

**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: Румянцев Сергей Александрович

Страна стажировки: Испания, Каталония

Москва 2011

Раздел 1. Информационная часть

1.1 Слушатель программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования в 2011-2014 годах».

1.2 Румянцев Сергей Александрович

1.3 Вологодская область, город Вологда.

Главный врач Бюджетного учреждения здравоохранения Вологодской области «Вологодский областной кожно-венерологический диспансер»

1.4 В рамках программы обучения был подготовлен проект: «Управление качеством медицинской помощи на основании рационального планирования ресурсного обеспечения и оптимизации профессиональной деятельности врачей дерматовенерологов (на материалах Вологодского областного кожно-венерологического диспансера)

1.5 Зарубежная стажировка проводилась в Барселоне (Испания) в период 13.11.2011 по 26.11.2011.

Краткая характеристика региона, содержание проблемы.

На территории Вологодской области на 1 января 2010 года проживает 1213,7 тыс. человек. В городах проживало 838,0 тыс. человек, что составило 68,8% , в сельской местности 375,7 тыс. человек, что составило 31,2%. Естественная убыль в 2009 году составила 4,56 тыс. человек.

В результате реализации мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации в области, за последние 5 лет отмечена положительная тенденция в естественном движении населения: рождаемость возросла с 10,5 до 12,4 (18%), а общая смертность снизилась с 18,8 до 16,2 на 1000 населения (13,8%). В то же время эти показатели были и остаются выше уровня Российской Федерации (14,2 на 1000 жителей на 01.01.2010) и Северо-западного федерального округа (15,2 на 1000 жителей на 01.01.2010г).

Тем не менее демографическая ситуация в Вологодской области не теряет своей остроты, процессы депопуляции в регионе сохраняются (число умерших в 2009 году превысило число родившихся в 1,3 раза). Несмотря на снижение уровня смертности населения за последние годы, долговременной и устойчивой тенденции этого явления не отмечается. Повышение рождаемости,

наблюдаемое с 2005 года, в значительной части связано со вступлением большого числа женщин, рожденных в 1980-1987 годах, в возраст, оптимальный для рождения детей, и реализацией большого числа отложенных рождений женщинами старших возрастов. Прогноз демографической ситуации на ближайшие 15 лет неблагоприятный. Начиная с 2011 года прогнозируется снижение рождаемости из-за неуклонного уменьшения численности женщин наиболее активного детородного возраста. Темпы снижения смертности, достигнутые в предыдущие годы, не позволяют компенсировать рост числа лиц, входящих в период ухода из жизни.

Основными причинами смертности населения в 2009 году стали:

болезни системы кровообращения - 934,3 случая на 100 тыс. населения

новообразования – 213,9 случая на 100 тыс. населения

отравления, травмы и другие последствия внешних причин – 191,9 на 100 тыс. населения.

Важнейшим индикатором, отражающим демографическую ситуацию области, непосредственно связанным с уровнем оказания медицинской помощи, является младенческая смертность. Динамика этого индикатора за последние 5 лет носит устойчивый снижающийся характер. Так в 2004 году младенческая смертность составляла 10,9 то в 2010 году 7,3.

Сложившаяся демографическая ситуация и основные причины смертности населения определили основные актуальные вопросы совершенствования оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения, онкологических заболеваниях, травмах и отравлениях.

Анализ заболеваемости населения Вологодской области

Первичная заболеваемость в Вологодской области, как и в целом по Российской Федерации постоянно растет. Это связано, с одной стороны, с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методик диагностики, с другой стороны, с ростом доли пожилого населения и низким уровнем жизни.

В структуре заболеваемости на первом месте находятся болезни органов дыхания, на втором болезни системы кровообращения, на третьем болезни костно-мышечной системы.

Кадровое обеспечение Вологодской области.

Наиболее актуальной для всех этапов оказания медицинской помощи в Вологодской области является проблема кадрового обеспечения лечебно-профилактических учреждений. В 2010 году в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Вологодской области работали 3844 врача и 12847 специалистов со средним профессиональным образованием.

По обеспеченности врачебными кадрами на 10 тыс. населения Вологодская область занимает по Северо-Западному региону седьмое место из десяти.

Укомплектованность врачебными кадрами в 2010 году составила 82% при коэффициенте совместительства 1.7, кадрами среднего медицинского персонала -72%, при коэффициенте совместительства 1.4.

Дефицит кадров, особенно в сельской местности является одной из важных проблем.

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. 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. Наряду с частным сектором, отлично развита система государственного здравоохранения. Национальный Институт Медицинского Обслуживания Испании предусматривает бесплатное как базовое, так и экстренное медицинское обслуживание. Во всех государственных больницах медицинская помощь оказывается круглосуточно.

Многие испанцы, не смотря на развитую систему государственного медицинского страхования, пользуются услугами частных медицинских центров и страховых компаний. Стоимость страхового полиса составляет приблизительно 150 евро в месяц, в зависимости от условий конкретной компании, возраста пациента, состояния здоровья, пакета услуг на момент страхования.

Несомненно, кроме государственного и частного медицинского обслуживания, большое значение играет воздействие на человека так называемых климатических условий. В стране много источников

минеральных вод различного физического и химического состава.

. Программа подготовленная испанской командой позволяет провести подробный анализ различных аспектов работы частных и государственных предприятий учреждений и организаций работающих в области здравоохранения . С целью ознакомления с проблемами ,стоящими перед предприятиями данной отрасли ,а также с теми возможностями, которые открываются перед ней в современных условиях в программу стажировки были включены посещения различных предприятий и учреждений здравоохранения, встречи с ведущими специалистами в области организации работы учреждений здравоохранения, маркетинга, страхования.

Общий обзор системы здравоохранения в Испании был проведен в Министерстве здравоохранения Каталонии, на примере организационной структуры системы здравоохранения Каталонии, заведующим департаментом международных связей господином Жузепе Антони Пуханте.

Основным отличием системы здравоохранения Каталонии от других стран является длительный период последовательно проводимых шагов по реформированию уже существовавшей системы здравоохранения Испании.

Активное и последовательное реформирование системы здравоохранения началось с реформы социального обеспечения в 1977 году, данная реформа позволила отделить экономические услуги от услуг здравоохранения и придать медицинской услуге особый статус.

Следующим шагом в создании условий для реформирования здравоохранения Каталонии стал Акт об автономии Каталонии 1979 года.

Продолжающийся процесс децентрализации государства позволил в 1981 году передать полномочия по региональному здравоохранению Автономному Правительству Каталонии, также были созданы другие Автономные регионы Испании и приняты законы о Региональной автономии.

