

**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: Кулезнева Ольга Ивановна

Страна стажировки: Испания

Москва, 2011

Раздел 1. Информационная часть

1.1. Наименование образовательной программы:

«Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования в 2011-2014 годах»

1.2. Фамилия, Имя, Отчество слушателя:

Кулезнева Ольга Ивановна

1.3. Регион, место работы, должность:

Курская область, муниципальное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника №8» города Курска, главный врач

1.4. Наименование выполненного в рамках программы Проекта:

«Организация видов медицинской деятельности, приносящих внебюджетный доход».

1.5. Сроки и место проведения зарубежной стажировки:

с 13 по 26 ноября 2011 года, город Барселона (Испания)

1.6. Дополнительная информация:

В программе зарубежной стажировки были предусмотрены официальные мероприятия, посещение различных медицинских центров, а также культурная программа.

К сожалению, имевшийся презентационный материал об учреждениях здравоохранения участников стажировки был не востребован, так как не было официального координатора из России, способного организовать знакомство всех членов делегации, как между собой, так и с представителями принимающей стороны.

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

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

Для большинства стажеров было открытием, что испанская, и в частности, каталонская система здравоохранения признана одной из лучших в мире (рейтинги ВОЗ и независимых экспертных советов). Так, по последнему исследованию журнала NEWSWEEK, испанская система здравоохранения занимает третье место в мире. Ни в одной иной области Испания не занимает ведущего положения, и, конечно, даже мечтать не может о том, чтобы в условиях мирового кризиса догнать или перегнать, например, Германию или Швейцарию. Кроме медицины.

Испанская система здравоохранения в цифрах:

- Страна занимает одно из первых мест в мире по продолжительности жизни (почти 82 года), первое место в Европе по продолжительности жизни у женщин – 84,7 года.
- Испания занимает исключительное место в мире по эффективности медицинского обслуживания, в качестве примера можно назвать лишь несколько фактов:
 - испанские врачи, проходящие наисложнейший экзамен в интернатуру MIR (medico interno residente), признаны одними из самых подготовленных в мире;
 - использование самых передовых методик позволило достичь следующих экономически важных результатов: средняя продолжительность госпитализации в 4-5 дней для острых случаев;
 - 70% хирургических вмешательств проводятся амбулаторно.
- Испания и прежде всего Каталония, занимает одно из лидирующих мест в мире по количеству медицинских инноваций: недаром в прессе можно прочитать новости о том, что кто-то из испанских врачей стал одним из первых в мире специалистом, удалившим желчный пузырь через рот, или осуществившим сложнейшую трансплантацию лица. Или о том, что Европейский совет по Исследовательской деятельности отметил барселонское исследование рака груди как ведущий европейский научный проект в области медицины.
- Барселона занимает первое место в мире по количеству проводимых медицинских конгрессов.

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

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

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

Факторы успеха

А. Кафедры медицинского факультета Барселонского Университета неслучайно находятся на территории университетских госпиталей. Здесь работают специалисты, которые в обязательном порядке совмещают *три вида деятельности*:

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

В. Другой немаловажный фактор – долгая взыскательная *система подготовки врачей*.

Отбор будущих специалистов чрезвычайно жесткий:

После школы сдается единый государственный экзамен (ЕГ), по результатам которого абитуриенты зачисляются на ограниченное количество мест в вузах, что порождает большой конкурс. В Барселоне - 3 медицинских факультета. Для поступления на медицинский факультет необходимо набрать самый высокий проходной балл из всех существующих специальностей (обычно, из возможных 10 – более 8 баллов).

Затем следует долгое и требовательное 6-летнее обучение в медицинском университете (на последнем году обучения – практика в лечебных учреждениях). По окончании университета, чтобы превратиться в специалиста, врач обязан пройти жесточайшую проверку знаний для поступления в интернатуру *MIR*.

