

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

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

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

**Слушатель: Котова Евгения Григорьевна**

**Страна стажировки: Испания**

**Москва, 2011**

## **1. Информационная часть.**

Ф. И. О.: Котова Евгения Григорьевна

Регион: Республика Коми

Должность: Заместитель министра

Наименование образовательной программы: Менеджмент в здравоохранении

Наименование выполненного в рамках программы Проекта: «Внедрение стандартов оказания медицинской помощи в субъектах РФ в условиях модернизации здравоохранения».

Сроки проведения зарубежной стажировки: 13-26 ноября 2011 г., Барселона, Испания.

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

Реформа социального обеспечения произошла в Испании в 1977 году и заключалась в отделении экономических услуг, предоставляемых отдельным категориям граждан от услуг в сфере здравоохранения. В 80-х годах началась децентрализация полномочий, в результате чего полномочия по организации и оказанию медицинской помощи были переданы на уровень автономных регионов, в том числе и Каталонии.

Медико-демографическая характеристика Испании:

17 автономных образований;

Площадь: 504,750 км<sup>2</sup>;

Население (2010): 47.021.031;

Продолжительность жизни (2008): 81,24;

Рождаемость (2009): 10,80 на 1000;

Общая смертность (2009): 8,5 на 1000;

Младенческая смертность (2009): 3,2 на 1000;

ВВП на душу населения (2008): 94,4.

Особенности государственной системы здравоохранения Испании:

- финансируется из налоговых отчислений;
- полномочия переданы автономиям;
- общий охват;
- свободный доступ;
- расширенный диапазон государственных услуг;
- софинансирование затрат на фармацевтические продукты;
- услуги, в основном, предоставляемые государственными учреждениями;
- развивающаяся устойчивая система финансирования.

Полномочия Национального правительства в сфере здравоохранения:

- базовое законодательство;
- финансирование;
- минимальный пакет услуг, оплачиваемый через государственную систему здравоохранения;
- фармацевтическая политика;
- международная политика;
- образовательные требования.

Полномочия правительства Автономии (Каталонии):

- субсидиарное законодательство;
- здравоохранение;
- организационная структура системы;
- аккредитация и планирование;
- закупки и предоставление услуг.

Бюджет здравоохранения Испании в 2010 году составил 59.738 млн. евро, охвачено государственной системой страхования 44.849.657 человек, расходы на душу населения в евро составили 1.399,97.

Бюджет здравоохранения Каталонии за аналогичный период составил 9.888,28 млн. евро, охват населения – 7.296.441, на душу населения – 1.355,22 евро.

Медико- демографическая характеристика Каталонии:

Площадь: 32.106 км<sup>2</sup>;

Население: 7.611.711 жителей;

Продолжительность жизни: 81,4 лет;

Рождаемость (2007): 11,68 на 1000;

Общая смертность (2007): 8,28 на 1000;

Младенческая смертность: 2,7 на 1000;

ВВП на душу населения (2008): 110,4; 1 у.е.-15=100;

Высокая концентрация городского населения, развитая транспортная инфраструктура;

Собственный язык и культура;

Занятость по секторам:

- услуги (в т. ч. здравоохранение) – 65,42%
- промышленность – 21,43%
- строительство – 11,40%
- сельское хозяйство – 1,74%
- люди, старше 60 лет составляют 21% населения
- 19% населения мигранты.

По прогнозам при сохранении современных демографических тенденций 45% населения в Европе к 2050губудут составлять лица старше 60 лет. Это диктует необходимость разработки специальных программ в области здравоохранения и медицинского обслуживания.

В структуре бюджета Каталонии расходы на здравоохранение составили в 2010 году 26% (на образование – 14%).

В качестве приоритетных направлений в оказании медицинской помощи (исходя из показателей, характеризующих общественное здоровье) выбраны: лечение, диагностика, профилактика

остеопороза;  
болезней системы кровообращения;  
онкологический заболеваний;  
диабета;  
дисметаболических проявлений;  
депрессий;  
деменции;  
болезней иммунитета.

Структура бюджетных расходов на здравоохранение государственной страховой компании:

Стационарная помощь – 45%

Первичное здравоохранение – 16,3%

Аптеки – 20,59%

Медицинская транспортировка и неотложная помощь – 2,81%

Охрана психического здоровья – 3,39%

Социально-санитарная помощь – 3,62%

Помощь при лечении почечной недостаточности – 1,05%

Больничное лечение по направлению амбулаторий – 4,98%

Прочие специальные службы – 1,46%.

Частные расходы на душу населения в 2011 году составят 625 евро.

Испания относится к числу стран с высоким индексом эффективности государственных расходов на здравоохранение (индекс 0,914-0,992).

