

**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: Киричук Сергей Васильевич

Страна стажировки: Испания

Москва, 2011

Раздел 1. Информационная часть

1.1. Наименование образовательной программы:

Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения в 2011-2014 гг

1.2. Фамилия, Имя, Отчество слушателя:

Киричук Сергей Васильевич

1.3. Регион, место работы, должность:

**Калужская область,
Государственное бюджетное учреждение Калужской области «Калуж-
ская областная больница»,
главный врач**

1.4. Наименование выполненного в рамках программы Проекта:

**«Актуальные проблемы функционирования (выживания) и приорите-
тные направления развития районной системы здравоохранения»**

1.5. Сроки и место проведения зарубежной стажировки:

**13 – 26 ноября 2011 г.
Испания, Барселона**

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

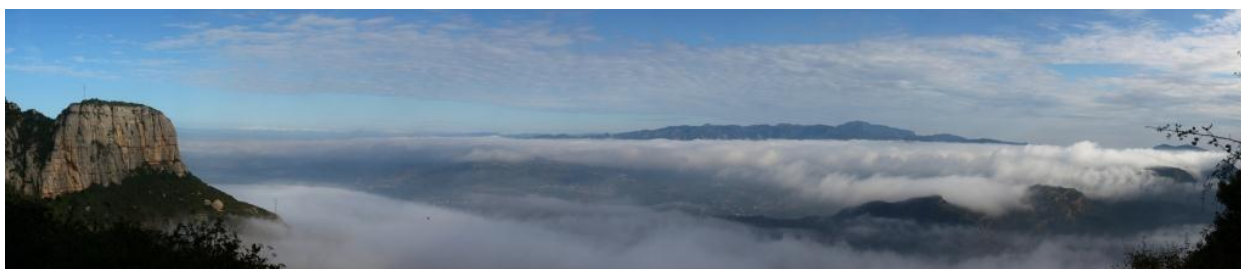
Во время зарубежной стажировки группа работников здравоохранения из различных регионов Российской Федерации ознакомились с системой здравоохранения Каталонии.



Ежедневно проходили встречи с руководителями и организаторами Департамента здравоохранения, ведущих лечебных и диагностических учреждений Барселоны.

Ежедневно проходили встречи с руководителями и организаторами Департамента здравоохранения, ведущих лечебных и диагностических учреждений Барселоны.

Каталония - провинция на юго-востоке Испании.



На севере Каталония граничит с Францией и Андоррой, на западе - с Арагоном, на юго-западе с Валенсией.

Береговая линия около 580 километров.



Население Каталонии составляет свыше 7 миллионов человек. Каталония является экономически самым развитым регионом Испании. При численности населения около 16% от общего населения Испании, Каталония производит 23% от всего ВВП Испании. Уровень ВВП на душу населения в Каталонии один из самых высоких в Европейском Союзе.

Промышленность составляет 25% Каталонской экономики, 64% - сфера услуг.

Среди сферы услуг – не последнее место занимает система здравоохранения.

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

О достойном качестве медицинской помощи свидетельствует и продолжительность жизни населения Каталонии — одна из самых высоких в мире. В среднем 78 лет живут мужчины и 83 года — женщины.

Здравоохранение считается частью системы социального обеспечения и финансируется за счет налогов.

Всего в Каталонии 348 медицинских учреждений — 20 % которых принадлежит государству, 70 % представляют собой медицинские центры различной формы собственности и лишь 10% -частные. Больших различий в оказании услуг между частными и государственными клиниками нет.

Вся медицина Испании находится в ведении Министерства здравоохранения. В сферу деятельности Министерства входит:

- координация работы служб общественного здравоохранения и лечебных учреждений,
- разработка законодательной базы в сфере медицины,
- стандартизация лекарственных средств.

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

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

Во всех больницах можно получить следующие виды услуг:

- первичное медицинское обслуживание детского и взрослого населения;
- общее укрепление здоровья;
- профилактика заболеваний;
- хирургические вмешательства;
- амбулаторная и стационарная помощь.

Факторы, влияющие на систему здравоохранения Каталонии:

1. 21,7% - люди старше 60 лет – и это проблема для здравоохранения Ката-



лонии, при нынешней тенденции к 2050 г. уже 45% населения будет старше 60 лет. Однако есть стратегия для решения такой проблемы.

2. Нужно много людей для ухода за пожилыми.

3. Отличие от других регионов – очень много городского населения - 4,5 млн. – Барселона, есть города с населением от 30 до 100 тыс. человек, на расстоянии 20-30 км друг от друга, соответственно должна быть широкая сеть инфраструктуры для соединения друг от друга (в этом одно из отличий от России с ее огромными расстояниями и крайне низкой плотностью населения, особенно в Сибири и районах Крайнего Севера).



4. 19% населения Каталонии – иммигранты (Марокко, Румыния, Эквадор, Боливия, Колумбия и т.д.), а это другая культура традиции и т.д., соответственно встают вопросы интеграции в культуру Испании.

Русских не много, в основном это инвесторы (скупка жилья), а также туристы на период отпусков.

5. В РФ много природных ресурсов. В Каталонии – лишь желание развиваться и двигаться дальше, поэтому люди должны быть предприимчивы-

ми.

