

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: Касьянов А.А.

Страна стажировки: Испания

Москва 2011

Раздел 1. Информационная часть

1.1. Наименование образовательной программы: Управление в сфере здравоохранения

1.2. Касьянов Андрей Анатольевич.

1.3. Смоленская область, Департамент Смоленской области по здравоохранению, начальник.

1.4. Эффективное планирование государственного задания в учреждениях здравоохранения различных правовых форм собственности.

1.5. Зарубежная стажировка проходила в Испании, г. Барселона с 14.11.2011 по 26.11.2011.

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

В ходе стажировки получена следующая информация о состоянии системы здравоохранения в Испании и Каталонии в частности.

Социо-демографические характеристики Испании.

В структуре 17 Автономных Муниципальных образований, имеются свои парламент и правительство. Площадь 504,750 km², население (2006): 44.708.964, продолжительность жизни 79,5 лет, рождаемость 10,6, общая смертность 8,7, младенческая смертность 3,5. ВВП на душу населения (PPP 2006) 27.522 USD, что составляет 5,4% от ВВП.

Система здравоохранения государственная, децентрализована. Финансируется из налоговых отчислений. Полномочия переданы автономиям. Организована по принципу всеобщего охвата, свободного доступа. Расширенный диапазон государственных услуг. Софинансирование затрат на фармацевтические продукты. Услуги, в основном, предоставляются государственными учреждениями. Гарантируется минимальный пакет, оплачиваемый через государственную систему здравоохранения. В целом в Испании удельный вес государства в системе здравоохранения составляет 71,2%.

Все государственные больницы предоставляют круглосуточную неотложную медицинскую помощь. В каждом административном округе Испании обязательно есть как минимум одна государственная больница, оборудованная новейшей медицинской аппаратурой, где работает высококвалифицированный персонал.

Разработана фармацевтическая и международная политика здоровья.

21,7% - люди старше 60 лет – это проблема для здравоохранения. При нынешней тенденции к 2050 г 45% населения будет старше 60 лет. Много лиц с хроническими заболеваниями, что связано со старостью. Требуется много людей для ухода за пожилыми людьми.

Еще одно из отличий – очень много городского населения. Плотность проживания от 30 до 100 тыс. населения на расстояния 20-30 км друг от друга. Поэтому должна быть широкая сеть инфраструктуры для соединения друг с другом.

Работающие испанцы и все члены их семей имеют карточки социального страхования. Эти карточки позволяют обращаться за различной медицинской помощью в эти центры здоровья. Таким образом оказывается первичная помощь. Всем нуждающимся в экстренной помощи могут оказать ее еще и в отделениях Испанского красного креста.

В Испании медицинское обслуживание имеет различные варианты. Основная масса населения пользуется услугами социального страхования - для этого ты должен быть зарегистрированным в Seguridad social (орган социального страхования) и иметь соответствующую пластиковую карту. Все услуги медиков по этой страховке Вам обходятся бесплатно (не считая

стандартных вычетов из зарплаты). Большим минусом этой системы является то, что к специалисту можно попасть только по направлению участкового врача и встречу могут назначить через пару месяцев. Так же и с плановыми операциями, можно год ждать очереди, но если что-то случается в экстренном варианте, все происходит на максимальном уровне. Госпитали социальной системы полностью оборудованы всем необходимым, а часто и лучше частных клиник.

Каталония является Автономным регионом Испании. Бюджет Департамента и медицинских услуг Каталонии составил **7 952 783 337 евро**, охват населения - **6 995 206**, на душу населения приходилось - **1 136,89 евро**.

В Каталонии численность населения составляет 7 600,00 тыс. чел. Самый лучший показатель по продолжительности жизни и системы здравоохранения в мире.

Продолжительность жизни: 80,6 лет, рождаемость (2004): 11,41 / 1000, общая смертность (2004): 8,9 / 1000, младенческая смертность: 2,87/1000.

В структуре населения Каталонии 19% составляют иммигранты.

ВВП на душу населения (PPP 2006): US\$ 31.910, что составляет 4,6-4,7% ВВП.

Выделено 4 приоритетных отрасли, где в сфере услуг здравоохранение находится на первом месте.

Все платят налоги. При обращении за медицинской помощью для тех, кто покупает лекарства по рецептам семейного врача, государство компенсирует 40% стоимости.

Вся медицина в Каталонии бесплатна для каталонцев (исключая пластическую хирургию и ортопедическую и эстетическую стоматологию). Однако пластическая хирургия тоже может быть бесплатной, если операция выполняется по медицинским показаниям (после ранений, ожогов и т.п.).

