

**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: Молокоедов Владимир Владимирович**

**Страна стажировки: Испания.**

**Москва, 2011**

## **Раздел 1. Информационная часть**

1.1. Наименование образовательной программы:

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

1.2. Фамилия, Имя, Отчество слушателя:

Молокоедов Владимир Владимирович

1.3. Регион, место работы, должность:

Курская область, ОКУ «Курский центр лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности», начальник.

1.4. Наименование выполненного в рамках программы Проекта:

«Подготовка квалифицированных кадров для лечебных учреждений»

1.5. Сроки и место проведения зарубежной стажировки:

С 13 по 26 ноября 2011г., Испания, Барселона.

1.6. Дополнительная информация:

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

Испанская система здравоохранения по праву считается одной из самых лучших и современных не только в Европе, но и в мире, где по данным ВОЗ страна занимает четвертое место. В большинстве стран Евросоюза достаточно высокий уровень медицинского обслуживания, однако, специалисты особо выделяют улучшившееся в последние годы качество медицинского обслуживания именно в Испании, которое является очень эффективным, и именно здесь находятся множество именитых на весь мир медицинских научно-исследовательских институтов.

Отличительной чертой Испании является децентрализация управления и финансирования здравоохранения при одновременной интеграции всех общественных ресурсов в единую общенациональную систему здравоохранения. В наши дни там происходит 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.

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.

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.

Неудивительно, таким образом, что объем расходов на здравоохранение в различных регионах варьирует. Эта разница, а также отличия в приоритетах, обуславливают и значительные несовпадения в доступности медицинских ресурсов. Так, в Каталонии количество койко-мест на 1000 жителей составляет 4,8, а в Валенсии — всего 2,8.

В каждом административном округе Испании обязательно есть как минимум одна государственная больница, оборудованная новейшей медицинской аппаратурой, где работает высококвалифицированный персонал. Высоким уровнем профессионализма отличается и сектор частного здравоохранения.

Один из самых развитых и богатых регионов Испании, дающий стране 25% её ВВП - это Каталония. Ее площадь составляет 32.107 км<sup>2</sup>. На востоке она омывается Средиземным морем, на севере граничит с Францией и Андоррой, а на юге - с регионами Арагоном и Валенсией. Статус автономии Каталония получила в 1979 году.

В настоящее время в Каталонии проживает семь миллионов человек в 946 муниципалитетах. Существует две административные формы территориального деления: деление Администрации на 41 край и государственное деление на 4 провинции: Барселона, Херона, Лерида Таррагона. Барселона является столицей Каталонии.

В Каталонии есть собственное правительство, действующее в согласии с Конституцией Испании (**Constitució espanyola**) и Законом об Автономии Каталонии (**Estatut d'Autonomia de Catalunya**), который является ее основополагающим законом. Каталонское Правительство, которое называется Женералитат (**Generalitat de Catalunya**), состоит из Парламента (насчитывающего 135 депутатов), президента Правительства и правительственных органов. Все они избираются всеобщим голосованием, проводящегося с периодичностью раз в четыре года.

Все люди, проживающие в Каталонии, имеют право на медицинскую помощь независимо от своего административного положения.

Государственная медицинская помощь является компетентностью Департамента Здоровья (**Departament de Salut**). Главная задача Департамента здравоохранения Каталонии — контроль качества медицинской помощи, о котором, прежде всего, свидетельствует продолжительность жизни. По продолжительности жизни — 80 лет (78 — мужчины и 83 — женщины) — Каталония занимает одно из первых мест в мире. Оснащенность медицинских учреждений, квалификация персонала и качество лечения находятся на высоком уровне — все это контролирует Департамент здравоохранения Каталонии.