6. Экономический фактор – огромная зависимость от того, как будет финансироваться здравоохранение.
7. Медицинский аспект – необходимо предвидеть структуру заболеваемости, очень много хронических больных, связанных со старостью или с качеством медпомощи.
8. Нужно готовиться к тому, чтобы при этом и через 20 лет система выжила.
9. Каталонцы приобретают привычки, не свойственные раньше – жирная, высококалорийная еда (гамбургеры и тд.), такие алкогольные напитки как пиво в больших количествах, в то время как раньше употребляли немного вина.
10. Появились новые патологии – деменция, остеопороз, значительно возрос уровень депрессии (более характерная для скандинавских стран, сейчас до 30% пациентов обращаются в клиники с угнетением настроения).

Система здравоохранения Каталонии.

Уже 30 лет – правительству Каталонии переданы компетенции по организации здравоохранения.

Налоги платят все!. (Отличие!!!)

Медицинская помощь бесплатная, пациент сам оплачивает лишь 40% за медикаменты, которые получает вне больницы. При этом 60-летние жители и за это не платят!!!

В свое время поступило предложение о роспуске центральной системы здравоохранения, однако сохранили федеральную структуру, которая:

1. Ведает вопросами образования, стандартизации планов обучения, разрабатывает и внедряет минимальные стандарты, которые должны оплачивать Национальная система.
2. Осуществляет представительство на международном уровне (не 17 территориальных министров, а один федеральный). При этом существует межтерриториальный совет для выработки совместной полити-

ки на международном уровне. Федеральный министр – рупор территорий.

На уровне территории:

- аккредитация;
- планирование закупок;
- соблюдение стандартов качества от поставщиков медицинских услуг.

Каталанская – модель носит общий характер, но со своей спецификой

- Всеобщая, доступная,
- Собственная организация работы

В Испании есть 2 области (Баски и Навара), которые не отправляют налоги в Мадрид, а оставляют себе.

Часть денег от налогов возвращаются в Каталонию, а уже само правительство Каталонии решает какая часть пойдет на здравоохранение!!

На каждого гражданина Каталонии выделяется 1237 евро в год на здравоохранение.

Правительство создало структуру - «общественный гарант» - Катсалют, которая получает деньги от правительства и гарантирует, что медицинские услуги будут качественными, для этого очень тесно работает с поставщиками, которые имеют различные формы собственности – частные и государственные.

В частные клиники обращаются в следующих случаях:

1. Пациент не может напрямую обратиться к узкому специалисту – а лишь через семейного врача, поэтому предпочитает платить и сразу получить необходимую квалифицированную помощь.
2. Долгие листы ожидания (катаракта – очередь 6-7 месяцев, а по частной страховке – в самое ближайшее время), но при этом уровень качества в государственном самое высокое!!!
3. Частная страховка позволяет лечиться в более комфортных условиях (палата одноместная, по государственному – общая – 2-х местная!! Чтобы мы так жили!)

4. Акушерство. Роженицы хотят частного своего акушера (культурные характеристики) с целью ведения беременности и родов и могут сами выбирать себе гинеколога и акушера, лежать в одноместной палате и т.д.
5. А также – привычка... Часто пожилые пациенты, приобретая право на полную бесплатную медицинскую помощь, продолжают пользоваться добровольной страховкой.

Система неотложной помощи.

1. Система санитарного транспорта.

В больницах нет скорой помощи. Работают более 10 специализированных компаний, с которыми заключаются договоры на оказание скорой помощи, а также для перевозки пациентов (транспорт без спец. оборудования).

2. Есть неотложка с коллцентром, где размещаются все заказы на транспорт.
3. Первичная медицинская помощь.
4. Госпитализация.

С точки зрения гражданина, когда заболевает:

1. обратиться в свой центр первичной помощи по месту жительства;
2. неотложная помощь – напрямую в службу скорой помощи и его примет врач скорой помощи, но нет гарантии, что он получит помощь специалиста. Лишь в случае его госпитализации, а скорее всего его пошлют по 1 варианту;
3. через коллцентр. Там работают более 200 человек – средний медперсонал (4-х летнее университетское образование и плюс специализация 2 года по какому-то направлению). Жалоба – потребность в помощи – медсестра консультирует или передает звонок врачу - если выслать скорую – активирует срочную службу - или консультация по телефону.

Связь осуществляется через интернет. 60% больницы имеют доступ к базе данных, на 2012 год планируется уже 90%.

2% - кооперативы врачей

5% – частные врачи

7% - консорциумы

78% предприятия, которые трансформируются и станут частью какой-то из моделей

365 центров первичной помощи – 20-50 различных специалистов, много междисциплинарных команд, в состав которых входят и медсестры и социальные работники

Оплата труда

Система оплаты труда носит выраженный мотивационный характер:

- 15% надбавка, надбавку получают все, в соответствии с количеством и качеством вложенного труда, что влияет на качество;

- разработаны и внедрены индикаторы качества;

на размер оплаты влияют:

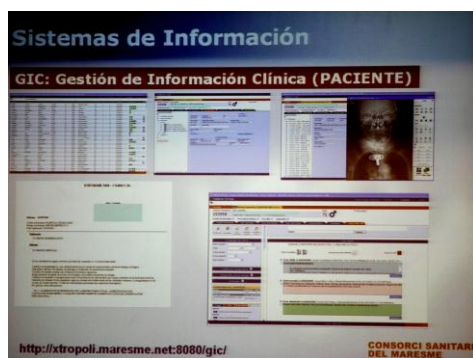
- уровни профессионального образования;

- надбавки за выслуги лет;

- наличие публикаций и научных работ;

- преподавательская деятельность;

- уровень вовлеченности коллектива (обучение в коллективе, преподаватель в коллективе тоже получает плюс). Т.е. философия командной работы.



