У хирургов часто после дежурства есть приемы в частных клиниках.

Социальная защита врача: оплата больничного листа 100%, если болезнь более 18 месяцев, то оплата снижается до 80%; пенсия врача 2100 евро, коллегия врачей проводит работу с вредными привычками врачей - курение, алкоголизм, наркомания, считая что такой врач – плохой пациент. Для них создана специальная анонимная клиника, куда врачи могут обратиться за профессиональной помощью и вернуться к труду. Финансируется работа клиники из фонда социального страхования и коллегии врачей. Ранее были доплаты за выслугу лет, сейчас таковой нет.

## **ТИКСАЛЮТ – организация, устраняющая непонимание**

Агентство, работающее от Правительства Испании. В Каталонии проживает 7млн жителей, стареющее население, повышается требовательность населения – получить все и сразу. Не хватает экономических ресурсов. Государственные больницы, некоммерческие больницы. Много больниц со своими собственными информационными системами: надо менять всю систему или установить новую систему стандартов. В Каталонии – 65 больниц, 408 ЦППП, 374 –душевные центры, 327 – социальные центры, 3159 –фармкомпаний.

Поэтому решено создать Тиксалют - организацию, которая может изменить ситуацию. Невозможно достичь цели, если не знаешь, где находишься. Ежегодно проводится анкетирование ЛПУ: общение с пациентами, цифровая история болезни, технические условия (карта технологий) + Телемедицина. Отделения взаимосвязей и взаимотехнологий – их внедрение в ЛПУ, при этом работа врача не должна увеличиться, тк врач должен заниматься непосредственно своей работой.

В центре всего процесса - цифровая история болезни (ЦИБ), введена на 60%. По коду больного можно узнать информацию о пациенте: сокращается время, повышается эффективность и безопасность. Проблема ЦИБ – согласовать действия всех врачей, записи которых будут доступны друг для друга. Частная медицина – зависит от числа больных.

Начали работать в трехмерном изображении. Выписка рецептов на медикаменты не на бумажном носителе, а на персональном компьютере. С санитарной карточкой пациент обращается в аптеку и получает медикаменты. При этом происходит сокращение расходов на 6 %. При хронических заболеваниях нет необходимости выписывать рецепт ежемесячно, т.к он уже прописан в санитарной карте пациента.

Новая фаза – доступ пациента к своей истории болезни. В Каталонии 40 000 больных имеют кодовый доступ по интернету к своим медицинским документам: диагноз, рекомендации, анализы, медикаменты – что, сколько и когда принимать, дата следующего визита, аллергии, вакцинация. По специальной сим-карте можно получить доступ к своей карте при нахождении за границей. Проводится работа над комментариями пациента на ЦИБ: похудеть,

увеличить и т.д. Цель – повысить ответственность пациента за свое здоровье. Сложности: кто платит, кто внедряет, т.к. это должна быть система с обоюдосторонней выгодой. Два года работы с врачами и работниками аптек в течение двух лет для внедрения выписки электронного рецепта. Платит государство. Каждый гражданин платит столько, сколько платит (налоги от зарплаты 25%). Для внедрения д.б активная группа.

Тексалуот – в попечительский совет входят президент, министры (здравоохранения, финансов, технологий), каталанский университет медицинский, консорциум больниц. Санитарная карта работает 20 лет, с цифровой картой – 5 лет

### **Проектирование больничных учреждений**

Barcelona global design -BSD – объединение двух крупнейших архитектурных компаний Каталонии – Pinearg Bbtats. Спроектировано 3000 больничных коек, площадь застроенных площадей более 40 млн кв.м на сумму более 2 млрд долларов. Задача - разработка ЛПУ для оптимального ухода за больными. Пользователи: пациенты и профессионалы (мед работники и т.д).

Здание – один из элементов, обеспечивающих качество оказываемой услуги. В Каталонии достаточно гармоничное архитектурное решение больничной инфраструктуры (государство, частные инвестиции). Ставка на охрану окружающей среды, продвижение научных разработок и инноваций. Компания занимается строительством, оснащением оборудованием с гарантией работы на 30 лет (Проект сборной больницы Чили: Лиссабон, больница света, клиника Керон, дом престарелых в Тарагоне, лаборатории и т.д).

### **Строительство новых ЛПУ за пределами города**

Вертикальный план застройки на основе разделения трех основных блоков - диагностики, лаборатории, реабилитации. Но со временем уменьшается время на реабилитацию и уделяется больше внимания диагностическому и лечебному процессам. Проблема: привести в соответствие с современными требованиями.

Работа над проектами существующих больниц: очень важно не мешать повседневной работе медиков. Необходимо проект разделить на фазы и строить

этапно:

- строительство кабинетов специалистов
- изменение модели лечения – приоритет помещениям для оказания неотложной помощи и дневного стационара, отделения неотложной помощи и операционные.
- будущая модель – интеграция здравоохранения с преподаванием и научными исследованиями (Современное видение: интеграция лечебного и учебного процессов, необходимо передавать знания и научные исследования, при этом вписываться в существующую структуру).