Все же следует отметить, что медицинская помощь не такая доступная. Так, в среднем, испанцам приходится ждать приема у специалиста 65 дней, максимально допустимый срок 180 дней. По некоторым врачебным специальностям средние показатели ожидания: обследования у гинеколога 71 день, а у невропатолога — 81 день. Ожидание на простатотомию составляет в среднем 62 дня, а на операцию по замещению тазобедренного сустава — 123 дня.

Главная задача Департамента здравоохранения Каталонии – контроль за качеством медицинской помощи. В автономии 348 медицинских учреждений, из них – 63 многопрофильных больницы, 23 психиатрических центра.

Областной бюджет Каталонии на 2008: 34.749 миллиарда евро. Удельный вес в нем здравоохранения составляет 26,93%, образование - 14,14%, группа терр. политик и гос. служб-12,99%, др. сектора 45,94%.

Центральное местное управление и социальные политики: приоритет – отдается здравоохранению.

Функциональная структура бюджета в 2008 году

Наименование	Доля
Санитарные отчисления	56%
Больничное лечение	45,25%
Аптеки	20,59%
Первичное здравоохранение	16,30%
Помощь при почечной недостаточности	1,05%
Медицинская транспортировка и неотложная помощь	2,81%
Охрана психического здоровья	3,39%
Больничное лечение по направлению амбулаторий	4,98%
Прочие специальные службы	1,46%
ВСЕГО	9.159 миллионов евро

Финансовая устойчивость: динамика затрат на душу населения.

Согласно «Отчету о финансовой устойчивости и территориальному балансу системы здравоохранения Испании до 2015 года» в 2011 году отчисления на здравоохранение от ВВП составили 4,7%. Государственные расходы на душу населения составили 1.500 евро, частные расходы на душу населения - 560/625 евро.

В сравнении с государственными расходами на здравоохранения с ЕС в % от ВВП: в Каталонии составляет – 4,6-4,7%, по ЕС в среднем – 6,4%.

Каталонская модель здравоохранения основывается на принципах качества, равенства (справедливости), децентрализации, эффективности, интеграции, участия, прозрачности, дополняемости и взаимодействия.

Организация, ориентированная на клиента

Все же население использует частные клиники, что связано несколькими факторами:

1. В государственной системе пациент не может напрямую обратиться к узкому специалисту, а только лишь через семейного врача;
2. Длительное пребывание в листах ожидания (катаракта – очередь 6-7 месяцев, а по частной страховке – в самое ближайшее время). Но уровень качества в государственном учреждении здравоохранения самое высокое.
3. Частная страховка – палата одноместная, по государственному страхованию – общая.
4. Роженицы хотят своего акушера. Могут сами выбирают себе гинеколога и акушера, находится в одноместной палате и т.д.

Схема системы здравоохранения Каталонии.

Все пользователи застрахованы, в том числе 20% застрахованных дополнительно в частных страховых компаниях.

Существует Каталонская модель со своей спецификой, характеризующаяся всеобщей доступностью, собственной организацией работы. Особенностью является то, что часть денег от налогов возвращаются

в Каталонию и правительство решает, которая часть пойдет на здравоохранении.

Кроме того, правительство создало структуру, которая является общественным гарантом. Это Общественно-страховая компания, которая получает деньги от правительства и гарантирует, что услуги будут гарантированного качества. Она работает с поставщиками. Поставщики имеют различные формы собственности – частные и государственные. В Каталонии лишь 20% клиник, больниц, поликлиник и других учреждений принадлежат Министерству.

Частные испанские медицинские страховые компании, такие как Sanitas, Asisa, Adealas предоставляют широкий спектр страховых полисов: индивидуальные, семейные, разной величины оплачиваемых услуг. Каждая компания имеет ряд клиник и госпиталей, а также заключает договора с врачами частной практики.

В Испании пациент не обладает правом выбрать 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.

Любой заболевший обращается в свой центр здравоохранения по месту жительства. При необходимости вызова неотложной помощи, гражданин напрямую обращается в службу скорой помощи и его вызов примет врач скорой помощи. Но нет гарантии, что он получит помощь специалиста, а лишь после его госпитализации. Но скорее всего его направят по месту жительства.

Может обратиться через кол.центр. Там работают более 200 человек, в том числе средний медперсонал с 4-х летним университетским образованием и прошедшие специализацию в течении 2-х лет по какому-то направлению. При обращении за медицинской помощью медсестра передает звонок врачу. Если необходимо, то высылает скорую и активирует срочную службу. Также возможно проведение только консультации по телефону.

В среднем испанцам приходится ждать приема у специалиста 65 дней, максимально допустимый срок 180 дней. По некоторым врачебным специальностям средние показатели ожидания: обследования у гинеколога 71 день, а у невропатолога — 81 день. Ожидание на простатотомию составляет в среднем 62 дня, а на операцию по замещению тазобедренного сустава — 123 дня.