Так как все истории в электронном виде, все можно анализировать по различным критериям и характеристикам. Применяется т.н. система «светофора» – значки различных цветов, что позволяет быстро визуально оценить уровень исполнения и качества.

При выявлении недочета или несоответствия – дается время на устранение.

Существуют индивидуальные показатели, которые можно сравнить с другими врачами своей больницы, других больниц Барселоны, Каталонии. Т.е. врач может самостоятельно оценить свой уровень. При этом система открытая, видят все.

При всех показателях «зеленых» – до 100% премии – а это 7000 Евро!!!!, а если имеются красные – уровень премии снижается. Чтобы получить минимальную надбавку – около 50% критериев могут быть «красными» и «желтыми».

Подготовка и распределение кадров.

Обучение в Испании носит «тяжелый и изнурительный» характер.

Соотношение врачей – медсестер:

на гражданина – медсестер - 1 на 800 граждан

врачей - 1 на 1500

По окончанию школы сдается ЕГЭ.

Те кто хочет быть медиками тоже сдают ЕГЭ, но при этом количество мест ограничено. Создается рейтинг, определяется проходной балл (высокий) в 2011 - из 10 нужно набрать больше 8 чтобы попасть. Спрос на **профессию врача** очень высокий.

В Каталонии несколько факультетов 3 лишь в Барселоне.

- 6 лет – обучение в Университете;
- 2 года – интернатура;
- 2 года – ординатура, у каждого молодого специалиста – наставник.

из 2-х лет 3 месяца ординатуры обязательно в сельской местности.

Практика в различных медицинских учреждениях. Все больницы могут подавать заявки на принятие у себя студентов, при этом они проходят процесс аккредитации и получают право на работу со студентами. А в других странах есть различие между университетской и обычной больницей. Студентов могут принимать и частные структуры, что позволяет студентам знакомиться со всеми структурами и видами учреждений, их спецификой.

3 года образование у **среднего медперсонала** в университете и у них есть договор с клиниками.

Вспомогательный медицинский персонал –

- техник здравоохранения – персонал лабораторий, с рентгенотехник, техник по реабилитации;

Техник лаборатории – весь объем работы по лаборатории.

В больницах – старший и младший медперсонал играют большую роль.

Медсестры работают параллельно с врачами. Медсестры осуществляют контроль за пожилыми, которые записываются на прием к сестре. А по требованию сестры его может принять врач, но редко

Высок статус главной сестры. Должность главной сестры практически приравнена к должности главврача.

В разных странах в медсестру вкладывается разный смысл.

Система подготовки техников- это не высшее образование, ему не надо сдавать ЕГЭ, это как профессионально-техническое образование 2 года (ПТУ).

Лабораторный техник только для лабораторий.

Техник рентгенолог и радиотерапия, реабилитация .

Подготовка врача.

В Испании сложилась хорошая система.

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

Можно в центре первичной помощи или в больнице в зависимости от желания и будущей специальности.

95% врачей должны пройти специализацию, даже те кто будет работать с первичной – должны пройти практику по семейной медицине.

Каждая больница должна подать в Министерство образования заявку на аккредитацию по подготовке специалистов и эта больница – должна доказать что у

нее есть площади, персонал и тд. Если по хирургии – количество операций в год и они разносторонние.

Образование (интернатура) 4 года и в каждой больнице разный перечень программ.

Несколько этапов подготовки:

Учреждения проходят аккредитацию каждые 2 года и не всегда могут ее подтвердить. Первичные центры подтверждают по семейной медицине.

25 лет идет реформа здравоохранения. Основа первичной помощи – семейные врачи (СВ) в центрах первичной помощи (ЦПП). Предполагается, что в больницах не будет общих терапевтов, а лишь СВ. Необходимо было придать новый уровень ЦПП и система подготовки СВ повлияла на статус ЦПП.

Особенности подготовки специалистов – 20% проходящих подготовку – иностранцы (латины, итальянцы) они должны подтвердить уровень первичных знаний. Имеются соглашения со странами Латинской Америки по минимуму иностранцев, что уменьшает количество мест для испанцев.

Обучение не дорогое - 1200 евро в год.

Кроме международного университета Испании – он первый частный в Испании, в котором готовят лишь 80 врачей в год, в Барселоне – 200 врачей, и еще два университета по 100 человек.

Как правило, количество врачей достаточное, редко приглашаются специалисты со стороны из других стран. За 5 лет мигрировало около 1 млн. человек в Каталонию, т.е. на 1 млн. – нужно еще 500 врачей.

Меняется структура населения и нужно менять структуру врачей. Индекс рождаемости. Мигранты размножаются и нужно было в 2010 году много гинекологов и акушеров. Не успели подготовить врачей.

Индекс рождаемости меняется, в 2011 уменьшился в связи с оттоком мигрантов
Средний возраст врача 47-48 лет.

Больница не получает никаких финансовых стимулов при подготовке интернов. Это дешевая рабочая сила, которая мотивированна. Интерны получают мало в

первый год 1100 евро в мес. на 4-м 1600 евро. Можно найти место в престижной клинике – поэтому они работают для перспективы. И на этих интернов большой спрос.