Когда все этапы независимы, то можно достичь равновесия между тремя фазами строительства ЛПУ:

1. отделены потоки техперсонала и пациентов. Общение врача и пациента только в кабинете. Два типа специальных коридоров: для пациентов и для профессионалов (общение между специалистами, обмен знаниями, помощь команды)
2. приоритет – стационарная площадь, которая дБ привлекательна для потребителей. Главное – удобство для потребителя. Качественные отделочные материалы (зона для выздоравливающих, ожидания и тд) в выздоровлении пациентов играют существенную роль – психологический комфорт.
3. строительство новых диагностических кабинетов.

### **Строительство города внутри города**

Выделение зоны для преподавания и научного исследования для придания динамизма работе, избавления от прессинга болезни, аудитории для студентов, клиники, аудитории для профессорско-преподавательского состава: т.е целый научно-исследовательский медицинский кампус. Т.о. комплекс лечебного учреждения, интегрированный в архитектуру города в сочетании внутреннего и внешнего ландшафта.

### **Информатизация ЛПУ**

ISC – каталонский институт здравоохранения, который является поставщиком электронных услуг. Есть определенные трудности в области информатизации. В настоящее время в первичных центрах

здравоохранения 100% электронный документооборот, в стационарах 60%. Конфиденциальность данных регулируется каталонским законодательством – цифровая подпись врача, электронная защита от доступа в базу данных.

Программа GIC - система содержит списки пациентов, содержит всю информацию о пациенте на разных этапах лечения (амбулаторный, стационарный, лабораторное и клиническое исследование, медицинские заключения, акты о медицинской помощи, клиника течения). Полный отказ от бумажного носителя, не нужен бумажный архив.

Бизнес VI- глобальная система управления больницей - позволяет управлять качественно ЛПУ.

Этапное управление:

- метрическая фаза (по индикаторам проводится сравнительный анализ по учреждению в разные периоды, позволяет выстроить стратегию развития учреждения; необходимо включить все этапы помощи)
- тактическая фаза (деятельность о работе каждого центра, эффективность – время пребывания, качество работы – индекс повторных госпитализаций)
- оперативный уровень (текущий момент – уровень госпитализаций, превалирование пациентов с неотложной помощью по профилям.)

По всей системе можно передвигаться и ответить почему был изменен тот или иной индикатор.

Карта боли. Колонка-столбик, клеточка-палата, там койки. Открывается история, анкетирование на предмет наличия боли. Реестр боли каждого пациента позволяет оценить при превышении уровня – высвечивается что с пациентом, все оценки интенсивности боли в разные промежутки времени и кто из врачей измерял эти параметры. Определяется дальнейшая тактика.

Карта назначения антибактериальных препаратов: желтый – стандарт, черный – MRSA (золотистый стафилококк метиленустойчивый), красный – нежелательное назначение. По данным карты проводится оценка когда, какой, с какой эффективностью использовали антибактериальный препарат.

Это позволяет отслеживать работу и ее эффективность. Врач, направивший пациента на госпитализацию, может ознакомиться с результатами

сразу после заполнения истории болезни и получения первичной информации по диагностике. Семейный врач ставит предварительный или общий диагноз, который не всегда может подтвердиться. Но больницы не проводят анализ расхождения диагнозов между центром первичной профилактической помощи и стационаром (т.к в стационаре выше уровень обследования, доверяют уровню ЦППП и неотложной помощи).

История болезни в Каталонии не унифицирована во всех ЛПУ, но определенный объем информации заложен для отчетов. Программное обеспечение разное, но набор параметров однотипен. Пациент по закону является собственником информации, электронный вариант имеет. У душевных больных – у опекунов или попечителей по закону. Дееспособность взрослого – зависит от клинической ситуации. Врач авторитарно может решить вопрос дееспособности (предварительно обсуждается на клиническом совещании, сообщается об этом суду). Длительность пребывания в стационаре определяется главным врачом.

Информацию вносит врач, медсестра. Информация доступна для всех врачей стационара после внесения цифровой идентификации. Уровни приватизации истории: ПИН-код, информирование пациента о том, кто изучал его историю болезни. Информация м.б изменена в течение четырех часов, все изменения регистрируются (т.е есть оригинальная история болезни и модифицированная история болезни). Система управления информацией пациента; поиск по фамилии, возрасту, полу, по №№ амбулаторной карты или истории болезни, по больничному списку, по виду помощи, по ИНН, по диагностическим процедурам, по медицинскому заключению и т.д.

Листы ожидания: плановые диагностические и оперативные 73 дня (гарантии государства 170 дней), на первый визит 127 дней для всех специальностей (по специальностям разные сроки. Семейный врач выделяет приоритетные направления к специалистам в зависимости от сложности, экстренности и др факторов).

Альтернативная госпитализация (стационары одного дня для онкологических больных или дневного пребывания – для хронических или пожилых, амбулаторная хирургия) позволяет реально сократить затраты.

Т.к все истории в электронном виде все можно анализировать по различным критериям и характеристикам. Светофорные обозначения указывают на качество выполненной работы. Для оценки работы врача – 30 индикаторов (распространенность заболевания, клинические рекомендации международных сообществ), которые оцениваются по светофорной оценке. Можно проводить сравнительную оценку со специалистами своего и другого ЛПУ. Если все индикаторы в «Зеленом» коридоре, то врач получает дополнительную оплату в размере 100 % - 7000 евро. Чтобы получить минимальную надбавку необходимо выполнить не менее 50% критериев. Если критерии не выполняются, то обозначения в красном цвете. Подобная оценка для работы медицинских сестер.

