

**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: Маринченко Светлана Владимировна**

**Страна стажировки: Испания**

**Москва, 2011**

## **Раздел 1. Информационная часть**

1.1. Наименование образовательной программы:

**Управление в сфере здравоохранения**

1.2. Фамилия, Имя, Отчество слушателя:

Маринченко Светлана Владимировна

1.3. Регион, место работы, должность: г. Владивосток,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», заместитель главного врача по клинико-экспертной работе

1.4. Наименование выполненного в рамках программы Проекта:

Проект «Раннее выявление онкологических заболеваний «Скажи раку «Нет!»»

1.5. Сроки и место проведения зарубежной стажировки:

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

1.6. Дополнительная информация:

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

Отличительной чертой Испании является децентрализация управления и финансирования здравоохранения при одновременной интеграции всех общественных ресурсов в единую общенациональную систему здравоохранения. В настоящее время необходимым становится постепенный переход от налоговой, то есть национальной модели (финансирование на 96% осуществляется из налогов), к модели, более ориентированной на систему социального страхования здоровья, на долю которой сейчас приходится свыше 70% всех расходов на здравоохранение. Современный облик испанского здравоохранения определяет Общий закон, принятый в 1986 г. Одним из его важнейших следствий стало видоизменение в оказании первичной медицинской помощи.

Испанская государственная система здравоохранения считается одной из самых лучших и современных не только в Европе, но и в мире, где по данным ВОЗ страна занимает четвертое место. В основном эта система была сформирована после Второй мировой войны. В настоящее время, как в большинстве стран Евросоюза, испанское медицинское обслуживание подразумевает многовариантность. Национальная система здравоохранения охватывает практически все население и основана на принципах всеобщей и равной доступности медицинских услуг. Она финансируется за счет сбора налогов и взаимоплатежей. В настоящее время 93,9% населения имеет право на бесплатное обслуживание. Эту бесплатную помощь пациенты могут получать в любой точке страны.

### **1. Особенности Каталонии**

Каталонская область Испании занимает 32.106 квадратных километров площади, является автономным сообществом. В 1979 году был подписан акт об автономии Каталонии, в 2006 году принят закон об автономии области, что позволило каталонцам иметь собственные парламент и правительство и самостоятельно определять приоритетные направления развития. С 1986 года в результате проводимой реформы здравоохранения Каталонии удалось прогрессивно изменить финансовую систему путем объединения систем социальной защиты и благотворительности в одно казначейство, отделения экономических услуг от медицинских. Осуществлен переход к системе, финансируемой из налоговых отчислений, что позволило создать свою национальную (каталонскую) систему здравоохранения. Отчисления из бюджета региона на здравоохранение достигли в 2010 году 26 %, государственные расходы на здравоохранение по стране в целом занимают 6 % от ВВП, в Каталонии –

4,7%. Удельный вес государственного финансирования охраны здоровья составляет 71,2 %, высокий удельный вес частных вливаний обусловлена законодательством: деятельность частных банков регламентирована обязательным наличием социальных программ, отчислением до 30 % прибыли на социальные нужды (в том числе на здравоохранение)

В Каталонии отмечаются наилучшие показатели здоровья и продолжительности жизни, которая составляет 81,4 лет. Общая и младенческая смертность ниже, чем в Испании в целом, рождаемость превышает показатели по стране. Приоритетными направлениями развития региона являются сфера услуг (в том числе индустрия здравоохранения) – до 65%, промышленное производство – 21,4%, строительство (11,4%) и сельское хозяйство (1,74%). Характерной особенностью региона является наличие собственного языка и культуры, высокий удельный вес городского населения (расстояние между городами с населением от 30 до 100 тыс. жителей не превышает 30 км).