Дальнейшее реформирование системы здравоохранения было направлено на структурные изменения, в 1986 был принят Общий закон о здравоохранении, который затрагивал все аспекты оказания медицинской помощи ,в этом же году произошло прогрессивное изменение финансовой системы, а именно объединение финансовых потоков полученных от благотворительности с финансовыми потоками системы социальной защиты в одно казначейство, что позволило аккумулировать средства необходимые для реформирования здравоохранения, что позволило осуществить постепенный переход к финансированию из налоговых отчислений и национализации системы здравоохранения Каталонии. В 2006 году был издан Закон об автономии Каталонии , после чего

произошло окончательное разделение полномочий в управлении здравоохранением Каталонии между Национальным правительством Испании и Правительством автономии Каталония. Правительство Испании оставило за собой право на регулирование базового законодательства, обеспечение минимального пакета медицинских услуг оплачиваемых за счет государственной социальной защиты, а также выработку политики в области фармацевтики, медицинского образования, международной политики здоровья.

Правительство Автономии Каталония взяло на себя обязательства по субсидиарному законодательству, здравоохранению, разработке организационной системы структуры здравоохранения, аккредитации, планированию, закупки предоставляемых услуг в области здравоохранения.

Таким образом, государственная система здравоохранения Испании характеризуется следующими общими подходами:

- Финансируется из налоговых отчислений.
- Полномочия переданы автономиям.
- Общий охват.
- Свободный доступ.
- Расширенный диапазон государственных услуг.
- Софинансирование затрат на фармацевтические продукты.
- Медицинские услуги в основном предоставляются государственными учреждениями.
- Постоянно на государственном уровне обсуждаются вопросы устойчивости и финансирования системы.

Важным аспектом является децентрализация системы здравоохранения.

К компетенции национального правительства относятся:

- базовое законодательство и координация
- финансирование
- минимальный пакет, оплачиваемый через государственную СЗ
- фармацевтическая политика
- международная политика здоровья
- образовательные требования.

К компетенции правительства Автономии относятся:

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

Обозначенные выше принципы имеют под собой финансирование, внесенное в бюджетную политику Каталонии. Бюджет здравоохранения Каталонии в 2009 году составил 9426,53 млн. евро при численности

проживающего населения 7210508 человек, таким образом, показатель по душевого финансирования на одного жителя Каталонии в год составил 1295,63 евро. Доля финансирования на нужды здравоохранения в общей структуре бюджета Каталонии составляет 26%. Для полного понимания организации системы здравоохранения Каталонии необходимо рассмотреть ее структуру.

В центре организационной структуры здравоохранения стоят пациент и его интересы, система страхования пациента предусматривает возможность государственного страхования через страховую систему SERVEI CATALA DE LA SALUT которая обеспечивает 100% финансирования, дополнительно финансирование поступает за счет частных страхователей, что составляет около 20% от общего объема денежных поступлений.

Страховые накопления направляются на приобретение медицинских услуг для населения Каталонии, услуги INSTITUT CATALA DE LA SALUT 20%, услуги по контракту 70%, оплата услуг в частных центрах 10%.

Разработанная система финансирования здравоохранения Каталонии позволяет воплощать на практике основные принципы Каталонской системы здравоохранения:

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

Модель организации здравоохранения Каталонии достаточно проста и в месте с этим достаточно эффективна в работе, все граждане нуждающиеся в медицинской помощи в зависимости от тяжести состояния обращаются в Центры первичной помощи, либо в Службу экстренной медицинской помощи, на этом этапе пациент может получить всю необходимую помощь, Центры первичной помощи и Служба экстренной помощи работают в тесном сотрудничестве и имеют возможность в совместном оказании медицинской помощи. Следующим этапом является госпитальная база, разделенная на три уровня в зависимости от сложности оказываемых медицинских услуг, центры долгосрочного ухода за пациентом и центры психического здоровья, все эти структурные подразделения также взаимосвязаны возможностью направлять пациента на следующий этап оказания медицинской помощи и работают по общим принципам.

К положительным моментам организации медицинской помощи в

Каталонии можно отнести взаимодействие государственной и негосударственной формы собственности учреждений здравоохранения ,первичная помощь как наименее затратная в основном оказывается государственными учреждениями здравоохранения 87,06% , негосударственный сектор берет на себя 12,94%. Стационарная помощь требует максимальных затрат, так как включает в себя специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь и соотношение государственного и негосударственного сектора учреждений здравоохранения совсем иное. Государственные учреждения берут на себя 20,18% ,негосударственные учреждения 79,82%.Похожая тенденция сохраняется при оказании психиатрической помощи и помощи пациентам требующим долгосрочного ухода, психиатрическая помощь 27,79% государственные учреждения, 72,21% негосударственные учреждения. Долгосрочная помощь, 38,43% государственные учреждения,61,57% негосударственные учреждения здравоохранения.

Сочетание государственной и негосударственной формы собственности требует четкого распределения функции управления между участниками системы оказания медицинской помощи. Финансовые ресурсы и цели здравоохранения определяет парламент и утверждает бюджет на здравоохранение в целом, передает полномочия по расходованию бюджета в департамент здравоохранения ,который на основании бюджетных ассигнований составляет план по здравоохранению и передает экономические ресурсы в страховую общественную организацию SERVEI CATALA DE LA SALUT, которая гарантирует доступность медицинской помощи для граждан путем закупки медицинских услуг в государственных и негосударственных учреждениях здравоохранения и иных организациях необходимых для поддержания функционирования медицинских учреждений ,на основании заключенных договоров и контролирует качество оказанной медицинской помощи.

Сеть государственных учреждений здравоохранения Каталонии состоит из367 учреждений первичной помощи,827 местных медицинских центров,64 больниц неотложной помощи с общим количеством коек 14072,что позволяет иметь следующие показатели доступности медицинской помощи в Каталонии;

Общее число коек в стационарах 4,7 на1000 населения

Число коек неотложной помощи 2,4 на1000 населения

Обеспеченность врачами 4,9 на1000 населения

Пролеченные и выписанные из стационара 101 на1000населения

Расходы на душу населения в 2011 году составили 1206,98 евро /чел.

Здравоохранение Каталонии существует на фоне следующих социально-демографических показателей:

Занимаемая площадь Каталонии 32106км. кв

Население 7611711 человек

Средняя продолжительность жизни составляет 81,4 лет

Рождаемость 11,68 на1000 населения

Общая смертность 8,28 на1000 населения

Младенческая смертность 2,7 на1000 населения

ВВП на душу населения 110,4 евро

Туризм: 17335800 человек в год посещают Каталонию

Высокая концентрация городского населения, собственный язык и культура, распределение занятости населения по секторам;

-Услуги 65,42%

-Промышленность 21,43%

-Строительство 11,40%

-Сельское хозяйство 1,74%

Во время очередного запланированного визита в Больницу САН ПАУ доктор Josep Lluís Soler ,продолжил обсуждение вопросов организации медицинской помощи в КАТАЛОНИИ.