## **Фармацевтическая политика**

### Цель ФП

- обеспечение доступа к фармацевтическим и санитарным продуктам
  - лицензии и разрешение выпуска на рынок (центр)
  - фармацевтическое упорядочение (регион)
- гарантия качества фар услуг населению в ЛПУ гос и частных
- обеспечение рационального расходования медикаментов

Доступ к медикаментам:

Решения принимаются на 2-х уровнях

1 этап – Лицензирование. Специальное агентство проводит оценку качества, эффективности, безопасности фармацевтических препаратов и выдают лицензию фармацевтической лаборатории. В лицензии указываются условия отпуска лекарственных препаратов – по рецепту, в свободной продаже, только для стационаров и т.д.

2 этап - Политика ценообразования – компетенция министерства здравоохранения Испании. Есть система фиксированных цен на лекарственные препараты, которые можно прописывать в государственной



системе здравоохранения. Могут быть прописаны финансовые ограничения – система референтных цен. Лекарственные препараты, которые не финансируются государством, имеют рыночную цену. Импорт медикаментов разрешен только в случае их отсутствия на внутреннем рынке. Государством жестко регулируется планирование, лицензирование и открытие аптек.

В Каталонии 3000 аптек. Аптеки – частные учреждения, представляющие общественный интерес. Страхование пациента – гарантия портфеля услуг, которые получит пациент.

В наличии рецепты двух видов: зеленые – для работающих пациентов – пациент оплачивает 40% стоимости, оставшуюся часть компенсирует государство; красные – для пенсионеров – получают бесплатно.

Электронные рецепты не отличаются по цвету, но имеют другие различия. Пациент по своей санитарной карточке может получить медикаменты в аптеке, оплатив всю их стоимость. Аптека выставляет счет в Катсалют, которая возвращает пациенту часть денег.

В стационаре все лекарства бесплатно. Договор с коллегией аптек и все услуги на одинаковых условиях для пациента, ЛПУ и аптеки.

Не все лекарственные препараты финансируются из государственной системы, есть закон, регулирующий оборот лекарств в Испании. 11 критериев оценки: по клинической значимости и эффекту в сравнении с существующими медикаментами, соотношение между ценой и эффективностью; по оценке экономического эффекта в рамках государственного бюджета, по степени инноваций медикамента и т.д. Нет рекламы медикаментов. Периодически пересматривается список оплачиваемых медикаментов.

- список относится к безопасности медикаментов
- оценка клиники – плацебо – новый препарат

- клинические испытания имеют ограничение – по количеству пациентов и длительности а также масштаб клинических исследований

Фиксированные цены – новые критерии – соотношение цены и качества (включает экономическую маржу - продажная цена лаборатории + затраты аптеки + продажная цена аптеки).

Система референтных цен – максимальная стоимость, которую готово оплатить государство (цены снижаются до или не финансируются из государственных средств). Связана с дженериками – тянут вниз цены на оригинальные. Порог в 1 евро как минимальная цена. Рецепт выписывается из расчета действующего вещества и если цена выше, то оно остается вне системы оплаты.

Национальное – регулирует предложение

Региональное - регулирует спрос (рецепты, счета и тд)

Т.к аптеки находятся в различных условиях и расстоянии от пациентов в труднодоступных местах им предоставляются определенные преференции. Контролируются рекламные компании и акции по медикаментам.

255 лабораторий по производству

50% на территории Каталонии

77,2% - национальные а 22,8 – международные

22 тыс работников это 55% всех работников фарминдустрии Испании

58,2% от производства в Испании и 3,5% европы

2/3 действующих веществ Испании производятся в Каталонии

Взаимодействие с фарминдустрией:

1. Как Клиент-поставщик ограниченный бюджет и развитие инноваций
2. как Лицензирующий орган - четкая информация
3. Информация и коммуникации
4. Научные исследования высокое техническое оснащение
5. взаимоотношения – инновации

Разрабатываются договоры разделенного риска.

### **Аудиовизуальные проекты**

Система и фирма Аудиоскан работает на рынке 20 лет. Категории оборудования для здравоохранения:

1. аудиовизуальное – аудио, видеоконтроль. Новаторство – передача в режиме реального времени оперативных вмешательств, диагностических исследований, проведения консультаций и т.д с большим привлечением аудитории (студенты, врачи других ЛПУ, университеты, в т.ч и зарубежные) с интерактивным общением.
2. акустическое – система громких связей и объявлений. Кроме традиционных средств оповещения позволяют интегрировать другие системы для определения местоположения медперсонала, пациента в любой точке ЛПУ. Главная инновация: совместили традиционные системы связи с поиском и телефонной связью.
3. RTLS –real time locating solution - локальная телесистема в режиме реального времени: наблюдение врача или медсестры за состоянием пациента на в реальном времени
4. IPTV – отправка телесигнала- информации о госпитализированном пациенте по интернету, во время обхода врач или медсестра видит ее на экране монитора (не нужны бумажные носители истории болезни)
5. VoD - пациент может выбрать по своему желанию любой телевизионный канал (платная услуга в палате)
6. Цифровая сигнализация, цифровые киоски: пациент приходит в госпиталь со своей карточкой доступа к цифровому киоску, на экране можно вывести информацию о враче, № кабинет в котором его будут обследовать, другую информацию о его перемещениях по госпиталю.