Наиболее престижной в Испании считается работа в государственном секторе здравоохранения. Попасть туда можно только через прохождение

специализации. С 1978 года в Испании существует система подготовки медицинских специалистов, получившая в этой стране название MIR (medicointernoresidente). Суть её заключается в том, что выпускник медицинского факультета может получить интернатуру по специальности только на конкурсной основе. Один раз в год в стране организуется национальный экзамен на получение интернатуры по специальности. Он длится пять часов и охватывает практически всю программу обучения врача. Юный студент, мечтающий стать тем или иным специалистом, начинает готовиться к этому экзамену с первых дней учебы на медицинском факультете университета. По результатам общегосударственного экзамена складывается рейтинг выпускника, в соответствии с которым он сможет выбрать себе специализацию. Рейтинг ограничивает доступ к специальности, число желающих получить специализацию иногда в несколько раз превышает количество предоставляемых мест. Чтобы, наконец, получить заветную интернатуру, испанским врачам иногда приходится участвовать в этом конкурсе два или три раза. Длительность интернатуры в Испании от 3-х до 5-ти лет (в отличие от одногодичной специализации в России), из них для врачей хирургического профиля один год интернатуры (последний) проходит на базе ведущих мировых клиник, а для будущего семейного врача обязательны не менее 3 месяцев работы в сельской местности. И все это время наполнено интенсивными стажировками, инструктажами, лекциями, выступлениями на семинарах. В результате спектр и глубина медицинских знаний у начинающего испанского врача неизмеримо выше, чем у среднего выпускника российского медицинского института.

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

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

Каждые 2 года обязательна аккредитация врачей.

Этим обеспечивается высочайшая подготовленность любого врача, не говоря о ведущих специалистах, которые обязаны соединять блестящую практику с участием в последних исследовательских программах.

В университетах есть школы (3-х годичные) для медицинских сестер. Средние медицинские работники (м/сестры) шире образованы, чем

техники, прошедшие 2-х годичную подготовку (работают в службе «Скорой помощи»).

Младший медицинский персонал – выпускники школ, прошедшие 1-годовую подготовку. Работая при первичных медицинских центрах, они, в основном, помогают пожилым людям на дому (чаще на этих должностях работают эмигранты).

C. Организация здравоохранения построена таким образом, чтобы любому госпиталю было *выгодно использовать* только *самые передовые и минимально инвазивные методики*, сокращающие как болезненные ощущения и осложнения у пациента, так и продолжительность его пребывания в клинике - отсюда высочайший индекс эффективности и фантастическая пропускная способность клиник со средней продолжительностью госпитализации от 4,8 до 7 дней. Выписка после родов происходит на 2-е сутки.

D. В свою очередь строжайший *государственный контроль* и разработанная система легальных гарантий обеспечивают надежность медицинского обслуживания и использования инновационных технологий как в государственных, так и в частных медицинских центрах. Инструментами для регулирования являются обязательная аккредитация и заключение контракта с каждым медицинским учреждением.

В Министерстве здравоохранения Правительства Каталонии, приветствуя нас, господин Жузеп Антони Пуханте, заведующий департаментом международных связей, подчеркнул, что министерство здравоохранения Каталонии является «...не только шедевром архитектуры (располагается в старинном здании в мавританском стиле), но и шедевром здравоохранения Испании: «Продолжительность жизни свидетельствует о качестве системы здравоохранения».

В 1977 году, после смерти Франко, в Испании началась эпоха перемен, в том числе и реформа здравоохранения. И на сегодня в стране - 17 автономных муниципальных образований, в каждом из которых есть свой парламент, правительство.

В результате проводимых в стране реформ и Каталония с 1979 года стала автономной, что в 2006 году было закреплено законодательно. Каталонцы имеют свой язык, отличный от испанского. Столица Каталонии – Барселона – красивейший город с населением более 4 млн. человек. 19% населения Каталонии составляют эмигранты, преимущественно из Марокко, Румынии и Латинской Америки. По данным социологов, к 2050 году 45% населения Каталонии будут составлять жители в возрасте старше 60 лет.

Основные социально-демографические показатели Каталонии

приведены в приложении (см. таблицу №1).

Основные положения государственной системы здравоохранения Испании:

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

С 1981 года в результате децентрализации государства Каталонии было отдано право руководить региональным здравоохранением. В каждой автономии Испании существует своя система здравоохранения.