Результатом благоприятной социальной политики явилось увеличение удельного веса пожилых людей (старше 60 лет) до 45 %, что создает проблемы с трудовыми ресурсами. Высокая средняя продолжительность жизни каталонцев обуславливает структуру наиболее распространенных заболеваний – на первые роли выходят болезни накопления: остеопороз, атеросклероз, диабет, метаболический синдром, а также депрессии и деменции: до трети пациентов первичного приема жалуются на ухудшение душевного здоровья.

## 2. Принципы Каталонской модели здравоохранения.

В Испании в каждой области вопросами охраны здоровья занимается министерство, которое возглавляет министр. В функции министерства федерального уровня входит:

- вопросы стандартизации медицинской помощи,
- подготовка медицинских кадров,
- минимальный пакет медицинских услуг с финансированием из центра,
- международное представительство.

В функции министерства области входит:

- координация деятельности с центром,
- распределение бюджетных средств по статьям расхода.

Для распределения финансовых потоков и обеспечения качества оказываемых услуг существует общественный гарант медицинской помощи – *Catsalut – SERVEI CATALA DE LA SALUT*, – государственный страхователь, в функции которого входит:

- получение финансов от министерства,
- покупка услуг у медицинских учреждений,
- аккредитация медицинских организаций,
- заключение договоров на поставку расходных средств, оборудования.

Принципы Каталонской системы здравоохранения:

- Качество

- Равенство (справедливость)
- Децентрализация
- Эффективность
- Трансверсальность
- Интеграция
- Участие
- Прозрачность
- Дополняемость и взаимозаменяемость.

Медицинское страхование в Испании охватывает 98,7% населения страны. Страховка покрывает первичное медицинское обслуживание, в том числе терапевтическое и педиатрическое, хирургическое вмешательство — как в стационаре, так и амбулаторное, чрезвычайную и неотложную помощь, лечение длительных заболеваний, а также рецептурный отпуск лекарств.

Испанская конституция гарантирует всем гражданам "право" на медицинское обслуживание, в том числе равный доступ к профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам, при этом ответственность за реализацию всеобщего медицинского страхования передана региональным властям.

Центральные власти предоставляют каждому региону общий грант. Целевое использование этих средств не прописывается: региональные власти сами решают, на что их расходовать. Размер гранта определяется в основном исходя из численности населения региона, а также с определенным учетом иных факторов, например, демографической ситуации. В дополнение к федеральным трансфертам регионы могут использовать на медицинские нужды и собственные средства.

Во главу угла здравоохранения Испании поставлен пациент, вся система помощи направлена на обеспечение нужд пациента, но в определенных правилах предоставления помощи. Так, пациент не обладает правом выбирать себе врачей — его прикрепляют к одному из терапевтов, работающих по месту жительства гражданина. Если возникает необходимость в специализированных медицинских услугах, терапевт направляет пациента к одному из врачей, входящих в определенный список. При этом испанцы не могут добровольно выйти из системы, если они не застраховались у частной фирмы. В результате, чтобы сменить врача или найти специализированные медучреждения, где нет длинных очередей, больные в Испании меняют место жительства.

Тем не менее испанцы в целом довольны своей системой здравоохранения. По данным анкетирования, почти 60% населения оценивают ее позитивно: это второй по величине уровень поддержки в Европе (после Франции). Соответственно, реформа здравоохранения для среднестатистического испанца не относится к самым насущным вопросам. Один наблюдатель отметил в этой связи: в ходе недавней предвыборной кампании в стране "проблемы здравоохранения выделялись

разве что своим отсутствием среди тем серьезных дискуссий"

### 3. Организация медицинской помощи

В департаменте здравоохранения Каталонии, как любой области Испании, существует санитарная карта с дислокацией медицинских учреждений. Медицинское учреждение, прошедшее аккредитацию, заключает контракт с Catsalut на определенный объем медицинских услуг за определенную стоимость. 95 % финансирования от контрактной суммы осуществляется в течение года, по итогам года при условии выполнения контрактных обязательств производится окончательный расчет и определяется бонусная сумма за качество выполнения. Качество услуг контролируется критериями, прописанными в контракте.