Структура каталонского здравоохранения носит смешанный характер, так как включает в одной сети общественного пользования все

здравоохранительные ресурсы, будь то государственные центры или частные общества, которые занимаются темами здоровья.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАТАЛОНИИ.**

Государственная система представляет собой универсальный аппарат, который финансируется государством. Центральная власть передает деньги региональным властям, а регионы уже сами организуют свои системы здравоохранения, чтобы удовлетворить право населения на медицинскую помощь. Имеется Министерство здравоохранения Каталонии, которое осуществляет планирование, финансирование и регулирование системы. Государственная страховая система КАТСАЛЮТ закупает услуги для населения, утверждает систему оплаты, как и сколько перечислять, оплата отличается в зависимости - поликлиника это или больница. Каталонская служба здравоохранения посредством планирования и установления заданий в области здравоохранения осуществляет покупку медицинских услуг у госпиталей для населения. 20 % лечебных учреждений составляет государственная форма собственности, 70% составляет смешанная форма собственности (частные, под патронажем церкви, муниципалитета и т. п.). Больших различий в оказании услуг между частными и государственными клиниками нет.

Инструменты, используемые системой для контроля:

1. аккредитация
2. контракт с лечебными учреждениями.

Все центры, предоставляющие услуги государственному здравоохранению имеют договора, заключенные с каталонской службой здравоохранения. В этих договорах устанавливается количество и качество

услуг, плановые задания, которые они должны выполнить, интегрирование профилактических программ и плановые задания в области координации на разных уровнях. Также договора содержат оговоренные финансовые инструменты, это финансовые потоки, которые получают медицинские учреждения за услуги. Поэтому каталонская служба здравоохранения передает Центрам и плановые задания и риски, связанные с выполнением этих задач. Практически все лечебные учреждения обладают высоким уровнем независимости. Это сложно в здравоохранении - не вмешиваться в финансово-хозяйственную деятельность учреждения. Служба здравоохранения только указывает им, что она хочет от них получить. В Каталонии 400 стационаров, 440 поликлиник, 46 учреждений для обслуживания хронических больных. На 1500 жителей должен быть 1 семейный врач, на 400 детей – 1 педиатр, на каждого врача - 1 медицинская сестра (это подушевое исчисление для КАТСАЛЮТ).

В стационарах система оплаты - проспективная. Страховая компания выкупает у больниц некоторый объем мероприятий, который выражается в госпитализациях и посещениях неотложных пациентов. Каждый параметр имеет определенный тариф. Так, для госпитализации есть базовый тариф, средневзвешенный с учетом сложности. Платят не за каждую конкретную процедуру, а за конечный продукт. Система финансирования – это система распределения, которая зависит от объема тех больничных услуг, которые страховая компания хочет купить. Тариф для каждой больницы несколько меняется от базового в зависимости от сложности и структурной характеристики больницы. Больницы разного уровня имеют различное финансирование. Базовый тариф утверждает Министерство здравоохранения. А бюджет на здравоохранение выделяет парламент Каталонии.

### **Принципы Каталонской системы здравоохранения:**

1. Качество.
2. Равенство (справедливость).
3. Децентрализация.
4. Эффективность.
5. Интеграция.
6. Участие.
7. Прозрачность.
8. Дополняемость и взаимозаменяемость.
9. Трансверсальность.

### **Структура общественного здравоохранения Каталонии**

**Центр Первой Помощи (поликлиника) или САР** также называется **поликлиникой** или **медицинской консультацией** - это первое место, куда жители обращаются при плохом самочувствии. Каждому человеку, имеющему медицинскую карточку, соответствует та или иная поликлиника, в которой ему назначат семейного врача или педиатра для ребенка. В поликлинике есть также медицинский пункт и служба социальной помощи (социальный работник), а также зубной врач, гинекология и другие службы. В поликлинике проинформируют о периоде прививок и превентивных программах, а также обучающих семинарах (материнство, детство, питание, СПИД, болезни, передающиеся половым путем, и так далее). Во всех поликлиниках существуют **службы срочной помощи** с понедельника по пятницу, **гинекологические службы** и службы **семейного планирования**.