Взаимосвязь через ПК 100%. В ПК 60% больниц имеют доступ к базе данных, на 2012 год – 90% .

Ведется электронная история. Сейчас в 60% случаев электронный вариант. Защита персональных данных регулируется Каталонским законом.

Все истории в электронном виде, можно анализировать по различным критериям и характеристикам.

Больничная помощь оказывается в 20,18% учреждениями государственной формы собственности и 79,82% - негосударственной, первичная помощь соответственно - 87,06% и 12,94%, психиатрическая помощь - 27,79% и 72,21%, долгосрочная помощь - 38,43% и 61,57%.

Имеется 365 центров первичной помощи, в штате которых 20-50 различных специалистов, много мультидисциплинарных команд – дантист, медсестры, социальный работник.

Пожалуй, самым неожиданным было то, что государственные центры, где получают медицинскую помощь каталонцы, и частные медицинские центры, изначально рассчитанные на платные услуги, не имеют большой разницы между собой. Уровень оснащенности, и качество медицинской помощи на самом высоком уровне.

В основу деятельности медицинского персонала: индикаторы качества. Все получают надбавку, тогда качество улучшается. Размер надбавки зависит от уровня профессионального образования, надбавки за выслуги лет, публикаций в прессе, преподавательской деятельности, вовлечения коллектива, обучения в коллективе. Философия командной работы.

Для оценки используется система светофора. При выявлении недочетов присваиваются значки различных цветов, после чего дается время на устранение. Данные используются при оплате труда. Так при всех значках с зеленым цветом выплачивается до 100% премии – это 7000, а если имеются красные – снижается. Чтобы получить минимальную надбавку используется до 50% критериев оценки.

Система индивидуальных показателей, позволяет сравнить с другими врачами ЛПУ Каталонии.

Обучение специалистов осуществляется в ВУЗе с 6-и летним сроком обучения, 2 года - интернатура, 2 года - ординатура. У каждого врача-интерна или ординатора имеется наставник. 3 мес. необходимо отработать в сельской местности. На каждого гражданина предусмотрено 1237 евро в год. Соотношение врачей – медсестер 1/1.

По данным Национального Института статистики Испании в сфере медицинского обслуживания трудятся более 600 тыс. профессионалов, из них более 200 тыс. это врачи различных специальностей, более 250 тыс. медсестринский персонал, более 30 тыс. физиотерапевты и около 30 тыс. специалисты-стоматологи.

Потребность исходит из установленного норматива обеспеченности врачами и мед. сестрами. Так на 800 граждан необходимо 1 мед. сестра, на 1500 граждан – 1 врач.

Разработана санитарная карта территории, каждые 30 км, узаконено документом. На 5000 граждан по стандарту оснащение первичных центров одинаковое. Лабораторные анализы делаются в централизованной лаборатории, для чего предусмотрен транспорт для доставки анализов.

Благодаря такой централизации и наличию информационной связи семейные врачи могут запрашивать любой анализ.

Обеспечение качества оказания медицинской помощи в частных лечебных учреждениях осуществляется через аккредитацию, контроль найма персонала (государство).

Пациенты выбирают любое учреждение, врача, средний персонал, но не могут выбирать врача специалиста.

Менеджмент в системе здравоохранения.

Существует разделение функций. Департаментом здравоохранения осуществляется составление плана по здравоохранению, передача экономических ресурсов, планирование. Страхование (закупка услуг) гарантирует медицинские услуги, обеспечение медицинскими услугами осуществляется через сеть учреждений.

Основными участниками системы здравоохранения являются:

- Департамент здравоохранения, который осуществляет страхование, со 100%-ым охватом. Государственное страхование занимается покупкой услуг, контролем качества. Доля частного сектора страхования составляет 24%;

- Госпоставщики и частные поставщики (с прибылью и без нее), обеспечивающие услуги;

- Граждане, являющиеся потребителями услуг.

В среднем каталонцы делают 6-7 посещений к врачу в год, можно предположить, что диспансеризацию проходят все.

Показатели работы здравоохранения:

Общее число коек в стационарах: 4,8 на 1.000 жителей

Число коек неотложной помощи: прибл.2,6 на 1.000 жителей

Врачи: 3,7 на 1.000 жителей.

Расходы на душу населения в 2007: 1.250 евро / чел

Выписки из стационара 98 на 1.000 жителей

Сеть государственных учреждений:

- 400 участков первичной помощи + 820 местных центров
- 63 больницы неотложной помощи на 15.143 коек
- 21 психиатрический центр (3.907 коек, + 444 в больницах скорой помощи)
- 84 центров долгосрочной помощи на 7.539 коек

Тем не менее имеется ряд основных проблем в системе здравоохранения Каталонии:

• Демографические и культурные изменения:

Старение → Иждивенчество

- Иммиграция
- Рождаемость

Социологические и эпидемиологические изменения

- Научно-технический прогресс
- Экономическая устойчивость

После 2004 года внедрена новая модель здравоохранения, показателями которой являются доказательность, эффективность, качество, удовлетворение гражданина, справедливость. Участниками являются: граждане, территории, организации, профессионалы.