Поставщиками медицинских услуг являются медицинские учреждения разных форм собственности, причем частные учреждения осваивают 10 % государственных услуг.

Типы медицинских учреждений Каталонии:

1. Центры первичной помощи
2. Больничные учреждения (многопрофильные госпитали), в том числе с оказанием высокотехнологичной помощи
3. Центры психического здоровья
4. Центры долгосрочного ухода.

Таблица № 1

#### Формы собственности учреждений здравоохранения:

Тип учреждения	Государственный	Негосударственный
Больничная помощь	20,18 %	79,82 %
Первичная помощь	87,06 %	12,94 %
Психическая помощь	27,79 %	72,21 %
Долгосрочная помощь	38,43 %	61,57 %

Таким образом, приоритет государственного здравоохранения направлен на первичную помощь, которая представлена Центрами первичной помощи, Центрами здоровья, группами врачей первичной практики. В центрах первичной помощи работают врачи общей практики, семейные врачи, врачи терапевты, педиатры. Численность прикрепленного населения на врача общей практики – 1500 чел, на педиатра – 1400 детей. Кроме врачей, в Центре работают средний медицинский персонал, санитарные и социальные работники. Важным направлением работы первичного центра является, кроме лечебно-диагностической, профилактическая работа, а также образовательная и исследовательская деятельность. В критериях выполнения договорных обязательств указывается как количество медицинских услуг по обслуживанию прикрепленного населения, так и количество часов профилактической работы в виде проведения встреч с больными по нозологиям, школ и семинаров для определенных групп населения. При выполнении всех обязательств контракта медицинское учреждение получает финансовые

бонусы по итогам года.

Таблица № 2

Примерное штатное расписание Центра первичной помощи.

Специальность врача	Количество
Семейный врач	29
Педиатр	7
Медицинские сестры	18
Одонтолог	4
Санитарные работники	4
Социальные работники	4

В зависимости от демографической, социальной, возрастно-половой структуры прикрепленного участка, в Центре первичной помощи могут работать врачи других специальностей как государственного, так и частного страхования (психиатр, или специалист по душевному здоровью, подолог, дерматолог и др.).

Направления деятельности Центра первичной помощи.

1. Лечебно-диагностическая помощь:

- обращение по заболеванию
- обращение за направлением к другому специалисту
- вызов на дом
- посещения к медсестре для контроля клиничко-лабораторных показателей при длительной терапии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, сахарный диабет и т.д.)
- посещения к медицинской сестре с целью выписки рецепта на препарат, назначенный врачом

2. Профилактическая работа:

- проведение Школы здоровья по группам пациентов
- семинары для подростков, других социальных групп
- издание журнала для пациентов с ознакомительной информацией.

Критериями выполнения контрактных обязательств перед государством являются:

- количество пролеченных больных с определенными заболеваниями;
- количество больных с контролируемым течением заболевания (гипертоническая болезнь, сахарный диабет);
- определенный удельный вес выписанных рецептов на дженерики;
- количество проведенных семинаров и школ профилактической направленности;
- количество человек, охваченных профилактической работой и др.

Удовлетворенность оказанной медицинской помощью исследуется путем анкетирования на федеральном уровне.

Одной из немногочисленных проблем здравоохранения Испании является долгое ожидание госпитальной помощи – листы ожидания. Для urgentных ситуаций листов ожидания нет, очередность устанавливается

при неотложных и плановых операциях. Средний период ожидания в Каталонии установлен для плановых хирургических вмешательств – 73 дня. Для госпитализации необходимо получить направление от семейного врача к специалисту госпиталя, который и определяет необходимость и сроки госпитальной терапии.

#### Многопрофильный стационар

Больничная помощь занимает 20 % государственного и 80 % частного сектора здравоохранения как наиболее затратная часть. Основные подразделения госпиталя:

- отделение неотложной помощи с приемным покоем, операционными и родильными залами;
- лечебные отделения по профилям с палатами дневного и круглосуточного пребывания;
- отделения врачебного приема специалистами;
- диагностические отделения, включающие лучевую, ультразвуковую, функциональную диагностику.