К традиционным задачам поликлиники распределения пациентов, диагностики и лечения после принятия Общего закона о здравоохранении в



1986 году добавились профилактика, укрепление здоровья, реабилитационная помощь, а также задачи определения потребностей населения и планирования всех видов помощи внутри района обслуживания. 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. Для того чтобы стать врачом общей практики, нужно было получить шестилетнее медицинское образование, а затем еще три года специально обучаться по семейной медицине.

**Центр Непрерывной Помощи или САС** - это поликлиника, в которой есть службы скорой помощи в субботу и праздничные дни в течение зимнего периода с декабря по март. Не все поликлиники открываются в праздничные дни и многие имеют разное расписание. Поэтому в поликлинике пациента проинформируют о центре непрерывной помощи по его месту жительства.

**Специализированная помощь.** Семейный врач может посчитать нужным отправить своего пациента к **врачу-специалисту** или сделать дополнительные анализы. Некоторые поликлиники имеют врачей-специалистов, а некоторые нет. В случае отсутствия специалистов в поликлинике по месту жительства, человека отправят в другую, которая специализирована на той помощи, в которой он нуждается, или же направить в больницу. 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 в городской местности 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 община (район), и в крупных специализированных больницах, которые, как правило, располагаются в центре каждой провинции. 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.

### **Больница.**

В **больнице** (госпитале) существует множество разных служб: начиная с тех, где проводятся экстренные хирургические операции, и заканчивая **наружными консультациями**, в которых проводятся предварительные анализы и тесты, подготовительные работы к операции, или службы скорой помощи. Главный принцип – сортировка. При обращении за помощью пациента осматривают, записывают паспортные данные и присваивают категорию срочности. Все данные вносятся в компьютер, и начинается его движение по этапам. В каждом отделении все свое: диагностический блок, перевязочные, манипуляционные. Когда пациент покидает отделение экстренной помощи, врачи все равно его «видят» в других подразделениях с экрана монитора.

Несмотря на существование частного сектора в здравоохранении, конкуренция между общественными 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. Надо сказать, такая позиция прослеживается в большинстве развитых стран, и не только в отношении здравоохранения, поскольку из медицинской помощи нельзя извлекать прибыль, но также и в других социальных сферах деятельности. Система добровольного медицинского страхования, которой охвачены 10% населения, предлагает услуги, не оказываемые в общественном здравоохранении.

### **СТАТИСТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАТАЛОНИИ.**

Врачей - 47 на 10000 населения;

Медицинских работников (врачей и медсестер) – 65663;

Больничных коек - 48 на 10000 населения;

В палатах интенсивной терапии - 23 на 10000 населения;

Средняя продолжительность пребывания в стационаре – 4 дня;

Реабилитация на дому осуществляется в 50% случаев.

Расходы здравоохранения - €1118.69 евро на душу населения (около 5% от ВВП Каталонии, в целом по Испании - 5,5%).

### **ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ.**

Организация Foundation TicSalut - крупнейшая информационная система Испании, которая создала электронную цифровую карту, где можно увидеть все обследования, назначения, предыдущее лечение, анамнез. С ее помощью повышается эффективность, безопасность, выигрывается время для постановки диагноза, назначения лечения, уменьшается количество визитов к врачу, осуществляется выписка

рецептов в электронном виде. Новые электронные рецепты по сети отправляются в аптеку, пациент со своей электронной санитарной картой получает в аптеке лекарства, аптека предоставляет счет КАТСАЛЮТ, а страховая компания уже разбирается с пациентом.

ДЖИК – списки пациентов, которые поступают в различные отделения. В этой системе находится вся информация о пациенте: лабораторные анализы, медицинские заключения, результаты обследования, клиническое течение болезни, все назначения и препараты, выполнение. Эта система позволяет полностью отказаться от бумажных носителей.

БИ система - тактическая, стратегическая, оперативная. Позволяет сравнивать деятельность Центра с аналогичными Центрами региона.

ДЖИ ЕРДС - система, работающая в оперативном режиме: количество госпитализаций, количество свободных коек. Позволяет оперативно реагировать на изменения в клинике.

Санитарная карта - это собственная карта пациента, в которой есть вся необходимая медицинская информация о нем.