Принципы, на которых основывается деятельность: децентрализация, интегральность и трансверсальность, планирование, сотрудничество, устойчивость, инновации. При этом направлениями действия являются организация и участие, здравоохранение, помощь, качество.

Основные политики управления:

- Улучшение финансирования здравоохранения в Каталонии
- Принятие нового закона о здоровье в Каталонии
- Развитие территориальных органов управления здравоохранением
- Развитие новых территориальных схем финансирования

На рассмотрении в Парламенте находятся закон об Институте здоровья Каталонии и создание Агентства здравоохранения.

Законом об Институте здоровья в Каталонии предусматривается реорганизация учреждений государственной формы собственности в независимые государственные учреждения, поддержка разделения организации, покупающей услуги от провайдера услуг, повышение управленческого потенциала государственных учреждений, совершенствование отчетности.

Создание Агентства здравоохранения предусматривает распространение разделения финансирующей организации и провайдера услуг на систему здравоохранения, стимулирование взаимодействия и сотрудничества различных администраций, аккредитация провайдера услуг, стимулирование трансверсальности и интеграции, особенно в первичном здравоохранении, ориентация на качество, преобразование и обновление технического и управленческого персонала.

Стимулирование территориальных органов здравоохранения

Цель: Создать устойчивый орган взаимодействия между областным правительством и местными органами самоуправления. Юридический статус- консорциум.

Специфические цели:

- Справедливость. Уменьшение диспропорций.
- Трансверсальность мер
- Интеграция мед. помощи
- Устойчивость
- Реагирование на демографические проблемы
- Участие
- Прозрачность
- Рост субсидий

Поддержка территориальных органов управления здравоохранения

Формирование компетентного управления между областной и муниципальной властью. Передача компетенций. Налаживание устойчивого взаимодействия осуществляется посредством создания нескольких структур:

- формируется управленческий совет состоящий на 50% из областной администрации и 50% муниципалитетов под председательством областной администрации;

- экспертные комитеты (общественный комитет и комитет провайдеров услуг).

Управляющий совет утверждает стратегический план, который направляется в муниципалитеты, Департамент здравоохранения, страховщикам.

Развитие новых территориальных схем финансирования

Подушевому финансированию отдается предпочтение по следующим причинам:

1. Для поддержки создания интегрированных систем здравоохранения, основанных на удовлетворении потребностей населения.

2. Для повышения эффективности системы, поддержки более координированного управления здравоохранением.

3. Для стимулирования повышения качества медицинских услуг, обеспечение наиболее адекватного уровня медицинской помощи.

4. Для разделения ответственности на разных уровнях оказания медицинской помощи, с передачей части рисков провайдерам услуг.

Подушевое финансирование

Ожидаемый результат - это переход к модели, основанной на потребностях, переходу к глобальным закупкам: совмещение и замещение. Оценка качества на основе здоровья. Стимулирование связи: координация, сотрудничество.

Порядок выписывания рецептов на фармацевтические продукты.

Разрешения, цены, сотрудничество с производителями и дистрибьюторами.

Система государственного здравоохранения в Испании

Фармполитика (ФП) включает:

- распределение компетенций между субъектами и уровнями
- отношения с промышленностью

Цель ФП: - обеспечение доступа к фарм. и санитарным продуктам;

- лицензии и разрешение выпуска на рынок (центр);
- фарм упорядочение (регион);
- гарантия качества фарм услуг населению в ЛПУ гос. и частных
- обеспечение рационального расходования медикаментов

Лаборатории подают документы, а также описывают критерии, по которым могут выдаваться фарм. продукты по рецепту или свободно, в больницах или в учреждениях со спец режимах.

После оценки лек. средств формируется политика ценообразования, которая является компетенцией МЗ Испании. Есть система фиксированных цен на лекарства, которые можно прописывать в гос. системе здравоохранения. На остальные рыночная цена.

МЗ Испании осуществляет регулирование количества и деятельность лаборатории для того, чтобы не было перехлеста по производству и разработкам.

Лицензирование и открытие аптек жестко регулируется. Это частные учреждения, представляющие общественный интерес.

Страхование пациента это гарантия портфеля услуг, которые получит пациент.

Рецепты зеленого цвета предназначены для работающих, а красные для пенсионеров.