Существует система рейтингов –

От 1-го до 300-го выбирают любую специальность, остальные что остается, т.е. выбор по очереди. На хирургию больший спрос.

Последипломное образование:

- курсы подготовки специалистов
- есть непрерывное образование, врачи берут ответственность за обучение,
- все чаще подготовка он-лайн. Существует университет – Уберто (открытый университет) который осуществляет онлайнное обучение.

Подготовка младшего персонала.

После школы 1 год.

Сейчас эта специальность диверсифицируется, например, по гериатрии.

Уровень зарплат разница –

зарплаты базовые:

55 тыс. евро в год - врач,

25 тыс. – средний персонал,

18 тыс. - помощник (младший).

техник между средним и помощниками

если еще имеется частная практика, то получается хороший заработок.

25% налоги на зарплату , % зависит от размера (прогрессивный у врача 30%).

Дантисты – особый факультет независимо от других медфакультетов.

1 курс – практика в анатомии, пропедевтика, со 2 курса работа непосредственно с пациентами. Ответственность за последствия несет руководитель. Манипуляции на 3 курсе под присмотром наставника, при этом пациент дает согласие на работу со студентами. При поступлении в больницу пациент подписывает со-

гласие на любые манипуляции в больнице.

Врач работает на ставку 38 часов в неделю. Если дежурства – дополнительные деньги, а после дежурства -выходной день.

Социальная защита врача

Все как обычно, оплата налогов, социалка полная. Если болезнь более 18 мес. то оплата снижается до 80%.

Пенсия врача 2100 евро.

Коллегия врачей развила активную деятельность – если у врача есть вредные привычки – алкоголь, наркотики и т.д. (врач - плохой пациент) для этих врачей специальная клиника анонимная, после которой возвращаются к нормальной работе - финансируется из соцстраха и коллегии врачей

Когда врач сдает экзамен МИР (интернатура) и у него низкий рейтинг – может сдать на следующий год, может работать на любой работе, но тогда ему устроится трудней, даже как семейному врачу. Могут его посадить на телефон для консультаций.

Базовые территории здравоохранения в Испании 400

Каждые 1800 чел – врач/медсестра, на 200 детей 1-1, роженица - 1 гинеколог санитары плюс соцработники.

В отличии от британской системы врач работает не один, а в команде.

Учебники покупают сами, но чаще используются интернет ресурсы и библиотеки и огромной базой за все года

Существует территориальный принцип, чтобы больницы не конкурировали на одной территории.

Разработана санитарная карта территории, на которой вся территория разбита на зоны обслуживания. Первичный центр на каждые 30 км на 5000 граждан.

По стандарту - оснащение первичных центров одинаковое для всех!

Лабораторные анализы (дорогостоящие и не срочные), как правило, не делают в больницах - существуют централизованные лаборатории.

В систему транспорта входит транспорт для доставки анализов.

Семейные врачи могут запрашивать любой анализ.

Рычаги управления за частными структурами - аккредитация, контроль найма персонала (государств).

Пациент выбирает любое учреждение, врача, средний персонал, Но не может выбирать **врача специалиста!!!**

Политика в области фармацевтики

Фармполитика (ФП)

- распределение компетенций между различными субъектами и уровнями;
- отношения с промышленностью

Цель ФП

- обеспечение доступ к фармакологическим и санитарным продуктам
 - лицензии и разрешение выпуска на рынок (центр)
 - фар упорядочение (регион)
- гарантия качества фарм услуг населению в ЛПУ государственных и частных
- обеспечение рационального расходования медикаментов.

Доступ к медикаментам

Решения принимаются на 2-х уровнях

Лицензирование

- Оценка качества
- Эффективности
- Безопасности

Лаборатории подают документы, а также описывают критерии, по которым могут выдаваться – рецепты или свободно, или как реклама, или лишь в больницах, или со спец режимах.

После технической оценки лекарственных средств определяется политика ценообразования. Это компетенция МЗ Испании.

Имеется система фиксированных цен, на лекарства, которые можно прописы-

вать в государственной системе здравоохранения. На остальные - рыночная цена.

МЗ Испании регулируется количество и что делают лаборатории для того, чтобы не было пережестота по производству и разработкам.

Жестко регулирование по лицензированию и открытию аптек.

Аптеки - это частные учреждения, представляющие общественный интерес!!!

Страхование пациента – гарантия портфеля услуг, которые получит пациент.

Существуют два вида рецептов – зеленые – для пациентов в активном состоянии (работающие), красные – для пенсионеров.

Работает система электронной выписки рецептов, но есть и на бумаге (крайне редко). Врач выписывает рецепт, доступ к которому имеет аптека. Пациенту нет необходимости постоянно приходить в поликлинику за рецептами при хронических заболеваниях. Экономится его время и дорогое время врача.

Пациент со своей санитарной карточкой может получить в аптеке, оплатив лекарство, а аптека выставляет счет ЛПУ, которая возвращает часть денег пациенту.

В больнице лекарства бесплатно.

Заключается Договор с коллегией аптек и все услуги осуществляются на одинаковых условиях для пациента, больницы и аптеки.

Не все лекарства финансируются из государственной системы, а в зависимости от заболеваний и последствий (специфические потребности людей).

Существует Закон, регулирующий оборот лекарств в Испании.