Распределение функций в результате децентрализации системы здравоохранения:

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

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

Принципы Каталонской системы здравоохранения:

- Качество
- Равенство (справедливость)
- Децентрализация

- Эффективность
- Трансверсальность
- Интеграция
- Участие
- Прозрачность
- Дополняемость и взаимозаменяемость

Схема системы здравоохранения Каталонии

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

В 2011 году государством было профинансировано на 1 жителя 1237 евро (планировалось на 2011 год – €1500 на душу населения). Доля бюджета здравоохранения в областном бюджете Каталонии приведена в приложении (см. таблицу №2).

В государственных учреждениях медицинская помощь гражданам Каталонии, а также работающим резидентам и членам их семей оказывается бесплатно (исключая пластическую хирургию, ортопедическую и эстетическую стоматологию) за счет фондов социального страхования. Однако пластическая хирургия тоже может быть бесплатной, если операция выполняется по медицинским показаниям (после ранений, ожогов и т.п.).

За счет этих же фондов социального страхования предоставляются скидки на лекарственные препараты по специальному перечню - до 80 процентов от стоимости. Пенсионерам лекарства выдаются бесплатно. Лекарства по рецептам семейных врачей для всех жителей Каталонии в аптеках отпускаются по льготной стоимости (40% стоимости компенсирует государство).

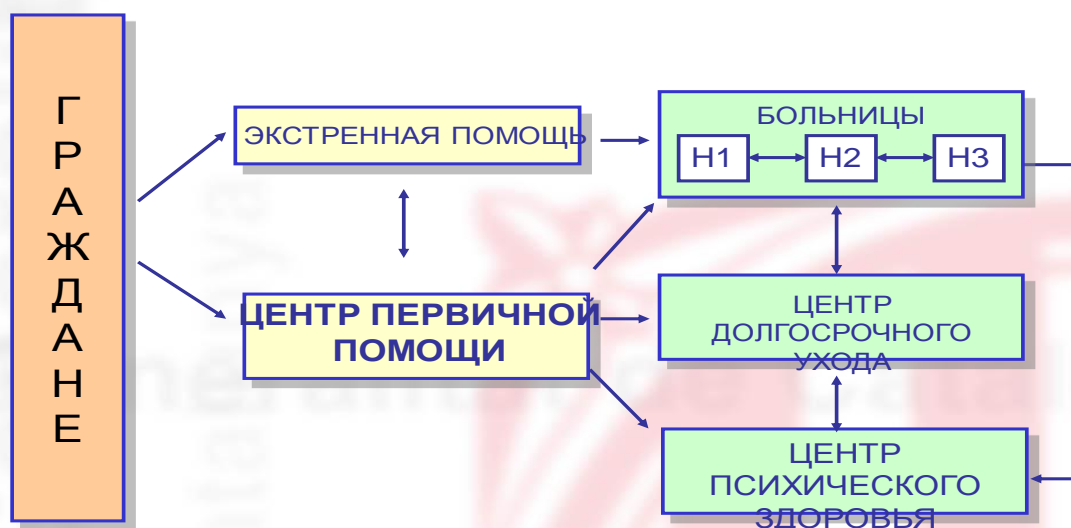
Функциональная структура бюджета министерства здравоохранения Каталонии приведена в приложении (см. таблицу №3).

Несмотря на существование частного сектора в здравоохранении, конкуренция между государственными и частными медицинскими учреждениями не поощряется, так как считается, что это приведет к росту расходов и снижению эффективности. Также не стимулируется конкуренция между отдельными врачами и больницами общественного сектора. В Испании наиболее эффективными считаются такие экономические отношения в здравоохранении, которые построены на основе планирования и распределения ресурсов, а не близкие к рыночным отношениям. При этом считают, что здоровье человека не имеет рыночной

стоимости, а медицинская помощь не является товаром и предметом торговли.

Система добровольного медицинского страхования, которой охвачены 10% населения, предлагает услуги, не оказываемые в общественном здравоохранении.