Развита телемедицина.

## **ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОСЛУЖИВАНИЕ**

Лицензии на выпуск лекарств выдает государство, которое в свою очередь гарантирует качество медикаментов и рациональное использование. Лицензирование медикаментов происходит в 2 этапа.

1 этап: В медицинском фармацевтическом агентстве оценивают качество, безопасность и эффективность лекарственных препаратов. После чего заключения поступают в оценочную комиссию, которая решает

вопрос о выдаче лицензии. Министерство здравоохранения через свои агентства открывает клинические лаборатории, лицензирует медикаменты. После проведенной технической оценки лекарственные препараты отпускаются по рецепту врача, поступают в свободную продажу, а также разрешают использовать в условиях больниц и специализированных учреждения.

2 этап: Ценообразование. Правительство Испании проводит оценку лекарственных препаратов, которые используют в системе государственных учреждений и оплачиваются из системы государственного здравоохранения. В компетенцию региональных властей входит планирование и лицензирование аптек. Были введены новые критерии ценообразования. Референтная цена - это максимальная цена, которую готово заплатить государство, она складывается из расчета: цена процедуры в день + дневная доза. Это позволило сделать минимальный порог и сократить расходы.

В Каталонии существует 2 типа рецептов: зеленые и красные. Зеленые рецепты для работающего населения, красные для неработающего населения. Зеленые рецепты выписываются пациентам, которые в свою очередь оплачивают только 40% от стоимости препарата, а остальные 60% оплачивают государственные страховые компании. Красные рецепты для неработающего населения, по которым все бесплатно вне зависимости от стоимости препарата.

В Каталонии введены электронные рецепты, по которым пациент со своей электронной карточкой получает их в аптеке, а аптека предоставляет счет в «КАТСАЛЮТ» (страховую компанию). При лечении в госпитале пациенты ни за что не платят, необходимые лекарственные препараты они получают бесплатно. Госпитальная аптека в свою очередь выставляет счет

«КАТСАЛЮТ». Рецепты должны выписываться из действующего вещества и аптеки должны выдавать лекарства, у которых цена ниже. Если цена выше, то они не финансируются государством.

### **МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ИСПАНИИ.**

Медицинская реабилитация в Испании является частью первичного амбулаторного медицинского обеспечения населения, финансируемого из средств налогообложения, и проводится амбулаторно в центрах первичного медицинского обеспечения – ЦПМ (*Equipos de Atención Primaria – EAP*). Существует около 2500 таких центров, где каждый гражданин может получить диагностические, лечебные, превентивные и реабилитационные услуги. Кроме того, ЦПМ обеспечивают неотложную помощь. 17 испанских регионов подразделены на области, те, в свою очередь – на зоны медицинского обеспечения. В каждой такой зоне находится, как минимум, один ЦПМ. Внутри одной области лечебные центры могут выбираться по желанию пациента. Зональное руководство медицинского обеспечения проводится управляющим, который назначается непосредственно Национальным институтом здравоохранения или автономным региональным руководством. Автономные регионы имеют различную степень независимости, что определяется как «асимметричный федерализм». В штат центров ЦПМ включены врачи общего профиля, педиатры, сестринский персонал, которые работают в одной «команде». Оплата труда врачей производится в соответствии с окладом с небольшой дополнительной паушальной оплатой за каждого пациента. Врачи ЦПМ выполняют роль диспетчеров и направляют больных в больницы или амбулаторные отделения больниц. ЦПМ были призваны заменить традиционную модель первичного медицинского обеспечения в единичных врачебных практиках, которые не соответствовали в полной мере современным требованиям диагностики,

превентивности и реабилитации. И все же в первую очередь в медицинских центрах оказывается лечебная помощь населению, и о проведении всеохватывающей реабилитации в той форме, в которой она существует, например, в Германии, говорить не приходится.