Особенности пребывания пациентов – уход за больными осуществляется родственниками, имеющими свободный доступ в отделение и приставное кресло в палате.

Критериями выполнения контракта с Catsalut являются количество пролеченных больных, количество проведенных операций по нозологиям, количество электронных выписок из историй болезни. Длительность пребывания и уровень лечения решает лечащий врач, который заинтересован в сокращении лечения за счет интенсивности и внедрения передовых технологий.

#### 4 Социальная помощь в медицине

Университетская клиника нейрореабилитации Instituto Guttmann является крупнейшим научно-исследовательским институтом в области реабилитации пациентов с тяжелой неврологической патологией. Клиника является мировым лидером нейрореабилитации, центром экспериментальных технологий, располагает самым современным оборудованием в Европе, в том числе разработанными в Институте экзоскелетами и центром виртуальной стимуляции.

Площадь клиники – 17000 кв.м,  
коек – 152, (из них 16 – обсервационные);  
70 коек дневного пребывания, 40 коек детских,  
400 медицинских работников обслуживают до 16 тыс пациентов в год;

Бюджет клиники – 24 млн евро в год. Все помещения оснащены современным оборудованием, мебелью для удобства инвалидов.

Клиника соответствует стандартам ISO, является не только крупным лечебно-диагностическим учреждением, но и Центром социальной инициативы. Мультидисциплинарный подход к терапии, при котором учитываются как все медицинские показатели, так и психологические,



социальные и семейные обстоятельства, позволяет обеспечить разностороннюю поддержку и адаптацию пациента. Сотрудники Центра провозглашают равные права для инвалидов, информируют население о проблемах инвалидов, организуют социальное сопровождение пациента как во время лечения, так и после выписки, оказывают помощь семье инвалида.

В клинике задействованы, разработаны и внедрены все методы реабилитации: оперативное лечение, физиолечение, массаж, гимнастика и адекватные занятия спортом, широко применяются электрофизиологические методы, неинвазивная электронейростимуляция, нейропсихология, отрабатываются новые методики комплексного воздействия на нервную систему человека. Клинический эффект достигается у 95 % пациентов.

#### 5. Профессиональная подготовка медицинских работников.

Система образования медицинских работников носит непрерывный характер на протяжении многих лет деятельности врача и медицинской сестры. Для получения диплома врача необходимо закончить медицинский университет, 6 лет обучения и 1 год практики. Дальнейшая интернатура – специальная подготовка по разным профилям длится еще 4 года. По итогам выпускных экзаменов создается рейтинг молодых специалистов для выбора специальности. В дальнейшем образование врачей проводится по 2 программам: 1) непрерывное образование при ассоциации врачей в медицинской организации с проведением мастер-классов для овладения медицинскими технологиями; 2) непрерывное образование в режиме on-line при открытом университете Каталонии.

Подготовка медицинских сестер производится после успешной сдачи выпускных школьных экзаменов (ЕГЭ) на базе медицинских университетов в течение 3-х лет с последующей интернатурой, поэтому в Испании медицинские сестры обладают большими полномочиями, чем в России: медицинская сестра осуществляет динамическое наблюдение за пациентами с собственными посещениями.

Кроме медицинских сестер есть еще и медицинские техники – специалисты лабораторных, рентгенологических методов исследования, техники по реабилитации. Медицинские техники могут производить забор анализов для исследования, но не могут вводить лекарственные препараты. Для получения такого образования необходима специальная подготовка после окончания школы.

Каждое медицинское учреждение заинтересовано в подготовке собственных специалистов. Для этого нужно подать заявку на аккредитацию образовательной деятельности, доказать, что учреждение располагает достаточным количеством пациентов, врачей, имеет необходимое оборудование или проводит необходимое количество операций для осуществления подготовки врачей и студентов.