Существует система электронной выписки рецептов, но есть и на бумаге. Пациент со своей карточкой может получить в аптеке лекарство, оплатив его. Аптека выставляет счет ЛПУ, которая возвращает часть денег. В больнице лекарства предоставляются бесплатно.

Электронный рецепт позволяет экономить время. Есть санитарная карточка (пластиковая) – информация с личными данными, а все данные через эту карточку доступ к базе данных, где есть данные по рецепту и пациент не должен ходить каждый месяц за новым рецептом.

Существует договор с коллегией аптек и все услуги на одинаковых условиях для пациента, ЛПУ и аптеки.

Не все лекарства финансируются из гос. системы. Зависит от заболеваний и последствий.

В Испании действует закон регулирующий оборот лекарств.

Новым критерием является фиксированные цены и соотношение цена-эффективность. Цена и маржа включают в себя продажная цена лаборатории, затраты аптеки и продажная цена аптеки. Дженерики снижают цены на оригинальные препараты. Существует порог стоимости в 1 евро, как минимальная цена. Также есть референтная цена – цены снижаются или не финансируются из гос средств.

Выписка рецептов осуществляется из расчет действующего вещества и если цена выше то оно остается вне системы оплаты.

Регулирование цен происходит на нескольких уровнях:

Национальное – регулирует предложение;

Региональное - регулирует спрос (рецепты, счета и тд).

Функционируют консультационные советы по болезни Альцгеймера, редким болезням. Есть программы по профилактике ошибок в том числе при выписке рецептов.

Есть модули, которые дают информацию о взаимодействии медикаментов и т.д. (справочники). Там же рекомендации, которые помогают выписать нужный рецепт.

Аптекам, которые находятся в различных условиях и на больших расстояниях от пациентов, в труднодоступных местах предоставляются определенные преференции

Контролируются рекламные компании и акции по медикаментам

Функционирует 255 лабораторий по производству. 50% на территории Каталонии. 77,2% - национальные, 22,8% – международные. 22 тыс.

работников, что составляет 55% всех работников фарминдустрии Испании. 58,2% от производства в Испании и 3,5% Европы. 2/3 действующих веществ Испании производятся в Каталонии.

21,49% - составляют 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.

Визиты в медицинские центры

Больничные услуги. Госпиталь Енрик Майолас

Частная структура, управление кооперативом врачей и медсестер.

Ведется электронная история болезни.

В Каталонии часто управление осуществляется не самой больницей, а сторонней организацией.

Но есть среди больниц и общее: система организации и архитекторы всех больниц обязана придерживаться определенных правил при проектировании больниц.

При поступлении в больницу пациент подписывает согласие на любые манипуляции в больнице.

Врач работает на ставку 38 часов в неделю. Врачи совмещают работу в частных клиниках после основной работы. Имеется социальная защита врача: соц. пакет полный, при заболевании более 18 мес. оплата снижается до 80%, пенсия врача 2100 евро.

- Организована коллегия врачей, которая развивает деятельность по поддержке врачей. Так, например, для врачей, имеющих вредные привычки (алкоголь, наркотики и др.), с учетом, что врач плохой пациент, существуют специальные анонимные клиники. После лечения специалисты возвращаются к нормальной работе. Финансируется это лечение из соцстраха и коллегии врачей.

Большое значение придается работе в команде. Действует принцип - стимулировать каждого.

Больницы подразделяются по уровням:

1 уровень – общая хирургия акушерство и плюс те, кто необходим (терапия, окулисты, лаборатория, скорая помощь).

2 уровень – неотложка, там, где требуется интенсивная терапия. Работает больше специалистов.

3 уровень – технологичная помощь, квалифицированная помощь, так например, одна больница с ожогами, другая трансплантация и т.д.

Листы ожидания (ЛО)

Вопрос наличия очередей к врачам решается путем ввода листов ожидания. В кардиологии, онкологии нет листов ожидания.

В ЛО ставится, если в зависимости от срочности предоставления помощи.

Стандарты оказания медицинской помощи:

Есть стандарты в системе аккредитации. Есть агентство по качеству, которое контролирует качество. Проводится анализ удовлетворенности.

Система подготовки врачей

В Испании сложилась хорошая система.

Кто хочет быть медиками сдают ЕГЭ, но при этом кол-во желающих ограничено. Создается рейтинг, определяется проходной балл (высокий) в 2011 из 10 нужно набрать больше 8, чтобы попасть. Спрос очень высокий. В Каталонии несколько факультетов. Только 3 в Барселоне. 6 лет обучение. Практика в различных медицинских учреждениях.

После 6 лет образования, сдают общенациональный экзамен и по результатам составляется рейтинг студентов. Согласно рейтингу студент может выбирать специальность. Около 4000 мест на специализации.