Наряду с ЦПМ для проведения реабилитационных амбулаторных мероприятий существует до 60 коммунальных социальных и реабилитационных центров (*Centrosbases*), предназначенных, с одной стороны, для проведения врачебной экспертизы {комиссия *EVO – EquipodeValoraciynyOrientacion*}, с другой – для проведения реабилитации, особенно детской. Комиссия *EVO* проводит врачебно-трудовое освидетельствование и назначает мероприятия профессиональной реабилитации, при условии установления степени нетрудоспособности более чем 33 %. В вопросах проведения профессиональной реабилитации компетентными органами являются, наряду с мастерскими профессионального содействия, структуры страхования производственного травматизма, прежде всего Национальный институт трудовой занятости (*Institute) NationaldeEmpleo – INEM*) и Министерство труда и социальных дел (*MinisteriodeTrabajoydeAsuntosSociales*). В ведении того же Министерства труда и социальных дел находится Национальный институт социального обеспечения (*InstituteNacionalde laSeguridadSocial – INSS*), который производит выплаты пенсий, пособий по нетрудоспособности и инвалидности, пособий для проведения профессиональной реабилитации, финансируемые из средств налогообложения.

Санаторно-курортное лечение в Испании не относится к общедоступной части государственной системы здравоохранения, так как в свое время оно было исключено из каталога оплачиваемых услуг

здравоохранения. С 1989 года в рамках Министерства труда и социальных дел существует только программа четырнадцатидневного так называемого социального курортного лечения для пенсионеров по старости и инвалидов труда. Трудоспособные граждане пользоваться льготами этой программы не могут. Предпосылкой для получения социального курортного лечения является подача заявки с обоснованием семейного врача, при этом учитывается состояние здоровья, возраст, материальное положение и очередность. Министерство труда и социальных дел выделяет в год до 7000 путевок. В настоящее время было пролечено до 400 000 испанских пенсионеров. Социальное курортное лечение проводится, как правило, в частных курортных учреждениях, которые обязаны соответствовать строгому стандарту, предписанному финансирующим министерством, прежде всего в отношении жилищных условий и набора курортных процедур. Общие расходы на социальное курортное лечение в 1997 году составляли 12,3 млн евро, а средний уровень доплат за каждое проведенное лечение – 188 евро. Всего в Испании насчитывается около 130 курортных учреждений, большинство из которых находится в частном владении.

## **ОБУЧЕНИЕ**

В Каталонии находятся несколько медицинских факультетов, где проходят обучение студенты. Обучение студентов длится 6 лет, по окончании обучения они сдают национальные экзамены. Система подготовки врачей контролирует ассоциация «ЭКСПОМЕДИКАЛ», которая формирует рейтинг студентов и составляет проходной бал. На выбор специальности влияет проходной бал, чем он выше, тем больше специальностей из списка может выбрать студент. Соответственно, если проходной бал невысок, то студент выбирает те специальности, которые остались. Как правило, рейтинг специальностей завершают семейные



врачи. Однако, для того чтобы стать семейным врачом, необходимо пройти обучение в ординатуре в течение 4 лет под присмотром более опытного наставника. Специализация врачей длится 4 года, которая состоит из 4 этапов.

Средний медицинский персонал проходит обучение в ВУЗе, но длительность обучения составляет не 6 лет как для врачей, а 3 года, после чего они обязаны сдать национальные экзамены и заключить соглашения на стажировку с тем госпиталем, в котором они планируют свое трудоустройство.

Техники здравоохранения не проходят обучение в ВУЗе, а обучаются в специализированных учебных заведениях. После чего работают они в лабораториях или рентген-лабораториях.

Младший медперсонал набирается из выпускников средних школ, и во время своей работы они могут поступить на заочные курсы и пройти обучение.

Последипломное образование (специальные курсы, магистерские программы) все платное, если администрация больницы заинтересована в обучении специалиста, то стоимость оплачивает сама.