## 6. Лекарственное обеспечение.

Цель политики лекарственного обеспечения – обеспечить доступность к фармпродуктам путем упорядочения деятельности аптек и всей фармакологической службы. Лицензирование аптек и фармацевтических предприятий проводится на государственном уровне для обеспечения качества лекарств. Государство устанавливает фиксированную цену на лекарственные средства, определяет 100 % отпуск лекарств по рецептам. Работающее население приобретает лекарства по зеленым рецептам с оплатой 40 % стоимости, пенсионеры – по красным рецептам бесплатно. Все граждане имеют санитарную карточку, которой гарантирован объем медикаментозного обеспечения. Аптеки как частные предприятия подлежат обязательному лицензированию, коллегия фармацевтов контролирует деятельность аптек.

Счета за отпущенные препараты по рецептам выставляются страхователю – Catsalut для оплаты затрат. Отношения между Catsalut, ЛПУ и аптекой регулируются договорами. Критериями для финансирования лекарственного обеспечения договоров и включения препарата в перечень оплачиваемых являются: эффективность препарата, инновационный характер, терапевтическая активность и безопасность..

Цена препарата – это максимальная стоимость, которую государство готово заплатить за препарат. Поэтому оно заинтересовано в сокращении расходов на лекарства, внедрении дженериков – препаратов с одинаковым действующим веществом и способом введения.

Кроме этого, на территории проводятся клинические исследования по применению новых лекарственных средств. При поступлении лекарственного вещества на рынок информация о нем ограничена, необходимо отслеживать побочные действия препарата, для чего создана система фармаконаблюдения в медицинских организациях. Клинические исследования лекарственных средств в Каталонии проводят 255 лабораторий, 85 лабораторий производят лекарственные средства. В стране  $\frac{3}{4}$  рынка обеспечено испанскими лекарственными средствами. По результатам клинических исследований Правительство Каталонии решает, снять препарат с рынка или оставить

Обеспечение лекарственными средствами при стационарном лечении входит в стоимость лечения, покрываемого страховкой. Дорогостоящие медикаменты входят в специальную программу с отдельным финансированием.

## 7. Информатизация здравоохранения.

Каждый гражданин должен иметь санитарную карточку с ключом доступа к своей истории болезни. В настоящее время 40 тыс. человек в Каталонии имеют доступ к своей истории болезни.

Во всех медицинских учреждениях Каталонии проводится работа по внедрению единой электронной истории болезни и сведению всех электронных баз данных в единую систему.

В медицинском учреждении существует 2 блока информационных систем:

1. Врач и информационная система
2. Информационная система и пациент.

В связи с этим работают 2 системы:

1. Программа GIC – вся информация о пациенте: персональные данные, клиническая информация по анамнезу заболевания, данных обследования и лечения; отпадает необходимость бумажного варианта истории болезни, архива медицинских документов.

2. Программа BI – общая работа медицинского центра и всех служб. Это глобальное управление работой больницы.

Благодаря созданию электронной базы данных в медицинском учреждении вся информация собирается воедино для обработки, систематизации и анализа, в результате чего принимаются нужные решения по управлению как лечебно-диагностическим процессом, выработке тактических индикаторов, так и принятия стратегических решений деятельности учреждения в целом.

В каждом отделении в электронном виде работают:

1. Карта отделения со всей информацией по отделению: количество коек, пациентов, наличие свободных мест, расход медикаментов и других материалов, контроль выполнения врачебных назначений и т.д.

2. Карта боли – *mapa del dolor* – карта у каждого пациента по оценке состояния болевого синдрома с выходом сигнала на сестринский пост, что позволяет оперативно облегчить состояние пациента.

3. Карта антибиотикотерапии – позволяет врачу использовать препараты с наибольшей эффективностью в конкретной клинической ситуации.