Разработаны 11 критериев:

- по клинической значимости и эффекта в сравнении с существующими медикаментами, а также между ценой и эффективностью;
- оценка эффекта на государственном бюджете;
- степень инноваций медикамента;
- установка цены и принятие решения о финансировании из госбюджета.

У аптек есть желание, чтобы все медикаменты финансировались из госбюджета:

- не включаются рекламные медикаменты;
- периодически пересматривается список оплачиваемых:
 - список относится к безопасности медикаментов
 - оценка клиники – плацебо – новый препарат
 - клинические испытания имеют ограничение – по количеству пациентов и длительности, а также масштаб клинических исследований
- при поступлении лекарств на рынок ведется наблюдение несколько лет – (фармаконаблюдения) и принимается решение – оставить или снять с рынка.

Рецепт выписываются из расчета действующего вещества и если цена выше - то оно остается вне системы оплаты.

Национальное – регулирует предложение

Региональное - регулирует спрос (рецепты, счета и тд)

Существуют курсы повышения квалификации по новым препаратам, работает колцентр. Идет постоянное изучение вопросов эффективности.

Работают Консультационные советы – по алыцгеймеру, редким болезням, по безопасности.

Есть программы по профилактике ошибок в т.ч. при выписке рецептов. Есть модули, которые дают информацию о взаимодействии медикаментов и т.д. (справочники), там же рекомендации, которые помогают выписать нужный рецепт.

Так как аптеки находятся в различных условиях и расстоянии от пациентов, иногда в труднодоступных местах, им предоставляются определенные преференции.

Государством 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



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

Но есть среди больниц и общее.

Есть система организации всех больниц и архитекторы обязаны придерживаться этих правил при проектировании больниц.

В сеть больниц Каталонии входят больницы различной форм собственности.

Владельцы больниц:

18 частные фонды муниципальные организации;

- 4 церковь;
- 5 страх компании;
- 11 частные компании;
- 13 консорциумы с государственными учреждениями;
- 12 чисто бюджетные.

Больницы первого, второго уровня и еще более крупная сеть 3 уровня. Помощь оказывается начиная с первого. Однако если пациент нуждается в высококвалифицированной помощи его сразу госпитализируют на 3-й уровень.

И все это нанесено на карту помощи.



1. уровень – общая хирургия акушерство и плюс те, кто нужен на этой терапии (окулисты), лаборатория, скорая помощь;
2. уровень – неотложка, интенсивная, на этом уровне больше специалистов;
3. уровень – квалифицированная высокотехнологичная помощь.

При этом часто имеется специфика и узкая направленность. Например, одна больница с ожогами, одна трансплантация и тд.

При этом во всех больницах имеется **блок образования** – в том числе семей-



ные врачи, их подготовка не на 3-м уровне, а там где они будут работать на 1-м уровне в Центрах первичной помощи и где они смогут научиться работать.

На всех уровнях имеется и **научный отдел**, но в разном масштабе.

Листы ожидания (ЛО)

В связи с недостатком финансированием – единственный выход – листы ожидания.

Но лишь в кардиологии, онкологии нет листов ожидания.

Длительность листа ожидания различна и зависит от объема финансирования, тяжести течения заболевания и других факторов.

В настоящее время нет единственного соглашения и если недостаток финансирования лист ожидания увеличивается.

Грыжа, протезы, - бесплатно.

Сейчас даже смена пола – бесплатно.

А эстетическая хирургия – платная.

Санитарная карта Каталонии носит статус незыблемой конституции.

Население должно жить в 30 минутах от больниц.

После анализа часть осталось, а другие были трансформированы в социальные или другие учреждения

Даже если мэр хочет, но больница не входит в санитарную карту – то возможности открыть даже Центр первичной помощи НЕТ! Даже если он обещал!

Санитарная карта пережила 4 правительства и двух цветов партий правящих.

Эта политика вводилась в 80-х годах и все партии согласовали и пришли к консенсусу и решили, что никогда вопросы ее пересмотра не будут подняты, ни при каких условиях!! То же в Испании!

Стандарты оказания медицинской помощи:

Есть стандарты в системе аккредитации:

Физическая структура (хирургический зал, в котором минимум для операций и тд), освещение, площадь, альтернативный источник на случай перебоев, стены для обработки и тд.

Когда все стали соответствовать – перешли на сложные вещи – персонал, внутрибольничные инфекции и тд, по результатам.

Поначалу большинство больниц не соответствовали требованиям, им дали 3 года для приведения в соответствие. Теперь это уже норма.

Это модель новых возможностей. (сравни с нашими ГОСТами и СНиПами и тд.)

Нужно исходить из реальностей и ставить такие задачи, которые можно выполнить!!!

Есть **агентство по качеству**, которое контролирует качество. Проводится анализ удовлетворенности. Проводится обзвон и опрос населения.

Еще один показатель – продолжительность жизни!



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

Имеющаяся система здравоохранения, несмотря на разграничение полномочий между центром и субъектами, носит четко прослеживаемую жесткую вертикаль управления.

Самостоятельность руководителей многих учреждений здравоохранения, особенно муниципальных, в жестких рамках бюджетного недофинансирования, слабой материально-технической базы, кадрового голода, обилия контролирующих и надзорных органов, меняющегося и несовершенного законодательства носит виртуальный характер. Слабая подготовка управленческих кадров на местах, отсутствие единой системы и требований к подготовке главных врачей как к менеджерам, различный уровень этой подготовки.....