Управление ресурсами – система общения между врачом и пациентом с экономией электричества. Система позволяет знать сколько лампочек горит и в каких помещениях, при отсутствии людей в помещении - автоматическое выключение, можно управлять загрузкой коек, вентиляцией, системой кондиционирования и тд. Позволяет сильно экономить! Можно внедрять

поэтапно эти системы, а не все сразу. В конечном итоге для облегчения жизни пациентов и персонала.

### **Акустические услуги**

Выделено четыре направления:

1. акустический контроль помещений – помощь архитектору при проведении ремонтных работ на имеющихся площадях или строительства в определении адекватных отделочных материалов для обеспечения оптимального акустического комфорта
- 2 акустическая изоляция – совместное решение с архитектором об обеспечении помещения независимой акустической системой
3. контроль за шумом работающего оборудования - определить те конструктивные решения, которые позволят снизить шумовой эффект и обеспечить оптимальный акустический комфорт.
4. акустический эффект – необходимо принять все меры по выполнению требований существующих нормативов, в т.ч на внебольничных территориях.

### **Телемедицина**

Как можно обеспечить равнозначное оказание медпомощи. Но если врач села имеет доступ к карте Московской клиники, то он приблизит эту помощь до населения. Позволяет быстро отправить документы в центр и получить рекомендации из центра по дальнейшей тактике действия. Сокращаются расходы. Виртуальная терапия для тревожных ситуаций.

### **Центр Первичной профилактической помощи – ЦППП -Vallcarca**

Главный принцип ЦППП: близость доступность в 30 минутной зоне, компактность, работа в команде. Работа по микрорайонам: территория 30 кв км с численностью населения 55-600000, каждый гражданин имеет приписанного семейного врача и медсестру, много пожилого населения.

Социосанитарный центр на 200-250 коек (восстановление после инфарктов, инсультов, паллиативная помощь и т.д). Расположен в двух зданиях – по обслуживанию населения из двух прикрепленных территорий. Врачебные кабинеты для семейных врачей, педиатров, медицинских сестер. Штаты: 29

семейных врачей на 60000, 7 педиатров, 18 медицинских сестер, 4 одонтолога, 4 санитаря, 1 социальный работник, 12 администрация (служба обслуживания пациентов), есть подолог и исследование походки у диабетиков (не входит в оплату). Отделения: приемное, душевное здоровье, отучение от курения, травма.

На 2-х врачей – 1 медсестра (на 1 врача-1800-2000, на 1 медсестру – в два раза больше); педиатрия 1200 (до 14 лет). Отличие каталонской службы – педиатр, подростковый врач; стоматолог имеет университетское образование и может работать в области одонтологии. В случае заболевания пациент приходит на прием.

Первичная работа – профилактическая работа с населением:

- посещение на дому при рождении и при заболевании, а также к пожилому, который не может посетить в поликлинику
- профилактические занятия в ЛПУ
- совместные программы со школами, садами
- сотрудничество с аптеками и врачами-специалистами и другими службами своего района
- прочие виды работ, не входящие в обязательный пакет – мониторинг варфарина, измерение артериального давления, профилактическая одонтология
- много консультаций по телефону
- выпускают журнал, проводят бесплатные семинары для населения
- выход в дома культуры, занятия тай-чи и йогой для профилактики падений с семинарами, конференциями

Ежедневно работа с командой с 14 до 15 – рабочие сессии:

- клинические сессии (врачебные, студенческие) – обмен знаниями, информационный, публикации, о результатах участия в конференциях или конгрессах.
- группы повышения квалификации: обучающие семинары для синхронизации работы врачей и медсестер.
- отмечают совместные праздники

График работы: 8-21:00 - понедельник-пятница, суббота до 17:00 по неотложке. Ночью неотложка не работает. Диспетчерская распределяет нагрузку и вызовы. Работа в две смены – 8-15 и 14-21, наложение смен 14-15 для работы в

команде. Врач с одним выходным днем в неделю.

На приеме в среднем 20-30 пациентов, также проводится обслуживание по телефону, анализы по интернету. Каждый врач посещает своих пациентов по участковому принципу 3-4 в день, крайне редко 10. Неотложная помощь на дому оказывается мало из-за близкого расположения поликлиники к населению. У каждого врача есть план, определенный министерством здравоохранения Испании.

Министерством здравоохранения Испании утверждены детские протоколы - наблюдение от периода новорожденности до 18 лет с определенным количеством визитов врача и медсестры и перечнем необходимых мероприятий.

Оториноларингологи, офтальмологи – при наличии потребностей и заболеваний. К специалистам пациент попадает через семейного врача или педиатра.

Аккредитация на 6 лет. Министерство здравоохранения Испании устанавливает общие планы, плана посещений как такого нет; самое главное, чтобы все население было охвачено, отсутствие проблем по оказанию медицинской помощи, отсутствие осложнений у диабетиков (ретинопатия, васкулопатия и т.д). В контракте между МЗ и ЛПУ обозначено, что 95% суммы зависит от работы службы персонала, помещений и только 5% зависит от выполнения плана.