Собственником информации по состоянию здоровья является пациент. Он может приватизировать информацию, имея ключ доступа и пароль. Во время лечения врач может вводить и менять информацию в электронной истории болезни в течение 4-х часов, после истечения этого времени информация не подлежит изменениям.

Проблемы внедрения электронной истории болезни:

- необходимость согласованности действий всех врачей;
- взаимодействие между пациентом и врачом – доступ ко всей информации о пациенте только у пациента;
- частная медицина неохотно делится информацией о своих пациентах.

Внедрение электронной истории болезни – это не новая технология, а изменение навыков работы врача.

Для сведения всех данных медицинских учреждений в единую систему правительством Каталонии создан фонд TicSalut – агенство, занимающееся оценкой текущей ситуации в здравоохранении с учетом имеющихся ресурсов. Основные проблемы медицины в настоящее время:

- старение населения
- повышение удельного веса хронических больных

- повышение требовательности населения в медицинских услугах
- недостаток динамических (экономических) ресурсов для осуществления всех потребностей.

Целью создания агенства является трансформация всей системы оказания медицинской помощи, чтобы упростить работу как рядовых сотрудников, так и руководителей службы здравоохранения. Подобная трансформация позволит предложить пациентам целый ряд более гибких сервисов за счет сокращения количества бюрократических процедур и объема административного управления. В результате врачи смогут быстрее обслуживать пациентов и более точно ставить диагнозы.

Одной из ключевых составляющих проекта является создание системы электронных историй болезни пациентов, доступной медицинскому персоналу в каждом госпитале. В этой системе будут храниться такие критически важные данные, как информация о перенесенных заболеваниях, результаты медицинских обследований и сведения об аллергических реакциях. Пациенты будут получать более качественные услуги благодаря сокращению времени ожидания медицинского обслуживания, организации единого медицинского архива консолидированной, актуальной информации и обеспечению конфиденциальности данных, хранящихся в защищенной информационной системе.

Медицинским работникам будет обеспечен немедленный доступ к истории болезни каждого пациента, включающей рентгеновские снимки и результаты ультразвукового сканирования, что позволит ставить более точный диагноз и выписывать соответствующие лекарственные препараты, которые находятся в наличии. Этот проект предусматривает также совершенствование администрирования работы госпиталей, которые получают передовые средства управления заработной платой и банковским обслуживанием, а также модернизированную систему составления графиков рабочих смен.

#### Задачи TicSalut:

1. Создание единой информационной системы медицины из разных систем медицинских учреждений региона;
2. Развитие телемедицины: возможность любого врача любой больницы иметь доступ к центральному ресурсу диагностики, консультативной помощи, выработки тактики ведения. Выигрыш и для врача, и для пациента.

Агенством TicSalut проводится ежегодное анкетирование медицинских учреждений по внедренным медицинским технологиям, наличию информационных систем, технологий общения с пациентом для

систематизации этих данных и выработке единого стандартизованного метода.

### 8. Консорциум здравоохранения Каталонии

Государственная служба здравоохранения Каталонии является единым страхователем по оказанию медицинской помощи. Для осуществления единой политики закупок услуг посредством централизованного планирования создан Консорциум здравоохранения, объединяющий 49 медицинских организаций. Основными функциями Консорциума являются управление и планирование финансовых затрат, покупка медицинских услуг, заключение договоров.

1. Модель прямого управления – прямой договор с медицинской организацией на осуществление деятельности медицинского учреждения, покупка управленческой деятельности
2. Договор на управление – представительство управленческих функций перед высшим руководством путем наема управленцев и отчета о деятельности перед правительством
3. Совмещенная модель

Преимуществом Консорциума являются предоставление услуг медучреждению, таких как юридические, технические, осуществление внешних связей, управление персоналом, отбор персонала и т.д.