Организация, ориентированная на клиента



Создание центров первичного обслуживания – самое важное в организации здравоохранения Каталонии. Центр управляется кооперативом врачей. К традиционным задачам амбулаторного учреждения по распределению потоков пациентов, диагностике и лечению добавились профилактика, укрепление здоровья, реабилитационная помощь, а также задачи определения потребностей населения и планирования всех видов помощи внутри района обслуживания. На конкретной территории создается по одному однотипному медицинскому учреждению для того, чтобы избежать конкуренции в государственных учреждениях. Учреждения амбулаторного профиля работают по территориальному принципу, примерно, на 25 тысяч жителей. Соотношение ставок врачей к ставкам медицинских сестер в первичном звене примерно 1: 1.

Обеспеченность специалистами:

- 1 педиатр на 1200 – 2000 детского населения,
- 1 стоматолог на 11 тысяч населения,
- 1 социальный работник на 25 тысяч населения.

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

К концу 90-х годов эта групповая практика приобрела характер работы в команде в течение полного рабочего дня с оплатой труда в виде зарплаты

с 15% начислением от числа принятых пациентов. Врачи-специалисты, оказывающие амбулаторную помощь, имеют право после завершения официального приема (с 9 до 15 часов) принимать пациентов на своем рабочем месте на платной основе.

Амбулаторная помощь, т.е. поликлиники с врачами-специалистами и центры с групповой общеврачебной практикой, была передана под управление больницам для лучшей координации вторичной и третичной медицинской помощи. Вторичная и третичная помощь оказывается в больницах общего типа, которыми располагает каждая автономная область, и в крупных специализированных больницах, которые, как правило, располагаются в центре каждой провинции (Каталония, Андалусия и др.).

Психиатрическая помощь оказывается амбулаторно в профильных центрах (1 центр на 70 тыс. населения), а стационарно — на психиатрических койках в больницах общего типа, где число коек растет, а также в психиатрических стационарах. Кроме того, помощь оказывается в подразделениях дневной психиатрии.

Так как в Испании много внимания уделяется реабилитации больных, возникла необходимость создания центров долгосрочного ухода.

Большие инвестиции государство вкладывает в Центры здоровья (это не поликлиники) – санитарно-просветительные центры.

Сеть государственных учреждений здравоохранения в Каталонии выглядит следующим образом:

- 367 участков первичной помощи плюс 827 местных центров,
 - 348 медицинских учреждений,
- из них – 64 больницы неотложной помощи на 14тысяч 72 койки,
- 23 психиатрических центра.

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

Обратило на себя внимание то, что при амбулаторном посещении медицинского учреждения человек не может напрямую записаться на визит к «узкому» специалисту. Только семейный врач или педиатр могут записать пациента на визит к специалисту. По данным каталонской статистики, 95% граждан получают медицинскую помощь только у первичного врача (семейный врач, педиатр) и не направляются к специалистам.

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

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

Статистика здравоохранения Каталонии:

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

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

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

Главная задача Департамента здравоохранения Каталонии – контроль за качеством медицинской помощи. С этой целью заключаются контракты, в которых указаны количественные и качественные индикаторы для конкретного медицинского учреждения. Подписываются разные типы контрактов для центров первичной помощи и многопрофильных стационаров, так как существуют отличные друг от друга статьи расходов на амбулаторную и стационарную помощь. Руководство учреждения может самостоятельно менять профильность и количество коек в отделении.

Существующая система информатизации позволяет оценить работу любого врача, внесенного в регистр врачей Каталонии, в режиме он-лайн.

В Испании контрактная система оплаты труда. Существуют разные

типы контрактов для персонала поликлиник и персонала стационарных медицинских учреждений. Если выполнены показатели, обозначенные в контракте, выплачиваются надбавки.

Например, зарплата врача в поликлинике состоит из базовой заработной платы и надбавок за количество обслуживаемых пациентов выше нормативного, процент за определенный возраст населения, бонус за качество, надбавки за особые условия (сельский участок и т.д.), бонусы за повышенное образование, публикации, образовательную деятельность, активность в коллективе (обучение коллег).

Минимальная надбавка выплачивается при выполнении качественных и количественных индикаторов, обозначенных в контракте, не менее чем на 50%. При выполнении всех критериев выплачивается максимальная надбавка, примерно, 7 тысяч евро (290 тысяч рублей).