Календарь прививок разрабатывается Правительством. По педиатрии до 95 % план вакцинации. Национальный календарь прививок включает в том числе вакцинацию против папилломы у девочек, пневмококковая. Социальный работник работает в сотрудничестве с муниципальными службами.

Социореабилитационные отделения – лечение после тяжелых бронхитов, пневмоний, переломов.

Психиатрия имеет две модели – госпитализация (в каждой больнице есть психиатрическое отделение + кабинет для амбулаторного приема); центр душевного здоровья приписан к первичному центру (психиатр работает несколько дней в центре душевного здоровья и несколько дней на амбулаторном приеме). Детоксикация проводится на дому. Есть амбулаторный центр обслуживания наркозависимых.

Контроль за измерением давления: чтобы у пациента отмечалось стабильное давление. 2008 год – взвешенные индикаторы. Например, минимальное количество гипертоников – 17 % гипертоников, из них у 35% – контроль давления; диабетиков 60 % с контр группой. Семейный врач направляет к врачам-специалистам при необходимости. Уровень госпитализации не является критерием (чем меньше пациентов, тем лучше). Д.б обоснованность госпитализации. Чаще госпитализация по неотложным причинам. В неотложку обращается самостоятельно до 90% пациентов, т.е из амбулатории направляется минимальное количество пациентов. Максимально – амбулаторное лечение. У каждого врача совмещенная система ведения истории болезни – карточка с чипом и цифровой подписью; только врач может решить о доступе других специалистов в историю болезни.

Синхронная работа специалистов в команде. Сестра имеет широкие полномочия: проведение спирометрии, принимают с табакозависимостью, энурезами, мониторинг варфарина и т.д для того чтобы максимально разгрузить врача. Обучение населения: обычно пациент записывается к врачу, но квалификация медицинской сестры в ряде случаев позволяет ей разобраться в ситуации (хронические заболевания, контроль давления, профилактическая работа и т.д.), пациенты увидели, что при хорошем контроле со стороны медицинской сестры количество осложнений при хронических заболеваниях уменьшилось, ее контроль более эффективен. С другой стороны отношения врач-медсестра лучше, чем врач-пациент. Поэтому львиная доля посещений на дому отдается медсестре. Кабинеты врача и медсестры расположены рядом и совмещены, командный метод работы необходимо свести к максимальному эффекту. Через Интернет-сайт пациент может записаться на прием к врачу или медсестре: личный кабинет пациента – перевод на прием к врачу или медсестре. Прием врача 7 минут, медсестры 10 минут.

Есть плановые индикаторы врача и медсестры, оплата за их выполнение. Все врачи и медсестры работают по контракту. Протоколы ведения педиатрических больных определяется министерством здравоохранения, часть разработана научным сообществом или самостоятельно.

## **Скорая помощь SEM**

Скорая помощь SEM – централизованное, государственное предприятие, находится в подчинении Министерства здравоохранения, Департамента здравоохранения. Годовой бюджет 2010 г - 248 млн евро, в 2011г сокращен на 12%. Зона обслуживания более 7 млн человек, площадь обслуживания 32 тыс кв км. Орган управления – совет администрации из 16 человек, во главе которого президент. Обеспечивает неотложную медицинскую помощь всем жителям Каталонии. Направления деятельности: организация санитарных услуг, давать рекомендации, оказание неотложной помощи. В SEM имеется специальное подразделение для поддержки услуг, целью которых является обеспечение неотложной медицинской помощи или транспортировки в случае возникновения чрезвычайных ситуаций. В ночные часы и за выходные имеются надбавки, продолжительность отпуска 1 месяц. Существует дефицит врачебных кадров. Повышается роль среднего медперсонала и во многих машинах бригады состоят из техника и медсестры. Выделена новая специальность – техник по неотложной помощи, готовятся по договору с министерством здравоохранения, департаментом здравоохранения, университетом. В учреждении особо ценятся личностные качества сотрудников: честность, уважение, профессионализм, доступность, прозрачность, качество, эффективность, вовлеченность.

Стратегические направления:

- упорядочение системы службы 112
- превратить то, что есть в центр мобилизации ресурсов и центр поддержки граждан в момент проблем со здоровьем

Все звонки поступают в один из трех залов Диспетчерского центра по телефонам 061, 112, 902 111 444. Ежедневно поступает до 2000 /4500 звонков в диспетчерский пункт (соответственно 061/112).

### **Служба 061 – неотложная медицинская помощь**

Оператор (не медик) получает и обрабатывает вызов с помощью медицинского персонала и определяет приоритет в соответствии с конкретной патологией:

1. мобилизация максимально близко расположенного ресурса для оказания помощи на месте (компьютер определяет где и какие ресурсы есть и



нужны – перенаправляется звонок в конкретную машину). Группа по оказанию помощи отправляется на место инцидента для оказания медицинской помощи, стабилизации пациента и, при необходимости, его госпитализации в медицинский центр. Эта помощь может оказываться в различных местах: на дому, на рабочем месте, автомагистрали, в центрах первичной медицинской помощи, и др. Бывают «нулевые» выезды – когда отказ от вызова поступил в момент уже выехавшей машины.