Существует еще и непрерывное обучение на рабочем месте, это когда коллегия врачей берет на себя ответственность за обучение и специалиста, который проходит дистанционное обучение и сдает экзамены в режиме **ON LAIN**. Эта практика повышения квалификации широко используется в университете «**U BERTO**». В системе подготовки специалистов 20 % студентов составляет из других стран. Правительство Испании заключило соглашение с другими странами на обучение студентов. Стоимость обучения составляет 1200 € в год за исключением

Международного института Каталонии, в котором стоимость обучения составляет 12000 € в год. Российские ВУЗы не имеют точки соприкосновения с испанскими ВУЗами, для этого необходимо подтвердить свой диплом на территории Испании, знание испанского языка и соглашение между нашими странами.

Каждый госпиталь или центр, который хочет принять на работу молодых специалистов, подает заявку на аккредитацию для того, чтобы доказать, что их клиника соответствует существующим стандартам. Аккредитацию проходят каждые 2 года. Система аккредитации включает в себя основные критерии:

- 1 Материально-техническая база учреждения.
- 2 Пропорция персонала,
- 3 Уровень внутрибольничной инфекции.
- 4 Качество оказания медицинской помощи.

Контролирует процесс аккредитации «Агентство по качеству» и Правительство Каталонии. Средний возраст врача 47-48 лет.

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

*Предложение №1. Усиление профилактического звена здравоохранения и первичной медицинской помощи.*

Основной задачей медицины в любых условиях было и остается сохранение и укрепление здоровья граждан, выполнение гарантированных государством видов и объемов медицинских услуг. Однако, общероссийская концепция развития здравоохранения пока еще не полностью отработана и каждый руководитель департамента или крупного учреждения здравоохранения вынужден искать собственный путь выживания и развития. В этом плане одним из эффективных направлений является требование более пристального внимания к поддержанию традиционной цепочки: профилактика - лечение - реабилитация. Перемещение части сил и средств на процессы профилактики и реабилитации позволит существенно сократить количество заболеваний и их осложнений. Кроме того, нагрузка на каждую штатную должность в стационаре за счет расширения сектора профилактической работы сохраняется, тогда как количество койко-дней и финансовых затрат клиники, связанных с обслуживанием пациентов стационаров, по моему мнению, должно сокращаться, что позволит более эффективно и целенаправленно использовать имеющиеся ресурсы и создавать необходимый резерв средств для крайне тяжелых больных.

Так, когда после распада СССР в Финляндии разразился связанный с этим финансово-экономический кризис, там были вынуждены значительно сократить все социальные службы, в том числе и здравоохранение, оставив в неизменном объеме лишь первичную медицинскую помощь, что не привело к ухудшению состояния здоровья населения и свидетельствует о важности данного направления.

Общая врачебная практика является основополагающим элементом амбулаторно-поликлинической помощи населению в Каталонии (как и во всей Испании), от которого зависит эффективность и качество функционирования всей системы здравоохранения, сохранение и увеличение трудового потенциала страны, а также решение большинства медико-социальных проблем, в первую очередь на уровне семьи. Постановка правильного клинического диагноза на первичном этапе оказания медицинской помощи определяет рациональность использования финансовых, человеческих и иных ресурсов на последующих стадиях лечения. В связи с этим с целью дальнейшего совершенствования диагностики и оказания качественной медицинской помощи семейным врачам необходима система четких и полных стандартов оказания первичной медицинской помощи населению. В Испании количество врачей общей практики (семейных врачей) по отношению к докторам других специальностей составляет до 15,0%. Улучшилась доступность медицинской помощи пожилым, увеличилось число пролеченных больных, снизилась стоимость лечения за счет более раннего выявления заболеваний, существенно улучшились качество помощи и результаты в виде показателей здоровья пожилых и продолжительности здоровой жизни, а также выросла удовлетворенность пожилых людей за счет фокусирования средств на определенных группах населения и их потребностях. Этот пример еще раз подтверждает — по отношению к здоровью людей — низкую эффективность дорогостоящей высококачественной помощи и высокую эффективность предупреждения и раннего выявления заболеваний, а также первичной медицинской помощи.