В системе здравоохранения Испании и в частности Каталонии также имеются трудности и сложности, однако, их система, пройдя через реформы 70-80 годов, носит более сформированный характер. И ряд преимуществ, их опыт можно и необходимо взять на вооружение и внедрить, с учетом особенностей российской действительности и менталитета всех участников процесса организации и оказания медицинской помощи.

Система планирования и определения организации новых направлений в деятельности больниц **лежит на руководстве** самих больниц. В связи с тем, что государство является собственником лишь 20% учреждений, то отношения между Министерством, а вернее Катсалютом и лечебными учреждениями строятся на договорной основе.

При необходимости внедрения новых стандартов, реализации федеральных требований, учреждениям доводятся эти требования и, с учетом общей тенденции и готовности учреждений к их внедрению, отводится необходимое и достаточное время на подготовку. И по истечению этого времени с учреждениями, внедрившими новые технологии, стандарты и тд.

закключается договор.

К сожалению, зачастую внедрение новых стандартов, методик, реорганизаций, модернизаций и различных программ носит чисто декларативный характер, без учета имеющихся ресурсов, в том числе временных и трудовых. Поэтому результативность от реализации многих программ не достигает ожидаемого результата.

Необходимо, чтобы реализация любой программы начиналась с глубокого анализа и планирования. И лишь при наличии всех ресурсов приступать к ее реализации.

В реализацию любого проекта, в связи с невозможностью жесткого планирования и наличия огромного количества рисков факторов, вносятся коррективы. Бюджетная система кроме своего положительного качества, формируется без учета эффекта 94-ФЗ.

Процесс реализации становится непрогнозируемым. При этом вся ответственность за срыв программы лежит на руководителях субъектов (при реализации федеральных программ) и соответственно - по нисходящей. Все это приводит к выбору - или соблюдать законодательство и срывать сроки или нарушать закон при соблюдении сроков. В любом случае

Предложения:

1. Планирование программ должно носить «плановый» характер;
2. Принятие программ после их тщательного экономического анализа, сравнения различных вариантов, с учетом проведенного SWOT-анализа, имеющихся ресурсов, степени готовности к реализации, общеполитической, экономической обстановки, наличия потенциальных участников проекта;
3. Любая программа должна иметь «временной» коридор, это позволит больше времени уделить качественному проектированию, планированию, иметь время на устранение, выявляемых в ходе реализации несоответствий, провести дополни-

тельные торги, сменить недобросовестного поставщика;

Своевременность и качество реализации любой программы зависит от ряда факторов, и рисков. Возможность предвидеть и влиять на риски, на их предотвращение и недопущение во многом определяет успех.

Одним из наиболее уязвимых мест и рисков при осуществлении любой программы, проводимой бюджетным, казенным учреждением или муниципальной и государственной структурой - является осуществление процесса государственных закупок.

В здравоохранении - это закупка медицинского оборудования, расходных материалов, медикаментов, продуктов питания, услуг.

Предназначенный для уменьшения коррупционной составляющей, 94-ФЗ, к великому сожалению таковым не является. Постоянное внесение огромного количества поправок, делают его более сложным к пониманию и практической реализации.

Государственные контролирующие органы защищают коммерческие интересы производителей и различного рода поставщиков, при этом уполномоченные органы и организации, отделы торгов и закупок учреждений, боясь нарушить многочисленные уловки и запреты, вынуждены писать технические задания, удовлетворяющие характеристикам многих поставщиков. В результате:

1. В большинстве случаев основным фактором выбора является цена
2. На торги выходят недобросовестные поставщики
3. Заказчик получает по высокой цене китайский или отечественный «самодел»
4. Заказчик может не
5. Отсутствует реальная возможность закупки оборудования той же линейки и того же производителя, которым, в основном оснащено учреждение
6. Увеличивается «разносортица» оборудования, что ведет к невоз-

возможности их включения в единую технологическую цепочку

7. Практически исключается возможность приобретения самого современного с эксклюзивными функциями оборудования
8. Растут расходы на обслуживание оборудования в связи с необходимостью заключения договоров с большим количеством обслуживающих организаций
9. Есть вероятность приобретения оборудования по явно завышенным ценам, в связи со сговором поставщиком
10. Сниженная цена по результатам торгов как правило ведет к снижению качества приобретаемого товара и услуг.
11. Растет риск срыва торгов и увеличения сроков реализации программ, вероятность своевременного неосвоения бюджетных денег.
12. Растут расходы на создание отделов, их обучение, нерационально тратятся огромные временные ресурсы на закупки,
13. Государство содержит огромную армию контролирующих и надзорных органов, дублирующих друг друга, держащих в страхе совершить малейшую ошибку и т.д.
14. Реально не происходит эффективного расходования бюджетных средств.

К сожалению, последствия действия 94-ФЗ, как реальные риски в реализации программ при их составлении не учитываются.

Как предложение:

1. Ответственность за закупки - за качество!!! закупаемого товара, услуги должен нести Заказчик (что и происходит), но при этом оставить право обоснованного выбора товара или надежного поставщика услуг за Заказчиком.
2. При разработке целевых программ, составлять государственные реестры сложного, дорогостоящего оборудования с указанием наиме-

нования, производителя и единой неизменной цены по всей территории Российской Федерации и предоставить возможность Заказчику выбирать из этого списка и закупать без проведения процедуры торгов необходимое оборудование по указанной цене. Если в указанном реестре отсутствует и желаемое, то Заказчик имеет возможность торговать и «попробовать» получить желаемое.