Помощь на дому по вызову проводится в течение тех часов, когда не работают центры первичной медицинской помощи. Оператор SEM после обработки вызова направляет пациента в ближайший или наиболее подходящий центр, где пациент может получить помощь, или, в случае необходимости, координирует ресурсы для отправки пациента домой.

Оператор координирует транспортировку или передачу критических пациентов (взрослых и детей) из больницы, если в ней не хватает адекватных диагностических или терапевтических возможностей, в другой центр с необходимыми техническими и людскими ресурсами. Он определяет тип больницы в соответствии с конкретной патологией, организует койко-место, мобилизует ресурсы. В этом случае за перегоспитализацию несут ответственность специалисты данного ЛПУ.

- разрешение вопроса путем медицинских консультаций по телефону.

2. перенаправляет звонок врачу в случае отсутствия травмы. Советы, консультации по телефону дают медсестры.

Ресурсы:

- 716 специалистов: 75,4% - медики

- 422 подвижные единицы (автомобили) – на карте Каталонии обозначены схемы их расположения, машины прикреплены к пожарным, поликлиникам, больницам. В Барселоне - высокотехнологично оснащенные машины. Вызовов может не быть, но транспорт должен быть в наличии. Срок службы автотранспорта составляет 8 лет. Время доезда зависит от уровня приоритетности вызова: в черте города 10 мин, в сельской местности менее 20 минут, но зависит от места. По приоритетности: 0 - угроза жизни или ДТП на дороге; 1,2,3 – приоритеты от состояния пациента.

Виды автомобилей:

1. с базовым оснащением без медицинского работника, предназначен для транспортировки и оказания минимальной медицинской помощи, у персонала – базовые знания, есть электрошок; в сутки 351 выездов – 83,41%.

2. передвижная помощь с оснащением для оказания специализированной помощи, реанимации, в бригаде врач, медсестры, санитары; в сутки 67 выездов – 15,64%.

- 4 вертолета находятся на вертолетных площадках, для покрытия всей территории Каталонии; предназначены для оказания специализированной помощи оснащением, нет техников, 2 пилота

За 2010 принято и обработано 1 604 576 звонков, открыто 1057072 протоколов, задействовано ресурсов в 876 045 случаях.

#### **Служба 112 –служба спасения**

За 2010 принято и обработано 3 152 306 звонков, проведено 156000 административных консультаций, перевод сотрудникам при приеме иностранцев – т.к много иностранцев.

Существуют Коды активации: 1 – инфаркт (внутри группа разбита на 6 кодов), 2 – инсульт (внутри группа разбита на 6 кодов), 3 – политравма. Медицина работает по четко стандартизованным протоколам, т.к это времязависимые мероприятия, от выполнения которых зависит жизнь человека. Так например, при выявлении инфаркта с места происшествия информация поступает в больницу, где активируются необходимые службы для оказания экстренной помощи, и пациент, минуя приемную, поступает сразу в операционную – это позволяет снизить смертность.

#### **Институт Гуттман**

Институт является лидером в Каталонии и Испании в области нейрорургического лечения и реабилитации при ЧМТ и других неврологических нарушениях. Нейрореабилитация проводится с момента получения травмы и до конца жизни пациента. Девиз: возвращать к жизни. Метод изменил последствия катастрофических повреждений у человека.

Гуттман – немецкий нейрохирург с еврейскими корнями, получил травму, был парализован, организовал клинику, сначала в Лондоне. Один из отцов

параолимпийских игр.

В Барселоне 27.11.1965 был открыт институт Гуттман. Через 46 лет - это один из мировых лидеров в области реабилитации. Это частный некоммерческий фонд, не принадлежит к какой-либо церковной концессии. Основан по инициативе каталанского общества при сотрудничестве с государством и другими организациями: разработана целая программа с соблюдением всех юридических моментов – Этический кодекс. Входит в систему здравоохранения. Имеет международное признание. Высокоспециализированный центр, 4000 новых пациентов в год с конкретной патологией, в котором нарабатывается новый объем знаний и технологий, главное - человеческий высоконаучный подход, мгновенное внедрение в систему, трансляционные исследования. Работа только в междисциплинарной группе, к которой приписан пациент.

В Каталонии ежегодно 175 случаев с ЧМТ, по всей Испании 1150 случаев. Из них 54% травма у молодых. Ежегодно в Каталонии 450 нейротравм, в Испании 2850, из них 50% у лиц моложе 25 лет, больше всего при АДТ.

Более половины из них - миелиты, синдром Гийена-Барре и т.д. Пациенты с мозговыми поражениями не подлежат полному выздоровлению, они нуждаются реабилитационных мероприятий в высокоспециализированных центрах (нейрореабилитация). В составе - 152 койки (в т.ч 70 дневной стационар, 40 детская реабилитация), 17000м<sup>2</sup>, более 400 специалистов, 16000 пациентов в целом, бюджет 24 000 000 евро/год, аккредитация международного уровня, соответствие стандарту ISO 14001, имеет премию за охрану окружающей среды. Три клинических отделения: поражения мозга 44%, поражения головного мозга 49%, поражения у детей 7 %.

Цели Центра нейрореабилитации: технические и научные исследования у больных данного профиля, теплое отношение персонала, адекватная атмосфера, состояние душевного и физического покоя, возвращение к физическому труду.