В период значительных успехов в развитии здравоохранения существуют Выраженные проблемные, к ним относятся большое количество мигрантов из стран латинской Америки, Африки, Азии, Румынии за год эта цифра доходит до 1336843 человек, данная категория граждан привозит с собой инфекционные заболевания, в связи с низким уровнем жизни имеют низкие показатели здоровья, высокий показатель рождаемости в данной социальной группе приводит к нехватке врачебных кадров по специальности акушерство и гинекология, а также педиатрия.

Важным аспектом для организаторов здравоохранения является постоянный прирост населения пожилого возраста при средней продолжительности жизни 81,4 года идет накопление лиц преклонного возраста, которые требуют большого внимания к своему здоровью и как следствие больших денежных вливаний в здравоохранение, что на фоне экономического кризиса и сокращения финансирования здравоохранения на 10% является существенной проблемой для системы с практически 100% финансированием, в предыдущие годы .По расчетам специалистов к 2050 году население Каталонии в возрасте 60 лет и старше будет составлять порядка 45 % .

Остается достаточно важной проблемой повышение потребления алкоголя лицами молодого возраста как среди местного населения, так и в среде эмигрантов из выше перечисленных стран, отмечается рост потребления табачной продукции среди местного населения Каталонии, эти факторы ведут к снижению общего уровня здоровья населения и вызывают тревогу у организаторов здравоохранения и практических врачей. На это есть объективные причины, так как в структуре общей заболеваемости Каталонии увеличивается процент социально зависимых заболеваний таких как, остеопороз, болезни сердца, диабет, дисметаболический синдром, депрессия, иммунопатологические состояния, деменция.

В зависимости от социальной необходимости, бюджет здравоохранения имеет определенную структуру распределения;

-Первичное здравоохранение 16,3%

-Больничное лечение 45,25%

-Затраты на лекарственное обеспечение граждан и аптеки 20,59%

-Больничное лечение по направлению амбулаторий 4,98%

-Охрана психического здоровья 3,39%

-Социально санитарная помощь 2,81% и т. д. Норматив распределения медицинского персонала в зависимости от численности прикрепленного населения следующий;

1 врачебная должность/1 должность медсестры на 1500 взрослого населения

1 должность врача педиатр/1 должность медсестры на 1200 детского населения

1 должность врача стоматолога на 11000 населения.

1 должность соц. работника на 25000 населения.

Обучение на медицинских факультетах университетов платное, в государственных учебных заведениях стоимость одного года обучения составляет приблизительно 1,2 тысячи евро в год.

Подготовке медицинских кадров отводится крайне важная роль, начиная с выпускного экзамена в школе предъявляются жесткие требования для дальнейшего поступления в медицинский университет, выпускникам устанавливается проходной бал не ниже 8 при 10 бальной системе при этом спрос на медицинские специальности очень большой. В Барселоне работает три медицинских факультета, 1 факультет в Рийзе, 1 факультет в Жироне, 1 факультет в Тарагоне. Время обучения на врачебную специальность составляет 6 лет, последний год обучения это практика. В Каталонии все больницы могут подавать заявки на проведение обучения студентов, не зависимо от формы собственности, при условии прохождения больницей специальной аккредитации. Средний медицинский персонал также как врачи получают высшее университетское образование, срок обучения среднего медицинского работника составляет 3 года, с последующей стажировкой в клинике.

Вспомогательный медицинский персонал проходит специальное профессиональное обучение, к этой же категории относятся медицинские техники. Техники в основном работают в лабораториях, рентгенкабинетах и существует специальность – техник по реабилитации. Техник в лаборатории выполняет практически весь объем работы, может даже осуществлять забор крови.

Очень важная роль отведена медицинским сестрам в Центрах здоровья, осуществляющих первичную медицинскую помощь, они ведут прием отдельно с врачом, в их функции входит осмотр больных с хроническими заболеваниями, при необходимости направить к врачу. Должность старшей медсестры больницы практически приравнивается к

должности главного врача. В Испании за последние 20 лет сложилась очень хорошая система подготовки врачей, после 6 лет обучения студенты сдают общий национальный экзамен по результатам которого они получают рейтинг, на основании рейтинга они могут получать специализацию, либо на базе больничного учреждения либо на базе Центров первичного обслуживания населения, с 1984года принято решение о необходимости специализации даже для врачей семейной медицины. До этого врачи терапевты не пользовались доверием со стороны населения и все старались попасть на прием в госпитальную базу к врачам специалистам. После реформирования обучения врачи семейной медицины приобрели статус специалиста и стали ключевой фигурой в здравоохранении Испании. Для получения специализации необходимо пройти обучение в течение 4 лет в больнице имеющей специальную аккредитацию от Министерства образования, аккредитацию больница проходит один раз в 2 года. Существует двустороннее соглашение между Испанией и другими странами на определенное количество мест на медицинских факультетах для иностранных студентов. Обучение студента на медицинском факультете считается относительно дешевым и обходится студенту в 1200 евро в год. Исключением считается обучение в Международном медицинском университете, это частное учебное заведение и обучение в нем обходится студенту 12000-15000 евро. В год этот университет выпускает около 80 врачей. Государственный медицинский факультет выпускает порядка 200 человек в год.

Доктор Rosario Jimenez провела работу по ознакомлению слушателей курса с организацией первичного медико-санитарного обслуживания населения на примере Центра Sant Gervasi.

В структуре медицинской помощи Каталонии первичные медико-санитарные центры занимают основную роль, на их долю приходится до 78% объема оказываемой помощи. Главные принципы работы центров; близость, доступность, постоянство, многодисциплинарность(в центрах работают терапевты, медицинские сестры, семейные врачи, санитары, врачи-специалисты). Центры обслуживают население по территориальному принципу, за каждым жителем закреплен семейный врач и медицинская сестра. В среднем обслуживаемая территория закрепленная за центром 20 км.кв. Приписное население обслуживаемое центром в среднем 55-60 тысяч человек. Данный центр имеет два здания, в одном ведут прием врачи и медицинские сестры, в другом находится социально-реабилитационный центр на 250 коек. Центр имеет врачебные кабинеты и кабинеты вспомогательного характера, где располагается библиотека, аудитории для совещаний и проведения лекториев для населения по санитарно-медицинскому просвещению.