Критерием входа в консорциум является государственный характер учреждения (от 20 % собственности правительства) и взнос на содержание от бюджетного учреждения – 0,6% , но не более 19. тыс. евро

Основная цель консорциума – повышение качества медицинских услуг путем контроля за деятельностью учреждений, распределения и планирования медицинских услуг среди медучреждений. Инструменты контроля:

- аккредитация медучреждений;
- заключение контракта с ЛПУ с указанием количества необходимых медицинских услуг соответствующего качества, критерии выполнения профилактических программ, регулирование финансовых потоков.

### 9. Контроль качества медицинской помощи

Критериями качества медицинской помощи являются:

1. Система аккредитации медицинских учреждений, т.е. соответствие материально-технического оснащения, кадрового состава, профессиональной подготовки, результатов медицинской деятельности заявленным стандартам. Многие учреждения Каталонии имеют аккредитацию международной комиссии «Joint Commision Internacional»

2. Оценка контракта на предоставление медицинских услуг, включающего индикаторы качества медицинской помощи
3. Централизованная база данных о результатах проведенного лечения
4. Экономическая оценка деятельности медучреждения.

Наряду с бонусами существует система штрафов за несоответствие качеству оказываемой помощи (экономические – снижение оплаты за объем выполненных медицинских услуг, управленческие – смена руководства больницы)

Высокому качеству оказываемых медицинских услуг способствует архитектура зданий больниц и госпиталей. Миссия архитектурных решений зданий медицинских учреждений заключается в создании комфортных условий пребывания пациентов и профессиональной деятельности медицинских работников. При этом преследуются и другие цели, такие как удержание клиентов, охрана окружающей среды, продвижение инноваций.

Ответственность медицинских работников в Испании подлежит обязательному страхованию. Интересы профессионалов в спорных ситуациях защищает Коллегия врачей государственных учреждений. Частные клиники все расходы по искам и жалобам оплачивают самостоятельно.

Таблица № 3

Сравнительный анализ достижений и недостатков Каталонской системы

Сильные стороны	Слабые стороны
Государственный характер медицины, бесплатность и доступность для населения	Всеобщая доступность бесплатной медицинской помощи привела к большой востребованности и длительным листам ожидания
Приоритет первичного звена – амбулаторная помощь	Нет взаимодействия критериев выполнения договоров со страхователем между амбулаторными и стационарными лечебными учреждениями: % расхождения диагнозов
Профилактическая направленность	Отсутствуют критерии достижения результатов: показатель госпитализации, процент госпитализированных больных, % вызовов неотложной помощи
Образовательные программы для медработников на всех уровнях	Нет разделения на группы здоровья при диспансерном наблюдении и не проводится анализ по изменению (улучшение или ухудшение) состояния здоровья – перевод из одной

	диспансерной группы в другую
Увеличение роли медицинских сестер с передачей полномочий врачебного контроля за хроническими больными	
Системный подход к созданию единой электронной истории болезни для всех учреждений	
Возможность планирования медицинских услуг на региональном уровне	
Управляемость организацией медицинской помощи как внутри учреждения	
Отсутствие конкуренции с частной медициной – распределение объема медицинских услуг среди больниц всех форм собственности	
Создание мотивации у медицинских работников для внедрения новых технологий, повышения качества оказываемой помощи, сокращения расходов	
Социальная реабилитация как составная часть медицинской реабилитации в целом	
Мировые лидерские позиции в медицине высоких технологий по разным профилям	

Таким образом, наиболее сильными сторонами Каталонской модели здравоохранения являются доступность и бесплатность помощи для всех категорий населения, а также высокий профессионализм и качество. В то же время именно сильные стороны в настоящее время требуют особого внимания: бюджет не выдерживает такой высоко затратной медицины, о чем свидетельствует снижение финансирования здравоохранения в 2011 году, необходимость сокращения коечного фонда, врачебных ставок.