Работа 2010г:

- 4430 пациентов (88% каталонцы, 11% испанцы, 1% иностранцы); в стационаре 860 (64% каталонцы)

- 2061 - 49% поражения спинного мозга, 1825 - 44% головного мозга, 7% детская реабилитация

Университетское учреждение, поэтому проводится преподавательская и научная деятельность, в т.ч в области прикладных технологий, 7 научных направлений, в т.ч. исследования в области регенеративной медицины; 21 курс по специализации. Имеет Центр социальной инициативы: свой журнал на колесах, интернет-сайт о проблемах пациента и ухаживающими, аудитория по профориентации. В клинике для каждого пациента выделена социосанитарная команда, которая сопровождает пациента на всем протяжении его жизни: поддержка, сопровождение, знакомство с личным врачом, оценка условий содержания в семье, адаптация пациента. В наличии 5 спортивных секций, адаптированных для инвалидов. Общественная деятельность, хорошие отношения с ассоциациями инвалидов, администрацией. Постоянно проводится обучение, подготовка, обмен опытом персонала. При проведении лечебных и реабилитационных мероприятий при поражении ГМ дБ ответ, может быть даже минимальный для контакта с пациентом. При поражении спинного мозга лечебного эффекта как правило нет. При выписке обязательно указываются данные этапного лечения (поступление-выписка).

Оплата: государство, частная страховка, самостоятельная.

Хирургические вмешательства – мозговые осложнения на урологическом уровне, травматические первичные поражения и осложненные, пластическая восстановительная хирургия, хирургия ЖКТ, широко применяется блоковая терапия, работа в залах, механотерапия. Стоимость в месяц 13-14000 евро (все включено, в т.ч оперативное лечение).

### **Госпиталь Матаро**

Пациентоориентирование – главный принцип работы. Самый крупный центр медицинских услуг:

- первичное обслуживание (первичное обращение пациентов перед госпитализацией), обслуживает 250000 человек (первичка+неотложка) на базе трех центров – 53 рабочих кабинета, центры разбросаны.
- стационар на 316 коек, 13 операционных, 66 врачебных кабинетов для пациентов, направленных из первичных центров, 1 ургентная операционная и амбулаторная.
- стационар одного дня для проведения химиотерапии онкологическим

больным, 40 ургентных боксов (педиатрические, родовая, травматологические, хирургические), В приемное отделение поступают больные из первичных центров или по неотложной помощи. Автомобили скорой помощи подъезжают к боксам. Все поступившие оцениваются по пятибалльной шкале, после чего экстренные больные транспортируются в боксы, остальные после диагностики находятся в зале ожидания. Неотложная помощь оказывается всем, независимо от полиса.

- центр в области душевного здоровья - прикреплено больше населения, чем в поликлинике - 400000 человек, в стационаре 53 койки для острых больных, 33 кабинета.

- социальный центр, дом престарелых, 62 социальные койки для пожилых, 40 коек с дневным пребыванием.

Индикаторы работы: 380000 визитов в год, 24000 госпитализаций, средний койко-день 4,85, занятость коек 86 %, неотложка 100000 - 54,9%, на 1 первичный визит-2.6 повторных. Бюджет годовой – 110,4 млн евро.

Штаты: 1500 человек, с совместителями – 1800. Из них 24% врачи, 53 % – медицинские сестры и санитары, 3 % техники, 20% администрация.

Социальное обслуживание пациентов длительного пребывания 18000чел, среднего пребывания 22000.

Очереди: средний лист ожидания плановой хирургической операции 73,1 дня (по Испании 180 дней), если из первичной службы 127 дней в среднем для всех специальностей. Для диагностических лист ожидания - 168 дней. По каждой службе расставляются приоритеты. Если лист ожидания превышает, то администрация перенаправляет потоки пациентов в другие клиники. Летальность больничная 5-6 %.

Экономика: основные затраты – стационарные, снижение затрат через альтернативную госпитализацию – амбулаторная хирургия, дневной стационар. 20 % пациентов потребляют 80 % ресурсов.

Новые технологии Центра: тромболизис, глазные томографии, инсульты, лазерная хирургия в оториноларингологии, фибробронхоскопия с криобиопсией.

Программы образования – студенты, интерны, непрерывное обучение, заключения договоров с университетами на практику медсестер.

Научно-исследовательская деятельность: СИБЕР – европейский проект, исследования респираторных заболеваний, проблемы старения и питания, исследования санитарных служб, электронные истории болезни, радиочастотный поиск пациентов.

### **Управление качеством**

Главные мероприятия: обеспечение выполнения стандарта медицинской помощи, разработанные МЗ Испании или Каталонии. Есть собственные системы качества по лаборатории.

С 2009г безопасностью пациента стали заниматься на качественно новом уровне. Идентификация пациента, предупреждение падений, профилактика пролежней, профилактика внутрибольничных инфекций и манипуляционных осложнений.

Ведется большая работа с клиникой боли у госпитализированных больных в послеоперационном периоде. После оценки проводится пересмотр стандарта и его утверждение. При определении порога боли стараются не увеличивать эти показатели.

Инфекционные болезни, правильность назначения и выписки антибактериальной терапии.