3. При осуществлении ремонтно-строительных работ утвержденная соответствующими компетентными органами проектно-сметная документация является исходной и неизменной. За Заказчиком сохраняется право выбора поставщика, имеющего заслуженную положительную репутацию. И тогда Заказчик заслуженно отвечает за выбор поставщика и качество проводимых работ.
4. Выбор поставщика осуществлять коллегиально соответствующими рабочими органами, в состав которых должны входить представители компетентных контролирующих органов (ФАС, КСП, Министерств, Департаментов, осуществляющих процедуру торгов). Заказчик представляет обоснованные предложения по выбору товара/услуги или поставщика. Решение принимается коллегиально. При этом законность и правильность проведения процедуры торгов и еще целый ряд вопросов в дальнейшем проверять нет необходимости. Мы получаем оперативное решение выбора необходимого товара или поставщика. Данную упрощенную процедуру можно применять в случае реализации любых программ, носящих жесткие временные рамки.

Обучение, кадры.

Решение кадрового вопроса в Испании носит системный и законченный характер.

По опыту испанских коллег считаю необходимым:

1. Отбор в медицинские вузы проводить по образовательному уровню.

Медицину должны осваивать самые умные и желающие, а не блатные и богатые.

2. Ввести обязательные вступительные экзамены в медвузы. Опыт показал, что опираясь на данные ЕГЭ, вскоре в наших вузах будут учиться лишь представители кавказских народностей.
3. Интернатуру и ординатуру проводить не только в клинических больницах, но и в практическом здравоохранении, в том числе не селе не менее 3-х месяцев. Это позволит ознакомить интернов с сельским здравоохранением, частично снимать нагрузку с персонала и получить возможность оставить конкретного специалиста по окончании вуза, предоставив ему ряд привилегий (земля, дом, крестьянка, подъемные).
4. По итогам выпускных экзаменов составлять рейтинг студентов.
5. Региональное управление здравоохранения (Департамент, Министерство) составляет перечень специальностей, в которых нуждается практическое здравоохранение региона (государственное и частное).
6. По окончании вуза студенты в соответствии с рейтингом поочередно осуществляют самостоятельный выбор из представленного перечня.
7. Соответственно более грамотные и достойные получают более ответственные и престижные должности и место. В соответствии с должностью и оплата труда.
8. Обучение должно носить непрерывный характер на каждом рабочем месте.
9. Необходимо вернуть институт наставничества.
10. Особое внимание уделять обучению деонтологии, этики взаимоотношений между сотрудниками, между сотрудниками и пациентами.
11. Обучение пользованию электронному документообороту, электронной истории болезни

Имидж и статус медицинского работника.

В настоящее время четко прослеживается противостояние и противопоставление населения и медицинского сообщества.

К сожалению, работников здравоохранения сравнивают с другими бюджетниками в т.ч. с педагогами. Считаю это кощунственно по отношению к людям, которые инвестировали не одну сотню долларов и около десяти лет, чтобы получить необходимые знания и стать специалистом. Мы говорим красивые и правильные слова лишь в день медицинского работника, говорим какая это ответственная и сложная работа, какая она благородная.

Тогда и отношение к медицинским работникам должно быть соответствующее. Пока лишь четко прослеживается и исполняется понятие сложная и ответственная. Особенно ответственная!!! История последних лет показывает нездоровую тенденцию со стороны населения, СМИ, прокуратуры, при молчаливом попустительстве регионального и федерального министерств здравоохранения, по отношению к медработникам.

Ни в одной цивилизованной стране мира такой травли врачей, как в последние годы в РФ нет. Ни одно врачебное сообщество не отдаст на общественное изнасилование медицинского работника, пока его вина не будет доказана в суде.

Считаю необходимым:

1. Прекратить разворачивать и муссировать медицинский вопрос в СМИ.
2. Привлекать к ответственности, в т.ч. уголовной, СМИ, которые порочат имя и деловую репутацию медицинского работника и учреждения.
3. СМИ запретить публиковать и привлекать к ответственности лиц, которые предоставляют искаженные, неподтвержденные данные.
4. Судить и давать оценку действиям медицинского работника должны лишь медицинские сообщества и соответствующие ком-

петентные медицинские органы и организации.

5. Министерству здравоохранения совместно с министерством культуры разработать PR-кампанию по улучшению морального климата относительно системы здравоохранения.
6. Повысить статус общественных медицинских организаций, в т.ч. и роль профсоюзов в нормализации обстановки и корректной интерпретации состояния дел в здравоохранении и действий медработников.

Оценка труда.

Эффективность работы медицинского работника зависит от слаженности и согласованности работы всех служб и на всех этапах.

Одной из определяющих функций управления является мотивация персонала. От объективной оценки труда зависит качество, а также степень вовлеченности в процесс каждого его участника.

Мотивация материальная у медицинских работников более актуальна чем нематериальная.

Поэтому, на сегодняшний день, с учетом ограниченности «зарплатной» составляющей в тарифе, назрела острая необходимость стимуляции и повышения уровня дохода.

Здесь необходимо учитывать и использовать несколько приемов, которые применяют наши коллеги.