Можно специализироваться в первичных центрах или в больнице в зависимости от желания и будущей специальности. При этом 95% врачей должны пройти специализацию. Даже те, кто будет работать в первичной помощи должны специализироваться по семейной медицине. Они работают на перспективу, чтобы найти место в престижной клинике. На этих интернов большой спрос.

Интерны получают в первый год 1100 евро в мес. на 4-м 1600 евро. Существует система рейтингов (от 1 до 300) на любую специальность. Очень большой спрос на хирургию.

Больницы могут подавать заявки на принятие у себя студентов, они проходят аккредитацию и получают право на работу со студентами.

Если аккредитация по хирургии, то учитывается количество операций в год. Образование 4 года и в каждой больнице разный перечень программ. Аккредитация проводится каждые 2 года, но не всегда подтверждается.

Первичные центры тоже подтверждают аккредитацию по семейной медицине. На протяжении 25 лет проводилась реформа в центрах первичной помощи, где помощь оказывается семейными врачами - это основа первичной помощи. Планируется, что в больницах не будет общих терапевтов, а будут семейные врачи.

Студентов могут принимать и частные больницы, что позволяет студентам знакомиться со всеми формами здравоохранения.

Система подготовки специалистов включает обучение 20% иностранцев (Латинская Америка, Италия), которые должны подтвердить уровень первичных знаний.

Обучение не дорогое 1200 евро в год. Международный университет Испании является первым частным учреждением. Там стоимость в 10-15 раз больше, чем в других учебных заведениях. Выпуск составляет 80 врачей в год. В Барселоне – 200 специалистов в год. Как правило, количество выпускников достаточное, редко приглашают со стороны из других стран.

Для среднего медперсонала образование в университете 3-х годичное.

Также готовится вспомогательный медицинский персонал – техник здравоохранения, персонал лабораторий, рентген, техник по реабилитации.

Система подготовки техников проще, это не высшее образование. Им не надо сдавать ЕГЭ. Это как 2-х годичное профессионально-техническое образование (ПТУ). Готовятся лабораторные техники только для лабораторий, техники рентгенологи и для радиотерапия, реабилитации, акушерки.

В больницах старший и младший медперсонал играет большую роль.

Медсестры работают параллельно с врачами. Осуществляют контроль пожилых пациентов, которые записываются на прием к сестре, после чего пациента может осмотреть врач.

Органиграмма - должность старшей сестры практически приравнена к должности главврача.

В Каталонии на 1 млн. жителей нужно 500 врачей. Средний возраст врача 47-48 лет.

Существует последипломное образование в виде курсов подготовки специалистов. Образование непрерывное, ответственность за обучение лежит на враче.

Семейный врач Dr Toni Iruela Dra Rosario Jimenez

Главный принцип: близость, полный охват, мультидисциплинарность, работа по микрорайонам.

Территория 20 кв.км – 55-60 тыс. населения.

Социореабилитационный центр на 200-250 коек. 2 здания. Одно обслуживает 1 район, а второе жителей другого района.

Каждый центр:

семейный врач, - 29

педиатр - 7

медсестры - 18

Для диабетиков предусмотрен еще подолог. приемное отделение

социальный работник - 1

администрация - 12

есть врачи специализирующиеся по гериатрии

Обслуживание по телефону и анализы по интернету, очных – 20-30 посещений в смену.

Социо-реабилитационные отделения – посылают после тяж бронхитов, пневмоний, переломов.

Госпитализация идет через поликлиники или самостоятельно.

Работа построена в команде, поэтому максимальный эффект.

Можно записаться к своему врачу или сестре через интернет – время от 7 до 10 минут

Есть плановые индикаторы – и оплата по выполнению этих планов.

Институт Гутмана

Спроектирован более 30 тыс. коек, 4 млн. м², 250 профессионалов.

Три здания – диагностика, стационар и реабилитация.

Сейчас сроки реабилитации уменьшаются, поэтому идет на увеличение диагностики..

Современное видение – интеграция лечебного и учебного процесса необходимо передавать знания и научные исследования, при этом вписываться в существующую структуру.

Основной – стационар. Привлекательность и удобство для потребителей - это главная тема нашей работы. Для пациентов в их выздоровлении качество, спокойствие, приятная глазу обстановка, играют большую роль.

Госпиталь Дель МАР в олимпийской деревне

Изначально больница строилась, как больница для олимпийцев.

Находится на пляже, стационар, ведет преподавательскую и научную работу. Стационар отделен от диагностики..

Институт Гуттмана

Основное направление – 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.

Работают с самого момента травмы и до конца жизни пациента.

Гуттман (немецкий нейрохирург с еврейскими корнями) – организатор института, он получил травму, был парализован, организовал вначале под Лондоном. Он один из основатель параолимпийских игр. 46 лет назад организована оснащена новейшим оборудованием, стали мировым лидером в нейрореабилитации.