Принципы Каталонской системы здравоохранения:

- качество;
- равенство (справедливость);
- децентрализация;
- эффективность;
- трансверсальность;
- интеграция;
- участие;

- прозрачность;
- дополняемость и взаимозаменяемость.

В части лекарственного обеспечения: в стационаре медикаменты бесплатно, 40% стоимости медикаментов лицам до 65 лет гарантируется государством, лицам старше 65 лет – бесплатное лекарственное обеспечение.

Форма собственности учреждений здравоохранения:

Тип учреждения	государственный	негосударственный
Больничная помощь	20,18%	79,82%
Первичная помощь	87,06%	12,94%
Психотерапевтическая и психиатрическая помощь	27,79%	72,21%
Долгосрочная помощь	38,43%	61,57%

Таким образом, учреждения здравоохранения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, находятся преимущественно в муниципальной собственности. Собственниками учреждений, оказывающих наиболее затратные виды медицинской помощи, преимущественно являются частные владельцы.

Основные участники системы здравоохранения в Каталонии:

- департамент здравоохранения Каталонии
- государственная страховая компания – покупатель услуг и гарант качества
- частный сектор страхования
- государственные поставщики услуг
- частные поставщики услуг
- граждане.

Из числа застрахованных примерно 24% граждан охвачены двойной страховкой – государственной и частной.

Государственная страховая компания гарантирует качество предоставления медицинских услуг, осуществляет планирование и распределении объемов медицинской помощи, оплату медицинских услуг. Кроме того, страховая компания оказывает услуги консалтинга в части экономического и финансового менеджмента, кадровых ресурсов, внедрения новых технологий, развития материально-технической базы и др.

Данные здравоохранения Каталонии:

Общее число коек в стационарах – 4,7 на 1000 жителей

Число коек неотложной помощи – 2,4 на 1000

Врачи – 4,9 на 1000

Количество госпитализаций – 101 на 1000.

Сеть учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в государственном секторе, представлена:

367 участками первичной помощи + 827 местных центров

64 больницами неотложной помощи (14.072 коек).

В рамках организации фармацевтической деятельности и лекарственного обеспечения полномочия распределяются следующим образом.

Полномочия федерального уровня:

- государственная регистрация лекарственных средств;
- определение условий назначения лекарственных средств за счет государственных средств;
- устанавливает цены на лекарственные препараты;
- выдает разрешение на импорт (только в том случае, если нет альтернативы на отечественном рынке);
- определяет необходимый объем финансовых средств для осуществления полномочий.

Региональные компетенции:

- лицензирование аптек и фармацевтических служб;
- планирование;

- лекарственное страхование – гарантия пакета услуг, которые пациент получит в государственной системе;
- контроль безопасности.

Отработана система электронной выписки рецептов.

Система фиксации цен по МНН, прописывание одним из условий контракта между страховой компанией и учреждением % использования дженериков (не менее 40%), ограничение импорта, исполнение клинических протоколов оказания медицинской помощи привело к тому, что в 2010 году при росте количества застрахованных, росте количества выписанных рецептов, росте количества рецептов на 1-го жителя – удалось снизить расходы на лекарственное обеспечение за счет снижения цен. Этот результат отмечен на фоне ежегодного многолетнего роста расходов на лекарственное обеспечение.

Развитие фармацевтического рынка в Испании привело к тому, что 77,2% медикаментов – это препараты национального производства.

Основным звеном в оказании скорой и неотложной помощи является call-центр – единственный на всю Каталонию. Он совмещен с центром МЧС. Работают опытные диспетчеры, которые при анализе информации, поступившей в Центр, определяют необходимость привлечения медицинских служб. В медицинском call-центре работает средний медицинский персонал с высшим образованием (около 200 человек). В ходе принятия информации по телефону медсестра должна принять решение по одному из трех вариантов:

1. Нужно вызвать скорую помощь – в этом случае активируются ресурсы скорой помощи.
2. Нужна врачебная помощь в рамках неотложной помощи – в этом случае информация передается врачу по месту проживания.
3. Пациенту необходимо дать рекомендации, в том числе по обращению за медицинской помощью в учреждение здравоохранения в зоне обслуживания.



Выездные бригады и санитарный автотранспорт (включая санитарную авиацию) базируются в госпитальном секторе.

Бригады скорой медицинской помощи в зависимости от квалификации персонала и оснащения используются 3х типов:

- бригады, укомплектованные техниками;
- бригады базовые (есть врачи и/или медсестры)
- специализированные.