1. Разработка объективных критериев оценки труда,
2. Оценка и оплата производится и по результатам, и по количеству вложенного труда
3. Определить ценный конечный продукт каждой должности
4. Визуализация статистик по каждому направлению и по каждой должности
5. Степень вклада, степень достижения, уровень отклонений доступен по каждому специалисту и каждому специалисту, по отделению,

учреждению, по региону.

6. Быстрое и масштабное внедрение информационных технологий, электронного документооборота.
7. Исключение субъективного фактора при оценке труда.
8. При разработке и внедрению всевозможных программ, предусматривающих доплаты отдельным категориям медицинских работников, необходимо осознавать их роль в нагнетании социальной напряженности. Не должно быть избранных, перекосов в оценке аналогичного труда у различных категорий работников.

Лечебные учреждения.

Лечебные учреждения в Испании ведут работу по трем основным направлениям, представленным в той или иной мере, в зависимости от уровня и статуса, функционального назначения:

- Лечебное
- Образовательное
- Научное

О роли каждого направления можно говорить много и долго. Это требование времен. К сожалению, полностью отвечают этим требованиям лишь некоторые клинические крупные базы, т.н. университетские клиники.

Предлагаю

1. Обязательное ведение научной работы, проведение анализа, написание и публикация научных статей в ЛПУ. Научная работа не должна носить индивидуальный характер и вестись лишь по желанию сотрудника. Заведующие отделениями обязаны публиковать с определенной периодичностью научные работы. Все врачи должны вести научную работу.
2. Направления и специфику работ определяет, в соответствии с основным направлением деятельности ЛПУ, научно-учебный отдел, согласовывая перечень планируемой и проводимой научной работы с

министерством здравоохранения региона.

3. В составе клинических больниц необходимо вернуть лечебные койки преподавательскому составу. Обучать студентов должны практикующие преподаватели, а не «чистые» теоретики.
4. В качестве клинических баз, определять отвечающие всем требованиям -по направлениям, по составу сотрудников, по ведению научной работы и т.д. ЛПУ. Предпочтение отдавать крупным государственным клиникам.
5. Так как в Обнинске очень слабая клиническая база, необходимо медицинский факультет ИАТЭ перевести в г. Калугу, где имеются крупные областные клиники, больница скорой медицинской помощи, другие подразделения, позволяющие готовить специалистов по всем направлениям.
6. Главные специалисты областных клиник должны знать практический уровень подготовки специалистов в районах, готовить планы их подготовки, в том числе путем проведения стажировок на рабочих местах и на базе подчиненных отделений.
7. Вернуть институт наставничества, особенно среди среднего персонала.

Экономика.

Зарубежные клиники, как и любые предприятия в основу своей деятельности закладывают экономическую составляющую.

Необходимо:

1. Экономическую службу учреждений обучить проведению экономического анализа хозяйственной деятельности учреждений
2. Закрывать нерентабельные и убыточные направления
3. Развивать экономически целесообразные направления
4. Кооперироваться и специализироваться по направлениям, которые обеспечены спросом и необходимыми ресурсами.

5. Проводить внешний или внутренний аудит с привлечением необходимых специалистов со стороны.
6. Внедрять, где созданы все предпосылки, систему менеджмента качества ISO 2000-2001.
7. Шире использовать аутсорсинг. Сейчас намного выгоднее покупать клиринговые, юридические, услуги по питанию, ремонтные и другие услуги, чем содержать своих специалистов, заниматься их поиском, подготовкой и оценкой.
8. Государственный заказчик не должен ограничиваться работой лишь с государственными структурами. Экономически целесообразно по различным направлениям, таким как стоматология, реабилитация, ортопедия, диагностика, размещать госзаказ в частных структурах.

Законодательство.

Увиденные клиники, лаборатории и другие учреждения вызывают интерес не только с точки зрения современной оснащенности, отношениям к персоналу, но и вызывают ряд вопросов. По требованиям наших Гостов, СНИПов, СанПинов и тд. ряд помещений нельзя использовать.

На федеральном уровне принимаются законы, вышеуказанные правила и нормы, которые выполнить в наших условиях практически невозможно ввиду размещения учреждений в приспособляемых старых не отремонтированных помещениях, особенно остро стоит вопрос в регионах.

И вообще, складывается впечатление, что основной задачей лиц, вносящих различные законотворческие инициативы, является создание таких правил, чтобы выполнить их никто не смог. При этом очень легко производить ротацию кадров и всех привлекать к различным видам ответственности, вплоть до уголовной. Законы, программы оторваны от реальной жизни.

Увиденное в Барселоне поражает. Наша действительность вызывает «обиду и злость» и в то же время оптимизм. Нам безумно тяжело, но нам есть куда стремиться, мы к этому готовы, мы этому учимся, мы этого хотим и мы это сделаем.

Президентская программа показывает, что меняться хотим не только мы, но и правительство, которое осознает и видит это. И еще хороший показатель – мы начали учиться. Пусть несколько запоздало (относительно программы модернизации).

Вывод: такие учебные программы, на которых можно обменяться опытом, поделиться своими наработками, приобрести теоретические и практические знания в области управления здравоохранения, посмотреть зарубежный опыт, получить заряд на вдохновение, поставить реальные цели и их достигать - очень необходимы.

Желательно обучить большее количество специалистов различного уровня. Это позволит думать, говорить и понимать друг друга, использовать современные знания не только в медицине, но и в управлении.



Спасибо за предоставленную возможность.