### **Раздел 3. Предложения по возможным вариантам использования изученного опыта в ходе реализации программ модернизации социальной сферы в регионах Российской Федерации**

#### 1. Подготовка кадров:

- прохождение интернатуры на рабочем месте с максимальной практической направленностью, в том числе и в районных больницах
- применение различных форм обучающих семинаров для медицинского персонала различных уровней по специальностям, в т.ч с районными специалистами
- обучение административного штата управлению персоналом
- учитывая отдаленность территорий проведение интерактивных семинаров, лекций в режиме on-line

#### 2. Управление персоналом:

- создать/укрепить команду единомышленников
- научить работать в команде
- повысить мотивацию работающего персонала
- стимулировать каждого

#### 3. Укрепление материально-технической базы:

- построить в регионе современное детское лечебное учреждение областного значения в соответствии с современными требованиями вместо многочисленных ремонтов старых корпусов различных ЛПУ, с последующим оснащением современным оборудованием
- приобретение однотипного оборудования, приобретаемого в рамках программы модернизации
- создание единой лабораторной сети в регионе (более дешевое и оправданное вложение средств)
- в перспективе – строительство детского реабилитационного центра для реабилитации детей с неврологическими нарушениями

#### 4. Информатизация (приложение 1):

- создание локальной сети в ЛПУ с обеспечением источником бесперебойного питания
- ввести электронный документооборот поэтапно, в последующем совместить амбулаторную карту с историей болезни
- создание в районных больницах видеоконференцсвязи для обеспечения консультаций в режиме реального времени круглосуточно

#### 5. Качество оказания медицинской помощи:

- критерии выполнения федеральных стандартов увязать с материально-технической базой в ЛПУ, дать время на подготовку к его выполнению
- проводить анализ рационального использования медикаментов, обоснованности госпитализации, листов ожидания и т.д
- продумать коды активации и координации программ между СМП и профильным хирургическим отделением для сокращения времени доставки пациента для оказания помощи пациенту (приложение №2)
- анкетирование, опросы родителей на удовлетворенность медицинской помощью

#### 6. Санитарно-просветительная работа

- работа с родителями, детьми, введение новых форм работы



## **Раздел 4. Приложения**

**1. БАРСЕЛОНА, ИСПАНИЯ, 3 июля 2006 г.** — Служба здравоохранения Institut Català de la Salut (ICS) заключила с корпорацией IBM четырехлетний контракт на сумму 20 миллионов евро для реализации проекта по трансформации и модернизации медицинских информационных систем в восьми госпиталях Каталонии. Консультанты IBM, обладающие глубокими отраслевыми знаниями, обеспечат разработку и внедрение новых систем для повышения качества медицинского обслуживания пациентов из этого региона. 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. Бизнес-консультанты IBM также разработают новую модель для процедур управления персоналом, призванную повысить эффективность работы сотрудников, и новую систему управления обслуживанием пациентов и работой клиник. Целью проекта является трансформация всей системы оказания медицинской помощи, чтобы упростить работу как рядовых сотрудников, так и руководителей службы здравоохранения. Подобная трансформация позволит предложить пациентам целый ряд более гибких сервисов за счет сокращения количества бюрократических процедур и объема административного управления. В результате врачи смогут быстрее обслуживать пациентов и более точно ставить диагнозы. Одной из ключевых составляющих проекта является создание системы

электронных историй болезни пациентов, доступной медицинскому персоналу в каждом госпитале. В этой системе будут храниться такие критически важные данные, как информация о перенесенных заболеваниях, результаты медицинских обследований и сведения об аллергических реакциях. Пациенты будут получать 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 будет обеспечен немедленный доступ в удобных для них режиме к истории болезни каждого пациента, включающей рентгеновские снимки и результаты ультразвукового сканирования, что позволит ставить более точный диагноз и выписывать соответствующие лекарственные препараты, которые находятся в наличии. Этот проект предусматривает также совершенствование администрирования работы госпиталей, которые получают передовые средства управления заработной платой и банковским обслуживанием, а также модернизированную систему составления графиков рабочих смен. «Современные инновации основываются на применении новейших технологий и подходов к решению сложных проблем. В отрасли здравоохранения существует ряд проблем, в решении которых инновации могут сыграть ключевую – «трансформационную» – роль, — утверждает Хосе Мария Жоана (José María Joana), руководитель деятельности IBM Global Business Services в Испании, Португалии, Греции, Израиле и Турции. — Этот проект выводит ICS в лидеры сектора здравоохранения, и мы рады сотрудничать с ICS с целью повышения качества медицинского обслуживания жителей Каталонии». Данное соглашение дополняет заключенный IBM и ICS в 2005 году контракт в области трансформации процессов управления финансами и закупками ICS. Это новое

соглашение является очередным подтверждением лидерства IBM в области разработки технологий для сферы здравоохранения.

2. Существуют коды активации и координации программ между уровнями для ускорения процесса идентификации и передачи пациентов с витальными нарушениями в стационар. В настоящее время в Каталонии действуют следующие коды:

- код IAM – код для больных с острым инфарктом миокарда. Активация этого кода влечет за собой координацию работы между SEM и стационаром таким образом, чтобы обеспечить выполнение малоинвазивного оперативного пособия - баллонной ангиопластики в течение «золотого» часа. Таким образом, сохраняется трудоспособность населения и значительное снижение его инвалидизации
- код ICTUS – код для больных с церебральной сосудистой аварией (ICTUS)