Средняя заработная плата:

- врача – 55 тысяч евро в год,
- м/сестры – 25 тысяч евро в год,
- техника – от 18 до 25 евро в год,
- помощника – 18 тысяч евро в год.

Но, пожалуй, самым неожиданным было то, что сравнивая государственные центры, где получают медицинскую помощь каталонцы, и частные медицинские центры, изначально рассчитанные на платные услуги, мы не заметили большой разницы между этими клиниками: и уровень оснащенности, и качество медицинской помощи на одинаково высоком уровне.

В Каталонии действует круглосуточная система телефонных переводов с 23 языков мира. На наш вопрос врачу, как они действуют - сначала выясняют, есть ли страховка, или сразу оказывают медицинскую помощь, мы получили закономерный ответ: «Прежде всего, мы помогаем человеку, а потом уже выясняем, кто он и откуда. Да и сложно предположить, что человек вынырнул из моря со страховым полюсом в руках». При реформе организации медицинской помощи, которая продолжалась 25 лет, было учтено, что основной доход Каталонии – туризм, а 20 млн. туристов, ежегодно выбирающих Каталонию для отдыха, это, прежде всего, живые люди, и им в любой момент может понадобиться медицинская помощь.

Медицинские центры Барселоны

Институт ГУТТМАНН (INSTITUTGUTTMANN) – нейрореабилитационная образцовая больница для медико–хирургического лечения и интегральной реабилитации людей со спино–мозговыми повреждениями, поражениями головного мозга приобретенного характера. Открытый в Барселоне в 1965 году, институт был первой больницей Испании, посвященной специализированному лечению людей с

повреждением спинного мозга. Целью Института является предоставить наилучшую специализированную медико–реабилитационную помощь в интегральной, индивидуализированной и постоянной форме при максимальном уровне человеческих, научных и технических условий. Современная инфраструктура, коллектив, насчитывающий 400 профессионалов, и опыт, накопленный в ходе лечения 11.000 пациентов, делают Институт ГУТТМАНН одним из самых передовых больничных центров по своей специальности.

Клиника КИРОН (CLÍNICA QUIRÓN) -

сеть частных клиник в пяти испанских городах: Барселона, Валенсия, два центра в Сарагосе, центры репродукции в Сан-Себастьяне и Бильбао. Клиника в Барселоне многопрофильная (130 к/мест, 9 операционных, 6 блоков интенсивной терапии). Мощное диагностическое отделение. Эксклюзивное направление: лечение паркинсонизма, медикаментозная терапия и функциональная нейрохирургия.

Медицинский центр ТЕКНОН (CENTRO MÉDICO TEKNON) -

сеть европейских клиник в Великобритании, Швейцарии. Многопрофильная клиника. Диагностическое отделение, внутренние болезни, хирургия, в том числе детская. 20 операционных, 14 000 операций в год.

Институт онкологии Текнон (Instituto Oncológico Teknon (IOT) открыт в 2000 году. Организован по модели Memorial Sloan-Kettering Cancer Center в Нью-Йорке, с которым поддерживает тесную связь, гарантирующую пациенту доступ к новейшим мировым технологиям в диагностике и лечении онкологических заболеваний.

Сеть медицинских клиник Barcelona Centro Médico

осуществляет диспетчерскую функцию: выбор врача, клиники (1 300 врачей специалистов, 18 медицинских центров); ассистанские услуги, сопровождение переводчика, бронирование гостиницы, трансфер, организация экскурсионной программы. Персонализированный подход в каждом случае. Конфиденциальность медицинской, финансовой и юридической информации.

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

Так как я работаю главным врачом детской поликлиники, то мое внимание было прежде всего обращено на особенности организации в Каталонии первичной медицинской помощи.

- 1) В настоящее время финансирование медицинской помощи в Курской области организовано по принципу оплаты за количество посещений, т.е. по тому принципу, от которого испанцы отошли более 20 лет назад. При существующей системе финансирования детская поликлиника не мотивирована на качественное улучшение профилактической работы, приводящее к снижению заболеваемости.