Из общего количества звонков, поступивших в call-центр, примерно 40% потребовали активации ресурсов. При этом в 80% использовались базовые бригады. Среднее время доставки пациента до лечебного учреждения составляет не более 15 минут. Такая система организации скорой помощи, в том числе при чрезвычайных ситуациях, позволяет в условиях развитой транспортной инфраструктуры в регионе с компактным проживанием оптимально использовать имеющиеся ресурсы и оказывать медицинскую помощь в соответствии с потребностями.

Отделения неотложной помощи располагаются в госпитальном секторе и предполагают сортировку больных по тяжести, профилю заболевания, возможностям оказания помощи на месте. Имеется подъезд для машин скорой помощи, палаты оснащены необходимым оборудованием для оказания неотложной помощи.

Особенностями государственной системы здравоохранения в Каталонии являются «длительные» листы ожидания на плановые операции и обследования – до 6-7 месяцев. При формировании очередей на ожидание и при отборе пациентов из листов ожидания приоритет отдается больным с подозрением на злокачественное новообразование, другим нозологическим формам с учетом тяжести заболевания. В учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и в госпитальном секторе открываются подразделения для оказания помощи пожилым гражданам. Имеется большое количество коек дневного пребывания в стационарах, что позволяет сократить затраты на лечение.

Практически во всех отделениях имеется свободный доступ родственников.

Обращает на себя внимание хорошее состояние материально-технической базы – здания и сооружения построены по типовым проектам, имеют модульные конструкции. Проектирование осуществляется с таким расчетом, что бы можно было «пристроить» необходимые помещения. Стоимость квадратного метра при капитальном строительстве составляет до 13000 евро. Гарантийные сроки эксплуатации зданий и сооружений с учетом климатических условий составляют до 50 лет. Большие затраты на капитальное строительство оправдывают себя, так как капитальный и текущий ремонт не производится несколько десятков лет. Проектирование учреждений здравоохранения и их функционирование осуществляется с учетом «безбарьерного» доступа лиц с ограниченными возможностями.

Центральным звеном в организации центров первичной помощи является врач общей практики (семейный врач). Ведут приемы врач педиатр и одонтолог. 1 медсестра закреплена за 1-м врачом. Зоны обслуживания распределены по прикрепленному населению. Работа центра первичной медико-санитарной помощи строится с 8.00 до 19.00, в несколько смен. Работа семейного врача и медицинской сестры предполагает прием больных, обслуживание на дому, профилактическую работу. Медсестра может самостоятельно осуществлять прием диспансерной группы больных, делать плановые назначения, контролировать исполнение больным назначений. На прием к узким специалистам, на дополнительные обследования больной может попасть только по направлению семейного врача.

Организация услуг лаборатории передана на аутсорсинг. Функционируют частные централизованные лаборатории.

В госпитальном секторе в структуре учреждения представлены лабораторные подразделения для проведения экстренных исследований общеклинических и биохимических анализов. Плановое лабораторное обследование осуществляется в аккредитованных на данный вид деятельности организациях с оплатой по договорам.

Опыт организации оказания услуг лаборатории в период стажировки был изучен на примере частной централизованной лаборатории.

Лаборатория располагается в отдельном здании и имеет удаленное подразделение, которое размещается на арендованных площадях в стационаре. В стоимость лабораторных услуг входит доставка материала в лабораторию для исследования.

Централизованная лаборатория производит широкий спектр исследований:

клинические, биохимические, бактериологические, цитогенетические, молекулярно-генетические, цитологические, ИФА, серологические, иммуногематологические и др.

Лабораторное оборудование представлено автоматизированными системами, за счет чего достигается высокая пропускная способность и сокращение времени ожидания результатов исследований.

Рабочие места цитогенетиков, цитологов оснащены телемедицинским оборудованием для осуществления удаленных консультаций.

Пациенты могут приходить для забора анализов. При выдаче заключений используется почтовая связь, заключения могут быть выданы лично пациентам или переданы по защищенным каналам связи, размещены в электронном виде в карте пациента.

На аутсорсинг, аутстаффинг выведены услуги по стирке белья, питанию, утилизации отходов, техническому обслуживанию и использованию тяжелого оборудования. Такая система организации взаиморасчетов и предоставления услуг позволяет оптимально планировать

и расходовать финансовые средства на цели непосредственно не связанные с оказанием медицинской помощи, на параклинические услуги.