Центр имеет приемное отделение, отделение семейных врачей, кабинеты социальных работников, педиатров, одонтологов, административные кабинеты, кабинеты душевного здоровья, кабинет профилактики курения,

офтальмолога, оптометриста, ревматолога, дерматолога, подолога(подиатра). Всего в центре работает ;
29 семейных врачей
7 педиатров
18 медицинских сестер
4 одонтолога
1 соцработник
12 администраторов

Узкие специалисты: ревматологи, травматологи, педиатры, офтальмологи, оптометристы работают по договорам. Основными задачами центра является ведение профилактической работы, до 83% времени занимает работа по внедрению в жизнь различных программ принятых на государственном уровне по профилактике социально значимых заболеваний. Важным разделом профилактической работы считают регулярный контроль уровня сахара в крови и контроль свертывающей системой крови. Много времени уделяется дистанционному обучению населения через интернет сайт, проводятся семинары выездные и непосредственно в центре с целью внедрения образовательных программ для населения. Важную роль отводят профилактике падения среди пожилого населения. Врачи работают с понедельника по пятницу в две смены первая смена с 8 до 15 часов , вторая смена с 14 до 20 часов, с 14 до 15 часов приема пациентов нет. Один день в неделю врачу выделен для посещения пациентов на дому в среднем выполняется 3-4 посещения в день, врач, сам решает, кого он будет осматривать на дому. Неотложная помощь на дому не оказывается, пациенты сами обращаются в приемное отделение центра.

Объем финансирования центра не зависит от количества посещений, центр получает деньги по договору подписанному с государством ,в этом договоре определяются задачи центра. Подписание договора происходит с тем учреждением ,которое выигрывает тендер, договор подписывается сроком на 6 лет, при плохих результатах работы государство может не продлевать договор на финансирование это является основным стимулом. Вызывает особое уважение техническое оснащение центра, планировка здания выполнена по типовому проекту, специально разработанному для данного типа центров, в типовом проекте предусмотрены требования эпидемиологической безопасности, разобщение потоков пациентов, удобство пребывания пациента в центре, его передвижение и ожидание приема.

Все врачебные кабинеты оснащены в полном объеме, стандартным набором диагностического оборудования для осмотра пациента на месте в кабинете в полном объеме, в соответствии с протоколом осмотра.

Во время визита в госпиталь DE MATARO доктор Albert Garsia предоставил презентацию об использовании информационных технологий в медицинских учреждениях Испании. Подходит к завершению переход

медицинских учреждений Каталонии на использование в работе единых электронных медицинских карт пациента, более 80% населения Каталонии имеет электронные медицинские карты, которые заменяют все бумажные носители информации медицинской документации. В электронной карте собраны все данные о пациенте, паспортная часть сведения о страховке, ранее проводимые исследования и консультации, все эти сведения представлены в хронологическом порядке. Каждая запись в электронной карте имеет юридическую силу наравне с бумажным документом, так как на государственном уровне принят закон об электронной подписи. Доступ к электронной медицинской карте может осуществить любой врач к которому обратился пациент, так как существует единая база данных на всех пациентов, на сегодняшний день это около 80% проживающего в Каталонии населения. По такому же принципу ведутся электронные истории болезни, это стандартный унифицированный документ на каждого пациента стационара, в котором регистрируются все назначения лекарственных средств, процедур и манипуляций, проводимых пациенту, каждый врач который причастен к лечению пациента оставляет запись о консультации или изменении лечения и заверяет все электронно-цифровой подписью. Таким образом, у администрации больницы в режиме реального времени есть вся информация по всем отделениям и каждому пациенту в частности, о назначаемых медикаментах, их соответствии стандартам и протоколам ведения пациентов с различными заболеваниями, манипуляциям, проводимым в отделениях, оперативных вмешательствах и т. д. В этой же системе осуществляется контроль качества оказания медицинской помощи и рейтинги знаний врачей работающих в учреждении. Отклонения от стандартов фиксируются программой и выделяются различной световой гаммой и условными обозначениями, таким образом, администрации больницы видна структура дефектов медицинской помощи и степень выраженности отклонений от стандартов. При клинической необходимости или не типичном течении патологического процесса у врача есть возможность обосновать отклонения от стандартов специальной пометкой в электронной истории болезни, администрация видит это обоснование и решает вопрос о правомерности действий врача. Изменение записи или назначения сделанного ранее врач может внести в историю болезни в течении 4 дней, но эти изменения так же фиксируются программой и требуют клинического обоснования. Согласие пациента на обработку его персональных данных считается полученным при подписании договора на медицинское обслуживание.

Отдельного внимания заслуживает анализ работы службы экстренной помощи SEM. Доктор Nuria Torres предоставила информацию о работе системы экстренной помощи.

SEM - это система неотложной медицинской помощи, это государственное предприятие, которое подчиняется министерству здравоохранения и

правительству Каталонии, финансирование осуществляется полностью из государственного бюджета, имеются органы управления, во главе совета администрации SEM находится президент каталанского института здравоохранения. Обслуживается все население Каталонии 7646944 чел, проживающих на территории 32103 кв.км.

Основными задачами SEM являются оказание санитарной помощи населению в экстренных и обычных ситуациях, а также дача рекомендаций населению в области здравоохранения.

Главными ценностями SEM являются: Честность, уважение, профессионализм, доступность, прозрачность, эффективность, качество, вовлеченность. Это главные движущие факторы в работе.

Стратегическое направление работы SEM ; организация работы службы 112 и другое направление превратить службу не только в центр мобилизации санитарных ресурсов ,но и в центр поддержки граждан в любой проблемной ситуации.

Годовой бюджет SEM 238 миллионов евро, по сравнению с предыдущим годом снижен на 12%, это стало серьезной проблемой для руководства организации.

Организация работы системы поставлена таким образом, что звонки с телефонов экстренной службы 112 и 061 поступают в диспетчерский центр где принимается решение о необходимости дать телефонную консультацию человеку или активизировать ресурсы экстренной помощи. Звонки с телефона 902111444 принимаются диспетчерским пунктом от населения и служат для информирования населения о структуре здравоохранения ,возможности проведения медицинских процедур, консультирования о состоянии здоровья пациента. Телефоны работают круглые сутки каждый день. В день обрабатывается около 6000 звонков, 061 – 4000 звонков, 902111444-2000 звонков.

Поступающие звонки принимает подготовленный специалист , который не является медицинским работником, он действует по алгоритму. Если это ДТП ресурс экстренной помощи активизируется сразу ,если нет, то звонок переадресовывается на врача, и врач принимает решение.