Переход на каталонский принцип подушевого финансирования и контрактная форма работы с персоналом, когда прописаны количественные и качественные индикаторы для каждого специалиста в отдельности, позволят поменять приоритеты врача с преимущественного оказания помощи острым больным на понимание важности, перспективности и экономической выгоды от профилактической и реабилитационной работы.

- 2) Учитывая очень низкий показатель младенческой смертности, доказывающий реальную эффективность современной каталонской модели здравоохранения, можно взять на вооружение тот факт, что возможность записи к «узкому» специалисту есть только у педиатра или семейного врача.

К сожалению, в реальной курской действительности мы имеем много проблем из-за перегруженности приемов специалистов визитами пациентов без показаний («хочу показать ребенка оториноларингологу-неврологу-офтальмологу и т.д. на всякий случай»).

- 3) Считаю, что было бы рационально узаконить и в России возможность консультативной помощи по телефону.

Каталонские центры телефонной помощи, где в основном работает квалифицированный средний медицинский персонал, позволяют оптимизировать работу участкового педиатра на дому за счет уменьшения количества вызовов до пределов разумного (с 20-30 до 8-10 посещений на дому). Врач будет знать на какой визит он пойдет, так как у него есть варианты в зависимости от конкретной ситуации:

- дать совет по лечению ребенка по телефону,

- вызвать бригаду «Скорой помощи»,
- посетить пациента на дому.

4) В Барселоне на сегодня информатизацией с возможностью доступа к базам данных охвачено 100% первичного звена и 60% больниц (в 2012г. планируется довести до 90%). Все истории болезней существуют в электронном виде. На бумажном носителе оформляются только официальные документы с «живой» подписью: информированное согласие на определенные медицинские манипуляции и т.п. Модуль устанавливается на рабочее место медицинских специалистов разного профиля: врача, медицинской сестры, лаборанта, руководителей медицинского учреждения разного уровня, а также везде, где есть потребность вносить информацию в карту пациента.

Использование информационной системы, внедрение электронной медицинской карты, удаленной записи к врачу и ряда других решений в наших учреждениях позволит добиться следующих позитивных моментов:

- укрепить чувство ответственности у врача за своевременное и правильное оформление медицинских документов,
- создать единую информационную сеть, которая соединит разнообразные подразделения медицинского учреждения,
- централизованно хранить данные пациента, что даст возможность просматривать информацию о его истории болезни различным специалистам ЛПУ без передачи между ними бумажной амбулаторной карты, отслеживать динамику изменения показателей состояния здоровья. Кроме этого, возможен контроль хода лечения и диагностики пациента на основании электронных данных амбулаторной карты, что позволяет повысить качество оказания медицинской помощи.
- При создании шаблонов врачебных осмотров можно использовать федеральные, региональные и внутренние стандарты диагностики и лечения пациента в зависимости от нозологической группы, пола и возраста, включая как обязательную, так и необязательную составляющие стандарта, что также повысит качество медицинской помощи.
- При работе системы в амбулаторно-поликлиническом лечебном учреждении в случае интеграции с программным модулем «Регистратура» врач, работающий с программой, может осуществлять запись пациента на прием к другому специалисту (с печатью талона АП) или к себе самому на повторный прием, что исключает необходимость возвращения в регистратуру, тем самым, уменьшая ее загруженность.
- Информатизация должна облегчить контроль за рациональным назначением медикаментов,
- Сократив время, которое тратят врачи на заполнение различной документации, появится больше возможностей для решения клинических

вопросов.

- Помимо того информатизация должна снизить очереди и обеспечить удобный доступ к справочной информации.
- Возникает возможность формирования статистических отчетов, набор параметров осмотра и конечная документация могут изменяться и настраиваться в зависимости от специфики и потребностей учреждения, использующего информационную систему.
- Формирование плана лечения больного может осуществляться как с использованием справочника медикаментов, так и без него.
- Данные о проведенном исследовании доступны врачу сразу после внесения их лаборантами в специально предназначенную систему, реализованную на единой базе вместе с ИС «Амбулаторная карта пациента», что снижает риск потери информации и обеспечивает своевременность ее получения.
- Кроме этого, информационная система поддерживает функцию распределения и контроля объемов оказания медицинской помощи по врачам и промежуткам времени.
- Возможно ведение и редактирование схем иммунопрофилактики для каждого пациента, а также сбор и хранение информации о листках временной нетрудоспособности.
- В информационной системе «Амбулаторная карта пациента» реализована система уведомлений, позволяющая осуществлять рассылку необходимой информации как сотрудникам лечебно-профилактического учреждения, с использованием локальной сети, так и пациентам ЛПУ с использованием службы коротких сообщений (SMS) глобальной сети.