Как один из вариантов организации учреждения здравоохранения, оказывающего специализированную и высокотехнологичную помощь, был изучен опыт работы частной клиники. Счет за оказание медицинских услуг, сервисных услуг оплачивается пациентом. В учреждении развернуто 200 коек: для беременных и рожениц, онкологические, гинекологические, кардиохирургические, радиологические, педиатрические, ортопедические, эндоскопические, офтальмологические и др. Есть консультативно-диагностический блок. Госпитализация в плановом и экстренном порядке. Средняя длительность пребывания 3,5 дня. Имеется очередь на плановую госпитализацию в пределах 2х недель. Палаты различного уровня комфортности. Имеется возможность размещения сопровождающего. При выполнении хирургических вмешательств преимущество отдается малоинвазивным доступам, в том числе при лечении злокачественных новообразований. Клиника оснащена современным оборудованием для проведения эндоскопических вмешательств, КТ, МРТ, гамма-нож, Да Винчи (роботохирургия) и др. Все «тяжелое» оборудование – на аутсорсинге. Также на аутсорсинг выведены услуги лаборатории. Операционные функционируют по типу «чистых помещений», оснащены цифровым оборудованием, возможностью видеосвязи. Медицинский персонал принимается на основании конкурсного отбора с учетом рекомендаций. Такой опыт организации позволяет проводить диагностику и лечение заболеваний с использованием передовых технологий и обеспечивает доступность высокотехнологичной медицинской помощи и комфортные условия пребывания для граждан с высоким достатком. В клинике работает отдел международных связей для организации лечения пациентов из-за пределов Испании.

Организация восстановительного лечения была изучена на примере нейрореабилитационного центра. Основная масса пациентов – лица, перенесшие инсульт. Ключевым звеном в деятельности центра являются мультидисциплинарные бригады, технологии ухода.

Создана и развивается система электронного документооборота. В первичном звене вся медицинская документация ведется в электронном виде, в госпитальном секторе до 60%. Сохраняется бумажный документооборот.

Программные продукты позволяют получать сведения об объемах медицинской помощи и стоимости услуг. Кроме того, ведение электронных историй болезни и амбулаторных карт позволяет отслеживать исполнение стандартов оказания помощи каждым специалистом – это инструмент для внутриучрежденческого контроля качества. Пациент имеет на руках персональную электронную карту, содержащую наиболее важные сведения о состоянии здоровья. Доступ к электронной базе данных, содержащей персонифицированные сведения о состоянии здоровья, объемах и видах медицинских услуг, оказанных пациенту, ограничен участниками системы здравоохранения Каталонии. Необходимая информация при выезде в другие регионы Испании может быть представлена по запросу или хранится на индивидуальной пластиковой карте.

Электронный документооборот позволяет проводить постоянный аудит качества и стоимости медицинских услуг. Внесение исправлений и дополнений в медицинские документы возможно в течение 4-х часов, далее – только при получении специального разрешения администратора. Сохраняется вся история дополнений и исправлений, вносимых в медицинскую документацию.

Ведомственная система управлением качеством предполагает внутренний (внутри учреждения) и внешний (осуществляется страховыми компаниями и привлеченными организациями) контроль.

Пути осуществления ведомственного контроля качества:

1. Аккредитация – при выдаче разрешения на осуществление определенных видов деятельности проводится проверка соответствия ресурсов установленным требованиям в сфере здравоохранения.

2. Оценка исполнения условий контракта. В контракте, заключенном между страховой государственной организацией и учреждением здравоохранения, прописаны индикаторы качества, которые должны быть достигнуты учреждением. При сомнении в результатах проводится аудит.

3. Имеется электронная база данных, в которой содержатся сведения об объемах и стоимости медицинской помощи и результаты лечения. Из этой базы можно получить отчет и данные по показателям работы учреждения, муниципалитета, врача и т.д.

4. Экономический результат – говорит об оптимальном использовании ресурсов при выполнении стандартов медицинской помощи.

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

С учетом составленных по общим требованиям и утвержденных программ модернизации здравоохранения субъектов считаю необходимым обозначить те предложения, которые ранее не были учтены при составлении программ:

1. Реализовать в субъектах программы по выводу на аутсорсинг максимально возможного количества медицинских услуг, параклиники, прочих немедицинских услуг:

-гемодиализ;

-услуги прачечной;

-организация питания;

-централизованные лаборатории;

-обслуживание «тяжелого» оборудования и др.

2. Создание конкуренции между учреждениями здравоохранения различной формы собственности за размещение заказа на оказание медицинских услуг в системе ОМС.

3. Переход на оплату услуг по амбулаторно-поликлинической помощи за достижение установленных индикаторов качества. Введение частичного фондодержания. Развитие стационар-замещающих технологий.

4. Полный переход на оплату медицинской помощи в стационарах за законченный случай и по полному тарифу. Сокращение длительности пребывания в стационарах,

5. Создание системы паллиативной помощи, открытие хосписов, домов ухода в рамках государственно-частного партнерства.