Санитарный транспорт работает на основе контрактов с организациями. Таких организаций более десяти. Помощь оказывают 422 транспортные единицы, подстанции распределены равномерно по всей территории Каталонии ,пропорционально проживающему населению, но даже в самых отдаленных и малонаселенных городах доступность помощи такая же как в центре. 4 вертолета специально оборудованные для оказания неотложной помощи распределены по периметру Каталонии и имеют равное время полета до любой точки.

В арсенале имеется 351 машина 83,4% санитарного транспорта ,базовые автомобили, 67 машин 15,6% врачебных бригад, передвижное отделение интенсивной терапии. На службу 061 в год поступает 1604576 звонков, 1057072 вносятся в протоколы , 876045 случаев активации

ресурсов неотложной помощи. На все телефоны службы в год поступает более 4000000 звонков.

Важная роль в здравоохранении Каталонии отведена проблемам реабилитации больных после перенесенных черепно-мозговых травм, травм с повреждением позвоночника, врожденных заболеваний центральной нервной системы и при различных других состояниях требующих реабилитации.

Во время визита в реабилитационную клинику, носящую имя доктора Гутмана, которая находится в пригороде Барселоны, были продемонстрированы самые современные направления в области реабилитации. Клиника кроме лечебно-реабилитационной работы является также и научным центром. Ежегодно в стенах клиники проводят научную работу и готовят к защите диссертаций десятки докторов.

Важным роль отводят медико-психологической адаптации людей с ограниченными возможностями, обучая их навыкам как самообслуживания, так и работе с техникой например с компьютерами, развивая когнитивные способности. Пациентом занимаются «круглые сутки», в первой половине дня лечебно-оздоровительные мероприятия, вторая половина дня посвящена досугу пациентов, развивают коллективные отношения. В клинике Гутмана проходят реабилитацию пациенты из многих стран Евросоюза, были пациенты из России.

Примечательно то, что в последнее время пациенты из России перестали быть редкостью для врачей из Испании. Для улучшения возможности получить лечение на территории Каталонии создана и успешно работает некоммерческая организация «Barcelona centro medico». Глава отдела Восточной Европы Соловьева Ольга рассказала о принципах работы данной организации, ее функциях. Как оказалось наиболее востребованы услуги в области хирургии, особенно в области травматологии и ортопедии, стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, андрологии. Успешно работает клиника специализирующаяся в области детской кардиохирургии.

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

Обращает на себя внимание в организации здравоохранения Каталонии, системный подход к решению задач здравоохранения.

1. Разработка медико - санитарной карты территории.

В это понятие включается работа по нанесению плана развития медицинской инфраструктуры на конкретную местность, с учетом распределения плотности населения, состояния здоровья данного населения, природно-климатических условий, развития промышленной и социальной инфраструктуры, имеющихся в наличии медицинских учреждений.

Имеющиеся в наличии ресурсы сравниваются с расчетными величинами и вырабатывается программа по реформированию структуры.

Проектирование медицинских учреждений один из ключевых моментов в стабильной работе здравоохранения Испании. Специально созданные проектно-инженерные учреждения с многолетним опытом, занимаются разработкой зданий и сооружений для конкретных типов медицинских учреждений в соответствии с предъявляемыми к ним требованиям.

-Площади и проектировка

-Материалы

-Естественное и искусственное освещение

-Вентиляция

-Автономное энергообеспечение и водоснабжение

-Уровень шума в помещениях

-Коммуникационные системы и т. д.

Все выше перечисленные условия ведут за собой правильную логистику организации лечебного процесса, размещение оборудования, формирование потоков пациентов в учреждении, организация условий работы персонала и условий пребывания пациента в медучреждении, и как следствие улучшение результатов лечения и повышение удовлетворенности медицинской помощью.

2.Исходя из потребности территории, необходимо формировать программу финансирования территории с привлечением средств бюджета и частных инвестиций. Опыт Испании показывает, что одномоментные вливания даже достаточного количества денежных средств не позволяет в полной мере решить поставленные задачи в целом, принцип организаторов здравоохранения в Испании; «Ставить пусть не большие, но реально достижимые цели, в тех условиях в каких приходится работать». Главное последовательное пошаговое решение проблем.

3.Подготовка кадров является ключевым моментом в реформировании здравоохранения, именно сильный в профессиональном

плане кадровый состав решает поставленные перед здравоохранением задачи, результатом является повышение качества медицинской помощи, принять ценности которые пропагандируются среди врачебного сообщества Испании, честность, уважение, профессионализм, доступность, прозрачность, эффективность, качество, вовлеченность, является основной задачей для формирования правильного воспитания врачей в Российской Федерации.

4. Постановка задачи перед научным сообществом по формированию единой логической системы процессов здравоохранения, организация документооборота, работа информационных систем, телефонные коммуникации с населением, типовые электронные и бумажные документы, схемы перемещения пациента внутри лечебного учреждения и маршрутизация в другие лечебные учреждения в Испании подчинены единому логическому алгоритму, поэтому задачи по определению маршрута пациента в медицинской организации решает ответственный работник даже без медицинского образования, что высвобождает медицинских работников для выполнения лечебного процесса.

5. Внедрение электронной медицинской карты в России очень важный этап требующий больших финансовых и организационных ресурсов, просто выдача пластиковых карт с чипом памяти на руки пациенту не решит поставленную задачу, необходим системный подход.

- Разработка технического задания для инженеров - программистов, именно от этого зависит качество программного продукта.

- Разработка программы единой для всех лечебно – профилактических учреждений, функциональной и простой в использовании, возможно внедрение уже существующих, отработанных по времени программ.

- Оснащение медицинских учреждений и органов управления здравоохранения необходимым оборудованием, персональными компьютерами, сканерами, считывающими устройствами.

- Формирование базы данных пациентов и центров по ее поддержанию, хранению и защите.

- Выдача на руки пластиковых электронных карт с персональными данными пациента и историей его болезни, архивом анализов и исследований.

- Утверждение юридической значимости цифровой - электронной подписи. Внедрение данной системы должно позволить сократить количество мониторингов и отчетов, которые ЛПУ ежедневно направляют в контролирующие органы, облегчится система контроля качества медицинской помощи основанная на изучении медицинской документации.

6. Считаю актуальным переход на оплату деятельности больниц не по количеству пролеченных пациентов или посещениям в поликлинику, а по итогам работы, и выполнению плановых показателей. При этом штрафные санкции не должны приводить к финансовой катастрофе в учреждении, а

только лишая учреждение оговоренных бонусов. В нынешних условиях больницам выгодно большое обращение пациентов, в сочетании с малым количеством параклинических, диагностических обследований, что не является фактором улучшающим качество обслуживания пациентов.