Заключение.

В ходе зарубежной стажировки мы не только познакомились с новыми технологиями управления и другими социальными и бизнес-культурами, но по-новому увидели проблемы подведомственных медицинских учреждений и пути их решения, подготовились к ближайшему внедрению новых технологий на своих рабочих местах.

Социально-демографические показатели

Автономное сообщество
 Площадь: **32.106km²**
 Население: **7.611.711 жителей**
 Продолжительность жизни: **81,4 лет**
 Рождаемость (2007): **11,68 / 1000**
 Общая смертность (2007): **8,28 /1000**
 Младенческая смертность: **2,7/1000**
 ВВП на душу населения (PPP 2008)¹:
110,4
 Tourism: **17,335,800 visitors**

Высокая концентрация городского населения

Собственный язык и культура

Занятость по секторам :

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

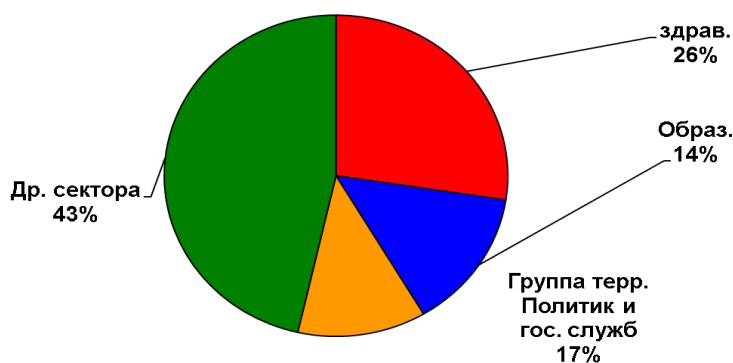


Source: IDESCAT
 RCA2009
 (1) UE-15=100

Табл.2

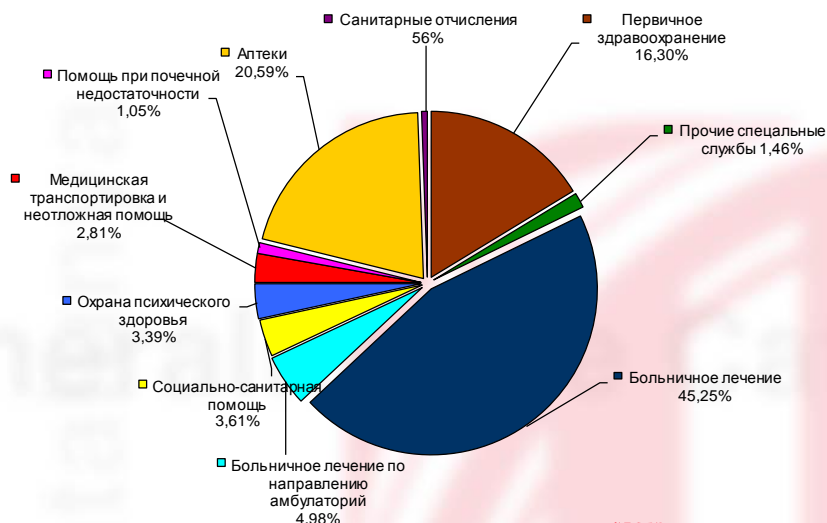
Бюджет здравоохранения в бюджете в областном бюджете Каталонии на 2010

Областной бюджет Каталонии на 2010: 39.699 миллиарда евро



Функциональная структура бюджета DS/CatSalut / ICS 2010

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



 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Табл.4

Финансовая устойчивость: динамика затрат на душу населения

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

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

**2006

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



25.11.11. Вручение дипломов о прохождении стажировки в городе Барселона (Испания).