Основан по инициативе каталанского общества в сотрудничестве с администрацией и другими организациями.

Развернут на 152 койки, 17000 м², 70 коек – дневной стационар, 40 коек - детская реабилитация. Работает более 400 специалистов. Лечатся 88% каталонцев, 11% испанцев, 1% зарубежные пациенты.

Университетское учреждение ведем научную и образовательную деятельность. Используются прикладные технологии в нейрореанимации.

7 научных направлений.

Центр социальной инициативы. Имеется социосанитарная команда, которая организует помощь в поддержании, сопровождении. Знакомятся с лечащим врачом, оценивают его условия, с семьей, смотрят, насколько

адаптирован, привлекают к спорту, для чего организованго5 спортивных секций.

Это высокоспециализированный центр. Ежегодно к нам приходят 4000 пациентов. Работа строится в междисциплинарных группах. Каждый пациент приписан к такой группе. Развита общественная деятельность, сформированы хорошие отношения с ассоциациями инвалидов, администрацией.

Стоимость койко-дня от 13 до 18 тыс. евро в месяц, есть телемедицина, пластическая восстановительная хирургия

Оказание скорой медицинской помощи помощь

Государственное учреждение, подчиняется МЗ, Департаменту здравоохранения.

Обслуживает более 7 млн. человек, протяженность обслуживаемой территории территории 32 тыс. кв. км.

Возглавляют органы управления, во главе президент, есть совет администрации, состоящий из 16 человек.

Стратегические направление:

- упорядочение системы службы 112
- превратить в центр поддержки граждан в момент проблем со здоровьем
- В 2010 г бюджет составил 248 млн евро, в 2011 – урезали на 12%.

В диспетчерский пункт поступают звонки из 061 и 112 из скорой неотложной помощи. Звонки принимаются и оцениваются. Далее либо дается телефонный совет или активируются ресурсы. В диспетчерский пункт поступает до 4 – 4,5 тыс. по 112 и до 2 тыс. по другому телефону.

По 061 звонок принимает профессионал не медик и у него имеется алгоритм ответов. Если ДТП – активирует ресурсы, если не травма – перенаправляет звонок врачу, медицинские советы дают медсестры.

В арсенале 422 подвижные единицы автотранспорта, 4 вертолета для покрытия все территории. Срок службы автотранспорта – 8 лет.

1 вид автомобиля – 351 (83,41% - выездов), нулевое базовое оснащение, нет медработника, для транспортировки и оказания небольшой мед помощи базовые знания, есть дефибриллятор.

2 - 67 (15,64% выездов) – передвижная помощь, есть врач, медсестры, санитары.

- специализированная помощь, реанимация.

-вертолет – тоже специализированная помощь и спец. оборудование.

Работает 716 специалистов (75,4% - медики), за 2010 год 1 604 576 звонков.

Координирует межбольничные отношения, так как не во всех больницах имеются весь спектр высокотехнологичной помощи и требуется своевременная перевозка больного из больницы в спец центр.

Работают по одним протоколам, так как это время зависимые мероприятия, сказывается на выживаемости и важна точность.

Например, выявляется инфаркт, активируются службы больницы и пациент поступает в операционную минуя приемную – это позволяет снизить смертность.

Используется 6 кодов на инсульт и 6 на инфаркт. Время доезда зависит от уровня приоритетности. В городе 10 мин, в сельской – менее 20 минут, но зависит от места.

Функционирует 3 диспетчерских центра. Машины прикреплены к пожарным, поликлиникам, больницам.

Кадровые проблемы: врачи, повышение роли среднего медперсонала и во многих машинах работают техники и медсестры. Новая специальность – техник по неотложной помощи.

Больница Сант Пауло

Основана 1401 году. Это университетская больница. Владельцы управляют недвижимой собственностью и социальными программами. Им подчинятся отделения здравоохранения и исследовательский институт, университет занимается обучением докторов.

Получает дотации из бюджета. В 1990 году правительство Каталонии вошло в совет правления больницы. Больница обслуживает 430 тыс. человек, охват 25% Барселоны. Работает в сотрудничестве с 17 поликлиниками.

Каждый микрорайон имеет большую клинику (4 районные больницы)

В 2009 году открыто новое здание. 10 лет строительство. Развернуто 644 койки, палаты на 2 и 1 человека, 64 реанимационные койки, 136 мест для дневного стационара, 67 врачей, 21 операционная. Проводится 24 тыс. хирургических вмешательств.

Бюджет составляет 320 млн. евро, где заложен и ремонт и замена оборудования и 13 млн. евро расходуется на научные исследования.

Работает 621 врач, 295 интернов, 1624 медсестер.

Стоимость операции зависит от сложности. Выставление тарифов за процедуру по мировым ценам.