7. Стандартизация медицинских услуг должна включать в себя

- Анализ профессиональных качеств врача, обеспеченности аппаратурой и медперсоналом, условий организации и финансирования (качество структуры);
- Оценку диагностических и лечебных мероприятий (качество процесса);
- Анализ исходов (качество результатов) .

Соответственно нужно выделить следующие типы стандартов:

- Стандарты структуры, по которым определяется ресурсная база учреждения здравоохранения - материально-техническое обеспечение, кадры;
- Стандарты процесса - определяют технологию лечения и диагностики;
- Стандарты результата лечения (т.е. стандарты качества).

В качестве основных требований при создании медицинских стандартов должны учитываться :

- Адекватность предложенных объемов и видов диагностических и лечебных мероприятий поставленным задачам диагностического и лечебного процессов;
- Возможность осуществления оговоренного технологического процесса оказания медицинской помощи в существующих условиях соответствующих лечебно-профилактических учреждений;
- Реальная достижимость предполагаемых исходов лечения.

8. Считаю положительным опытом достойным внимания, структуру организации экстренной медицинской помощи в Каталонии , а именно наличие, в едином диспетчерском центре отдельно выделенного телефонного номера по которому специалисты круглосуточно оказывают консультации населению по вопросам здравоохранения не связанным с оказанием экстренной медицинской помощи, при этом любой вопрос гражданина не остается без внимания, не расходуются ресурсы направленные на оказание медицинской помощи в экстренных ситуациях, пациент не остается один на один с вопросами о состоянии своего здоровья и ощущает заботу о себе со стороны государства. В данной ситуации

разгружается система оказания первичной медицинской помощи, у пациента нет необходимости записываться на прием к врачу по вопросам, которые могут быть решены по телефону, или с помощью интернет технологий.

9. Более широкое использование возможностей телемедицины, как современного способа оказания высоко-квалифицированной лечебно-консультативной помощи.

10. Формирование и воспитание в профессиональных коллективах чувства командного духа, направленности на общий результат.

11. Формирование в коллективах корпоративной культуры.

12. Применение передовых технологий аутсорсинга.

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: 17.335,600 visitors

Высокая концентрация городского населения

Собственный язык и культура

Занятость по секторам :

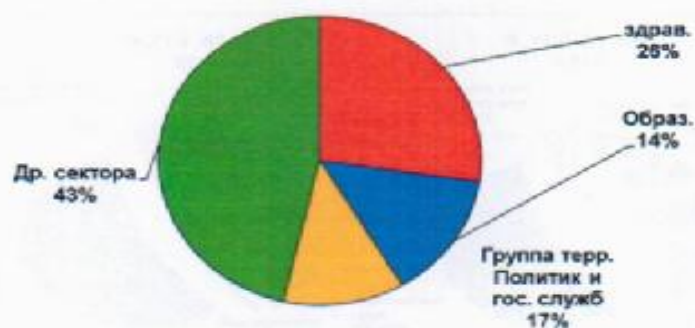
- Услуги 65,42 %
- Промышленность 21,43 %
- Строительство 11,40 %
- Сельское хозяйство 1,74 %



Source: IDESCAT
RCA 2009
(1) UE-15*100

Бюджет здравоохранения в бюджете в областном бюджете Каталонии на 2010

Областной бюджет Каталонии на 2010: 39.699 миллиарда евро



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

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: 17.335,600 visitors

Высокая концентрация городского населения

Собственный язык и культура

Занятость по секторам :

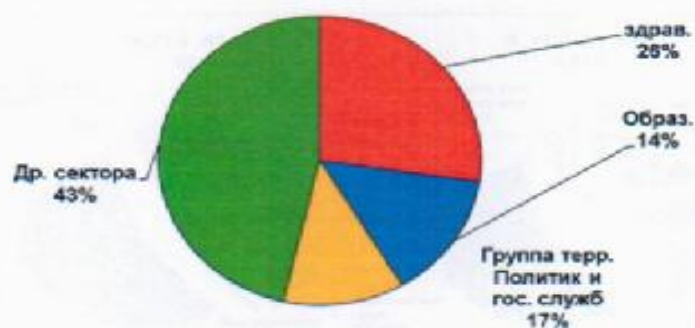
- Услуги 65,42 %
- Промышленность 21,43 %
- Строительство 11,40 %
- Сельское хозяйство 1,74 %



Source: IDESCAT
RCA 2009
(1) UE-15*100

Бюджет здравоохранения в бюджете в областном бюджете Каталонии на 2010

Областной бюджет Каталонии на 2010: 39.699 миллиарда евро



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

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: 17.335.600 visitors

Высокая концентрация городского населения

Собственный язык и культура

Занятость по секторам :

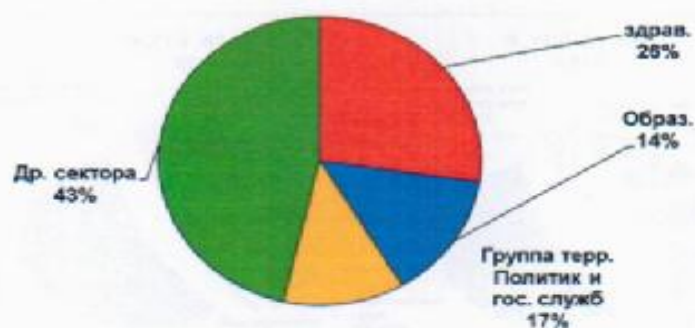
- Услуги 65,42 %
- Промышленность 21,43 %
- Строительство 11,40 %
- Сельское хозяйство 1,74 %



Source: IDESCAT
RCA 2009
(1) UE-15=100

Бюджет здравоохранения в бюджете в областном бюджете Каталонии на 2010

Областной бюджет Каталонии на 2010: 39.699 миллиарда евро



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

От Каталонской модели здоровья к Каталонской системе здравоохранения

Dr. Toni Dedeu
Senior International Officer
Office International Affairs and Cooperation
Ministry of Health of Catalonia

tdedeu@gencat.cat



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Исторический и политический контекст:

1. РЕФОРМА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ: 1977

- Отделение экономических услуг от услуг здравоохранения

2. АКТ ОБ АВТОНОМИИ КАТАЛОНИИ: 1979

3. ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВА: 1981

- Передача полномочий по региональному здравоохранению Автономному Правительству Каталонии
- Создание других Автономных регионов
- Законы о Региональной автономии




Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Исторический и политический контекст:

4. СТРУКТУРНАЯ РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: 1986

- Общий закон о здравоохранении: Общий охват
- Прогрессивное изменение финансовой системы
 - F Объединение систем социальной защиты и благотворительности: одно казначейство
 - F Постепенный переход к системе, финансируемой из налоговых отчислений: Национальная система здравоохранения

5. ЗАКОН ОБ АВТОНОМИИ КАТАЛОНИИ: 2006

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Социо-демографические характеристики Испании

17 Автономных Муниципальных образований

Площадь: 504,750 km²

Население (2010): 47.021.031

Продолжительность жизни (2008)²: 81,24
лет

Рождаемость (2009)³: 10,80 / 1000

Общая смертность (2009)⁴: 8,5/1000

Младенческая смертность (2009)⁵: 3,2

ВВП на душу населения (PPP2008)⁶: 94,4

(1) Municipal Register 01-01-2009 INE/INS National Institute of Statistics

(2-5) INE/INS National Institute of Statistics

(6) Eurostat UE-15=100



 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА 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

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Национальн ое правительст во	Базовое законодательство и координация Финансирование Минимальный пакет, оплачиваемый через государственную СЗ Фармацевтическая политика Международная политика здоровья Образовательные требования
Правительст во Автономии	Субсидиарное законодательство Здравоохранение Организационная структура системы Аккредитация и планирование Закупки и предоставление услуг

Автономные регионы Испании Бюджеты здравоохранения 2009

Автономные регионы	Бюджет Департамента и медицинских услуг	Охват населения	На душу населения в евро
Andalucía	9.826,54	8.059.461	1.245,86
Aragón	1.879,31	1.296.655	1.474,43
Asturias (Principado)	1.559,04	1.074.862	1.487,83
Baleares (Islas)	1.257,53	1.030.650	1.181,81
Canarias	2.020,88	2.025.951	1.444,70
Cantabria	793,57	572.824	1.399,35
Castilla y León	3.408,75	2.528.417	1.412,49
Castilla-La Mancha	2.852,56	1.977.304	1.423,09
Cataluña	9.426,53	7.210.508	1.295,63
Comunidad Valenciana	5.659,74	4.885.029	1.140,47
Extremadura	1.717,68	1.089.990	1.658,03
Galicia	3.767,12	2.772.533	1.419,61
Madrid (Comunidad de)	7.122,47	6.081.689	1.182,06
Murcia (Región de)	1.853,66	1.392.117	1.338,47
Navarra (Comunidad Foral)	906,94	606.878	1.473,16
País Vasco	3.546,44	2.141.860	1.675,50
Rioja (La)	452,57	308.068	1.462,31
Total	58.960,33	45.854.594	1.320,00

(1) Данные предоставлены Автономными областями.

Data in Euros

(2) Министерство санитарии и потребления. Экономические ресурсы СЗ. Данные и цифры 2009

Автономные регионы Испании Бюджеты здравоохранения 2006

Автономные регионы	Бюджет Департамента и медицинских услуг (1)	Охват населения (2)	На душу населения в евро (1)/(2)
Andalucía	8.444.338.883	7.849.799	1.075,74
Aragón	1.526.077.187	1.269.027	1.202,56
Asturias (Principado)	1.314.859.753	1.076.636	1.221,27
Baleares (Islas)	1.037.670.553	983.131	1.055,48
Canarias	2.330.109.796	1.988.280	1.183,83
Cantabria	691.854.218	562.309	1.230,38
Castilla y León	2.848.479.959	2.510.849	1.134,47
Castilla-La Mancha	2.188.441.700	1.894.667	1.155,05
Cataluña	7.952.783.337	6.995.206	1.136,89
Comunidad Valenciana	4.609.283.740	4.692.449	982,28
Extremadura	1.334.560.349	1.083.879	1.231,28
Galicia	3.174.375.607	2.762.198	1.149,22
Madrid (Comunidad de)	6.071.416.268	5.964.143	1.017,99
Murcia (Región de)	1.418.765.594	1.335.792	1.062,12
Navarra (Comunidad Foral)	731.762.995	893.472	1.233,02
País Vasco	2.553.642.452	2.124.846	1.201,80
Rioja (La)	422.464.681	301.084	1.403,15
Итого	48.650.887.072	43.967.766	1.157,44

(1) Данные предоставлены Автономными областями.

Data in Euros

(2) Министерство санитарии и потребления. Экономические ресурсы СЗ. Данные и цифры 2003-2006.

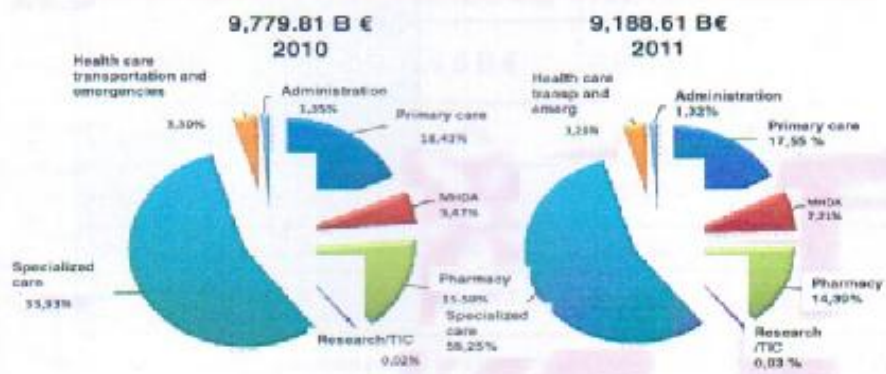
Центральное местное управление и социальные политики: приоритет - здравоохранению

	2003	2004	2005	2007	Рост '03 / '07
Департамент здравоохранения Бюджет, млн. евро	5.596	6.616	7.229	8.678	3.082
Департамент образования	2.927	3.376	3.759	4.540	1.613
Департамент социального обеспечения и гражданства	678	956	1.082	1.467	789
Департамент культуры и СМИ	173	195	240	607	434
ВСЕГО	9.273	11.102	12.310	15.292	6.019

IDESCAT

Функциональная структура бюджета DS/CatSalut / ICS 2010 - 2011

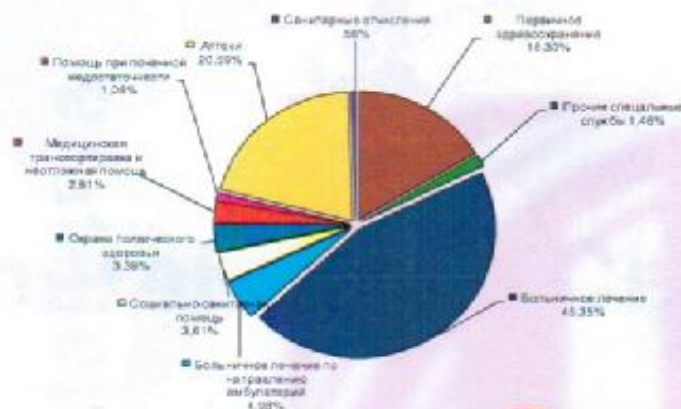
Healthcare Budget by service range CatSalut/ICS 2010-2011:
9,188,61 billion €