*Предложение №2. Развитие телемедицины на базе опыта Испании.*

Прогресс в информационных и телекоммуникационных технологиях создал базу для принципиально нового направления в организации и оказании медицинской помощи населению – телемедицины.

Президент России Дмитрий Медведев, будучи еще Первым заместителем Председателя Правительства России, в своем выступлении на Всемирном экономическом форуме в Давосе 27 января 2007 года отметил: «...Не менее важно внедрение телекоммуникационных технологий в здравоохранении. Масштабы такой страны, как Россия, заставляют нас использовать методы телемедицины для выявления и диагностики, ранней диагностики различных заболеваний...»

Телемедицина - это использование достижений телекоммуникационных технологий в здравоохранении. Телемедицина позволяет поднять эффективность лечения и диагностики на качественно новый уровень. С помощью телемедицинских технологий можно, например, удаленному больному, оказать высококвалифицированную медицинскую помощь. Врачи могут поставить диагноз, на основании полученных через электронную почту или глобальную сеть Интернет изображений рентгеновских снимков, компьютерных томограмм, электрокардиограмм, электроэнцефалограмм или других данных лабораторных и инструментальных исследований больного. В связи с тем, что зачастую основная часть узких специалистов в различных областях медицины работает в специализированных медицинских центрах крупных городов, это привело к определенной централизации медицинской помощи. Однако, достижения телемедицины устраняют необходимость в физическом присутствии специалиста на месте.

Современные телемедицинские подходы позволяют проводить удаленные консультации врачей и их пациентов, находящихся в самых

отдаленных районах. При этом, для проведения консультации тяжелого больного врач может полагаться не только на собственный опыт. Благодаря телемедицинским технологиям врачи и специалисты могут слушать лекции известных ученых по самым актуальным проблемам здравоохранения и медицинской науки, поддерживать профессиональные связи с ведущими мировыми научными центрами, а также со своими коллегами из соседних районных больниц или с ведущими специалистами областного центра. Крайне привлекательна возможность использования технологий видеоконференций, позволяющих сторонам живое общение в режиме видео.

Недавние опросы в Испании показали, что применение телемедицины в лечении ВИЧ-позитивных пациентов может принести не меньшие результаты, чем реальный визит в больницу. Кроме того, дистанционное лечение способствует расширению обмена информацией между докторами и их пациентами, как показало то же исследование, проведенное издательской компанией «Мир компьютеров» (Computerworld). Медицинский персонал Клинической больницы Барселоны (Hospital Clinic of Barcelona) применил телемедицину в лечении 200 ВИЧ-позитивных пациентов посредством проекта виртуальной больницы в целях пятилетнего опроса, проводимого журналом «Plos One».

По данным еще одного опроса, опубликованного журналом «Plos One» в начале 2011 года, около 85 % респондентов считают, что телемедицина позволяет им мгновенно связаться со своим доктором, не покидая дома с помощью простого видео-чата. Виртуальные визиты также повышают объем информации, которую может получить пациент.

**Плановые и экстренные видеоконсультации и видеоконсилиумы** - это непосредственное общение между врачом-консультантом и лечащим

врачом, при необходимости - с участием больного. Причем, сеанс видеоконференцсвязи может проходить как между двумя абонентами, так и между несколькими абонентами в так называемом **многоточечном** режиме, т.е. наиболее сложные случаи могут обсуждаться консилиумом врачей из разных медицинских центров.

Дистанционная видеоконсультация примерно в 20 раз дешевле поездки пациента с Урала в Москву, для Якутии и Забайкалья - в 40 раз (в случае необходимости сопровождения пациента медицинским работником стоимость поездки удваивается). В зависимости от расстояния между пунктами соотношение этих затрат может составлять до 50 раз в пользу телемедицины. Телемедицинские системы позволяют организовать диалог с врачом-экспертом (видеоконференцию) на любом расстоянии и передать практически всю необходимую для квалифицированного заключения медицинскую информацию (выписки из истории болезни, рентгенограммы, компьютерные томограммы, снимки УЗИ и т.д.).