Основное – это приоритетность качества услуг.

Министерству представляется план развития, сложность мероприятий.

При закупке оборудования проводится тендер.

Используемое оборудование на кардиооперации фирмы «Filips»

Проводится 180 пересадок сердца в год. Также проводится пересадка костного мозга. Пересадки – регламентируются законами.

Имеются модули. В каждом модуле – своя приемная. Врачи и медработники пересекаются лишь в кабинете. По специальному переходу врачи приходят к пациентам.

Медицинский Центр TEKNON.

Пластическая хирургия: в таких клиниках 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, транслюминальной хирургии NOTES – эндохирургического вмешательства через естественные отверстия- и техники SILS (хирургия пупочным доступом) в хирургии ожирения. 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.

Практически нет младенческой смертности.

Работает комплекс Да Винчи для урологии и гинекологии. В перспективе для кардиологии. Работает дневной стационар.

При необходимости возможно создание команды за 1- 1,5 часа.

Оплата за процедуры, а не за койко-день. Соответственно меньше лежать и большой оборот койки. Есть государственная компания, которая может наказать за некачественное оказание медпомощи. 1 раз в 4 года подтверждается высочайший уровень, лишь 2 учреждения этот и в Наваре госпиталь. Подбирается персонал высокого уровня.

Оснащено оборудованием по различным категориям:

- аудиовизуальное оборудование,
- для аудио и видео контроля (телемедицина),
- передача в реальном времени хирургических вмешательств, благодаря чему можно комментировать ход операции для коллег и студентов, а также в разные части мира,
- акустическое оборудование:
 - громкая связь и объявления, системы традиционных средств оповещения, что позволяет определить местоположения человека, персонала и найти человека,
 - совместили традиционные, позволяющие быстро осуществлять связь между пациентом и врачом, можно вывести на экран информацию о пациенте, врач или медсестра могла видеть информацию в реальном времени.

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

Организация учреждения государственной формы собственности в независимое государственное учреждение, поддержка разделения организации, покупающей услуги, от провайдера услуг, повышение управленческого потенциала государственных учреждений, совершенствование отчетности.

Создания структур, для управления, состоящих на 50% из областной администрации и 50% муниципалитетов под председательством областной администрации, экспертных комитетов (общественный комитет и комитет провайдеров услуг).

Управляющий совет утверждает стратегический план, который направляется муниципалитеты, Департамент здравоохранения, страховщикам.

Введение электронных рецептов. Пластиковых медицинских карточек, где имеется информация о личных данных.

Развитие первичной медико-санитарной помощи (амбулаторно-поликлинический уровень) должно происходить в направлении приоритетного обеспечения населения прикрепленной территории (или учреждения), прежде всего, здоровых людей и лиц с хроническими заболеваниями вне обострения, профилактической помощью.

Основными функциями первичного амбулаторно-поликлинического уровня должны стать:

- пропаганда здорового образа жизни и консультирование по вопросам поддержания и улучшения здоровья человека;
- разработка индивидуальных программ профилактики (коррекция образа жизни, превентивное лечение);
- наблюдение (и углубленные осмотры) за лицами, относящимися к группам риска и хроническими больными;
- мониторинг здоровья беременных женщин и перинатальный скрининг;
- неонатальный скрининг; диспансеризация детей и подростков;
- профилактика инфекционных заболеваний, включая все виды вакцинации;
- лечение интеркуррентных и других нетяжелых заболеваний и функциональных отклонений (в рамках нетяжелого обострения хронического заболевания), не требующих регулярного активного патронажа.

При организации скорой медицинской помощи:

Создание единой электронной диспетчерской службы.

Оснащение машин СМП системой спутниковой навигации, а также многофункциональными средствами для оказания неотложной помощи.

Использование четкого разделения потоков пациентов дневного стационара и больничной помощи, разделение потоков перемещения по амбулаторному отделению персонала и пациентов (потоки не пересекаются).

Внедрение принципов самоуправления и корпоративной ответственности позволит эффективно использовать материальное и моральное стимулирование в повышении мотивации каждого члена медицинской коллектива к непрерывному профессиональному совершенствованию, что приведет к значительному повышению качества как его персональной работы, так и всего лечебно-профилактического учреждения.

Создание информационно-коммуникационной инфраструктуры для нужд медицины, с применением современных информационно-коммуникационных технологий в сфере здравоохранения.

Внедрение стандартов и порядков оказания медицинской помощи во всех учреждениях здравоохранения, полноценное наполнение тарифа позволят обеспечить качественной медицинской помощью население.

Таким образом, рост ценности здоровья у граждан РФ в системе приоритетов общества, диктует необходимость эффективного функционирования системы здравоохранения, реально влияющего на показатели здоровья населения.