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

Государственная политика в области здравоохранения Испании привела к тому, что каталонская система здравоохранения признана одной из лучших в мире по рейтингам ВОЗ и независимых экспертных советов. Так, по исследованию журнала Newsweek, испанская система здравоохранения занимает третье место в мире. Строгий государственный контроль и разработанная система легальных гарантий обеспечивает надежность медицинского обслуживания и использования инновационных технологий как в государственных, так и в частных медицинских центрах. Организация здравоохранения построена таким образом, что любому госпиталю выгодно использовать передовые методики, которые сокращают как болезненные ощущения и осложнения у пациентов, так и продолжительность пребывания в клинике, что в свою очередь, обуславливают высокий индекс эффективности пропускную способность клиник. Условия аккредитации медицинских учреждений способствуют обязательному совмещению 3-х видов деятельности специалистов: врачебной практики, исследовательской деятельности, преподавательской работы.

Благодаря государственной политике, направленной на совершенствование оказания медицинской помощи, в Барселоне существует ряд передовых медицинских центров, которые занимают лидирующие места в мире по различным отраслям медицины. Такие Центры, как Институт Гутмана, госпиталь Sant Pau, медицинский центр Teknon, госпиталь Quiron являются мировыми лидерами по онкологии, нейрохирургии и нейрореабилитации, сердечно-сосудистой хирургии, офтальмологии, педиатрии. Кроме этого, развитие малоинвазивных методик в общей хирургии, хирургии желудочно-кишечного тракта, метаболической хирургии позволяют свести к минимуму возможные осложнения, добиться минимальной кровопотери и резкого сокращения сроков послеоперационного восстановления. Передовые технологии и богатый накопленный опыт в ортопедии, пластической хирургии, трансплантологии, урологии выводят данные направления высокотехнологичной медицины Каталонии на мировые лидерские позиции.

Не менее важным и хорошо организованным звеном здравоохранения Испании является профессиональная подготовка медицинских работников. Возможность непрерывного образования для врача и необходимость образовательной деятельности для медицинского учреждения значительно повышают как статус учреждения, так и уровень оказания медицинской помощи.



**Сравнительная характеристика подготовки  
медицинского персонала в России и Испании**

Специалист	Школа	Университет (годы)	Послевузовская подготовка	Последующее обучение
<b>Испания</b>				
Врач	ЕГЭ	6+1	4	Непрерывное
Медицинская сестра	ЕГЭ	3	1-2	Непрерывное
Техник (лаборатория, рентгенология, радиология)	Окончание школьного курса	Специальная подготовка 2 года		
<b>Россия</b>				
Врач	ЕГЭ	6	2	1 раз в 5 лет
Медицинская сестра	ЕГЭ	3-4 г. колледж, университет	нет	1 раз в 3 лет
Техник	нет			

Предложения по использованию опыта

Каталонской (испанской) модели здравоохранения.

1. Создание электронной базы медицинских данных на региональном уровне – формирование электронной истории болезни жителей территории
2. Расширение полномочий медицинских сестер с университетским образованием (передача функций клинико-лабораторного мониторинга за хроническими больными, контроль лечения)
3. Создание коллегиального органа для совершенствования управленческих функций медучреждений с целью оперативного проведения закупок основного оборудования, типичных расходных материалов, решения юридических вопросов.
4. Повышение статуса медицинских учреждений, которые являются клиническими базами для обучения и исследовательской деятельности.
5. Включение кабинета психиатра в первичную амбулаторную помощь по месту жительства пациента.

## Раздел 4. Приложения

### Сравнительная характеристика Каталонии и Приморского края

	Каталония	Приморский край
Площадь	32,106 тыс. В.км	165,9 тыс. кв.км
Население	7611,711 тыс.	1953,4 тыс.
Расстояние между населенными пунктами	До 30 км	До
Продолжительность жизни	91,4 лет	66,7 лет
Рождаемость	11,68/1000	11,8/1000
Общая смертность	8,28/1000	14,3/1000
Младенческая смертность	2,7/1000	9,5/1000
Доля расходов на здравоохранение в бюджете, %, 2010 г.	26	7,33