Необходимым условием для проведения телеконсультации в реальном времени является наличие качественных каналов связи. Видеоконференцию можно проводить как по цифровым телефонным линиям **ISDN**, так и по **IP-сетям**. Сегодня для видеоконференций можно использовать практически любые цифровые каналы связи с достаточно широкой полосой пропускания.

**Получают развитие мобильные телемедицинские комплексы** (переносные, на базе реанимобиля и т.д.) для работы на местах аварий. Российское здравоохранение весьма заинтересовано в малогабаритных мобильных диагностических комплексах, которые можно использовать в отсутствии телемедицинских кабинетов и центров, непосредственно там, где возникла необходимость. Этими средствами должны быть оснащены и

врачи скорой помощи, и семейные врачи, врачи районных и сельских больниц, бригады медицины катастроф и санитарной авиации, медицинских формирований МЧС и подразделений МО. Современный мобильный телемедицинский комплекс должен объединять в себе мощный компьютер, легко сопрягаемый с разнообразным медицинским оборудованием, средства ближней и дальней беспроводной связи, средства видеоконференции и средства IP-вещания.

**Телемедицинские системы динамического наблюдения** используются для наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями. Многообещающим направлением развития дистанционного биомониторинга является интеграция датчиков в одежду, различные аксессуары, мобильные телефоны. Например, жилет с набором биодатчиков, регистрирующих ЭКГ, артериальное давление и ряд других параметров, или мобильный телефон с возможностью регистрации ЭКГ и отправки ее средствами GPRS в медицинский центр, а также с возможностью определения координат человека в случае угрозы жизни.

Во всем мире стремительно нарастает количество людей пенсионного возраста, население стареет. Сегодня в мире 11% населения старше 65 лет. К 2050 году таких людей будет 21%. Естественно, нагрузка на систему здравоохранения существенно вырастет, поскольку хронических заболеваний (сердце, давление, диабет, рак и т.п.) гораздо больше у пожилых людей, и доля таких заболеваний будет только расти. Доступность средств связи и сервисов Интернет позволяет развивать такое направление, как **«домашняя телемедицина»**. Это дистанционное оказание медицинской помощи пациенту, находящемуся вне медицинского учреждения и проходящему курс лечения в домашних условиях. Специальное телемедицинское оборудование осуществляет сбор и



передачу медицинских данных пациента из его дома в отдаленный телемедицинский центр для дальнейшей обработки специалистами. Примером может служить система мониторинга больных с сердечной недостаточностью, нуждающихся в регулярных и частых обследованиях, стоимость лечения которых существенно уменьшается за счет использования телемедицины. Имеются комплексы, включающие датчики, измеряющие температуру тела, давление крови, парциальное давление кислорода, ЭКГ и функции дыхания, соединенные с настольным монитором, который в свою очередь автоматически отправляет данные в контрольный центр. Для пациентов - это возможность оперативно, без утомительных и дорогостоящих поездок, по месту жительства получать высококвалифицированные консультации. Кроме того, возможен аудио-визуальный контакт с врачами во время проведения консультации или диагностической процедуры.

Вполне проявившей себя тенденцией развития телемедицинских технологий является формирование региональных **телемедицинских сетей**. Такие сети, с одной стороны, будут развиваться вглубь территорий, охватывая все большее число медицинских учреждений, а с другой стороны – объединяться друг с другом. При создании телемедицинских сетей будут использоваться практически все доступные средства связи – наземные и спутниковые, волоконно-оптические и беспроводные, широкополосные сети передачи данных и сети мобильной телефонной связи.

*Предложение №3. Широкое внедрение различных форм организации и реализации графика врачебного и сестринского приема с целью ликвидации очередей и оптимизации рабочего времени.*

*Предложение №4. Использование принципа сортировки пациентов в амбулаторном учреждении.*

#### **Раздел 4. Приложения.**

1. Презентация медицинского центра Текнон.
2. Презентация госпиталя Сан Пау.
3. Презентация «Каталонская модель здравоохранения».