12

Функциональная структура бюджета DS/CatSalut / ICS 2010

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



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Финансовая устойчивость: динамика затрат на душу населения

Динамика бюджета здравоохранения

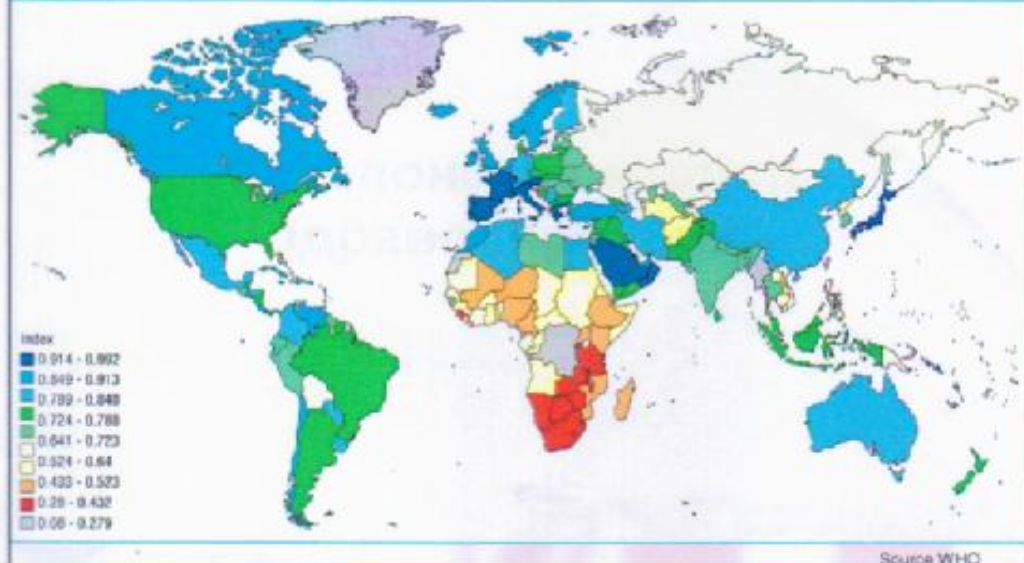
	2003	2007	2011
Население	6.506.440	7.324.047	7.600.000
Бюджет	5,6 В €	8,831 В €	11,4 В € 9,18 В €
Бюджет/ВВП	3,6%	4,2%	4,7%
Частные расходы/ВВП*	1,6%	1,8%**	1,8% / 2%
Госрасходы на душу населения	860 €	1.184,86 €	1.500 € ↓
Частные расходы на душу населения	363 €	470€**	560 € / 625 €

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

** 2008

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Сравнительная эффективность



Государственные расходы на здравоохранение в % от ВВП (2006)

В среднем по ЕС (1)	7,0%
Испания (1)	6,0%
Каталония (2)	4,7%

(1) Данные OECD
(2) Оценка CatSalut

Расходы на здравоохранение (в % от общего бюджета на здравоохранение)

Страна	Государственное	Частное
США	45,2	54,8
Испания	71,2	28,8
ЕС (*)	77,3	22,7
OECD (*)	59,2	40,8

(*) OECD data 2007

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Организация, ориентированная на клиента




Схема системы здравоохранения Каталонии



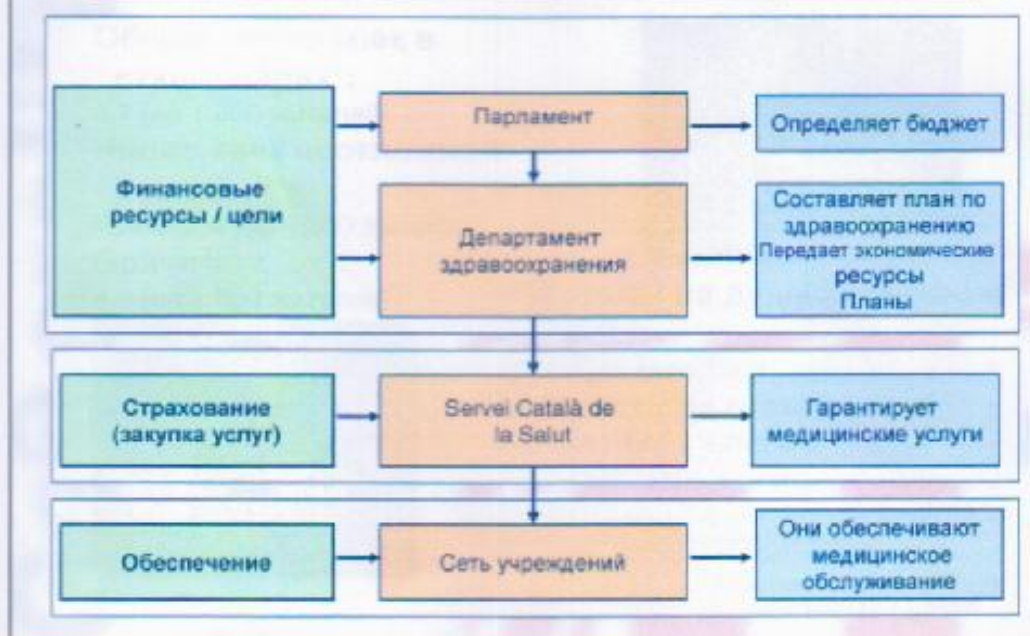
Форма собственности учреждений здравоохранения

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%

источник: Отдел по управлению ресурсами здравоохранения Каталонии


 Generalitat de Catalunya
 Departament de Salut

Функции



Основные участники системы здравоохранения



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Данные здравоохранения

Общее число коек в стационарах¹:

4,7 (на 1.000 жителей)

Число коек неотложной помощи²:

Прибл.2,4 (на 1.000 жителей)

Врачи³:

4,9 (на 1.000 жителей)



Расходы на душу населения в 2011:

1.206,98 евро / чел

Выписки из стационара⁴:

101 (на 1.000 жителей)

(1-2) Office of General Direction of Healthcare Resources, Department of Health of Catalonia

(3) INE/INS National Institute of Statistics

(4) Health in Figures 2009, Health Department of Catalonia

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut