

**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: Галина Викторовна Шokolова**

**Страна стажировки: Испания, г. Барселона**

**Москва, 2011**

## **Раздел 1. Информационная часть**

1.1. Наименование образовательной программы:

Управление в сфере здравоохранения

1.2. Фамилия, Имя, Отчество слушателя:

Галина Викторовна Шоколова

1.3. Регион, место работы, должность:

Приморский край, ГБУЗ «Краевая психиатрическая больница №1» г.

Уссурийск, с. Заречное, ул. Пионерская, 1а, главный врач

1.4. Наименование выполненного в рамках программы Проекта:

Проект сокращения отказов от новорожденных детей «Пойдем  
домой».

1.5. Сроки и место проведения зарубежной стажировки:

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

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

Основной характеристикой системы здравоохранения является то, что медицинское обслуживание в основном представляется государственными учреждениями (больницами), а также частными врачами (первичное обслуживание) и в значительной степени финансируется за счет взносов, связанных с занятостью. 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. 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, до Испании была относительно небогатой страной, где практиковались различные формы медицинской помощи. И ныне, 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. Оснащенность медицинских учреждений, квалификация персонала и качество лечения находятся на высоком уровне — все это контролирует Департамент здравоохранения Каталонии. О достойном качестве медицинской помощи свидетельствует и продолжительность жизни населения Каталонии — одна из самых высоких в мире. В среднем 78 лет живут мужчины и 83 года — женщины. - Каталония занимает одно из первых мест в мире. Для сравнения: средняя продолжительность жизни в ЕС: мужчин — 75,5 лет, женщин — 81,6 год; в России мужчин — 58 лет, женщин 72 года.

Здравоохранение считается частью системы социального обеспечения и финансируется за счет налогов. Всего в Каталонии 348 медицинских учреждений — 30 % принадлежит государству, остальные 70 % представляют собой медицинские центры различной формы собственности (частные, под патронажем церкви, муниципалитета и т. п.). Больших различий в оказании услуг между частными и государственными клиниками нет.

Вся медицина Испании находится в ведении Министерства здравоохранения. В сферу деятельности Министерства входит координация работы служб общественного здравоохранения и лечебных учреждений, разработка законодательной базы в сфере медицины, стандартизация лекарственных средств. В последние годы расширен охват населения государственным здравоохранением, преобразовано управление медицинского сектора, а также создана общенациональная система здравоохранения.

Каталония и Страна Басков стали первыми регионами Испании, где были созданы специальные организации по оценке медицинских технологий и исследований. Также Каталония первой изменила систему финансирования медицинских учреждений. Изначально не было предварительного согласования, все расходы оплачивались задним числом, но после урегулирования системы финансового потока с больницами стали заключать договоры.

Во всех больницах можно получить следующие виды услуг:

первичное медицинское обслуживание детского и взрослого населения;

общее укрепление здоровья;

профилактика заболеваний;

хирургические вмешательства;

амбулаторная и стационарная помощь.

В каждой автономии Испании своя система здравоохранения. Медицинскую помощь оказывают государственные медицинские центры каталонского Департамента здравоохранения (около 30%) и медицинские центры различной формы собственности: частные и с участием различных фондов,

муниципалитета, церкви (около 70%), обслуживающие каталонцев на контрактной основе.

Статистика здравоохранения Каталонии:

Врачей - 47 на 10000 населения;

Медицинских работников (врачей и медсестер) – 65663;

Больничных коек - 49 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%).

Личные расходы на здравоохранение в 2010 году составляли €470, из них: 50,29% составляют расходы на стационарную медицинскую помощь, высокие медицинские технологии требуют больших затрат; 16,47% - первичная медицинская помощь, в среднем каталонцы делают 6-7 посещений врача в год, можно предположить, что диспансеризацию проходят все; 21,49% расходы на лекарства, пенсионеры и инвалиды получают их бесплатно, а для тех, кто покупает лекарства по рецептам семейного врача, государство компенсирует 40% стоимости; 5,76% расходы на транспорт, авиацию, при том, что медицинские центры построены таким образом, что 99% населения могут добраться до них на автомобиле за 30 минут; 3,09% - социальная и санитарная помощь и 2,90% - психиатрическая помощь.

## Каталонская система здравоохранения

Социо-демографические характеристики Испании: 17 Автономных Муниципальных Образований, площадь: 504,750 км<sup>2</sup>, население (2006): 44.708.964, продолжительность жизни (2002): 79,5 лет, рождаемость (2004): 10,6 Общая смертность (2004): 8,7, младенческая смертность (2004): 3,5, ВВП на душу населения (PPP 2006): 27.522 USD

Каталония в цифрах и состоянии здоровья населения

Социально-демографические показатели. Автономное сообщество

Площадь: 32.106 км<sup>2</sup>. Население: 7.503.118 жителей. Продолжительность жизни: 80,6 лет. Рождаемость (2004): 11,41 / 1000. Общая смертность (2004): 8,9 / 1000

Младенческая смертность: 2,87/1000. ВВП на душу населения (PPP 2006): US\$ 31.910. Высокая концентрация городского населения. Собственный язык и культура.

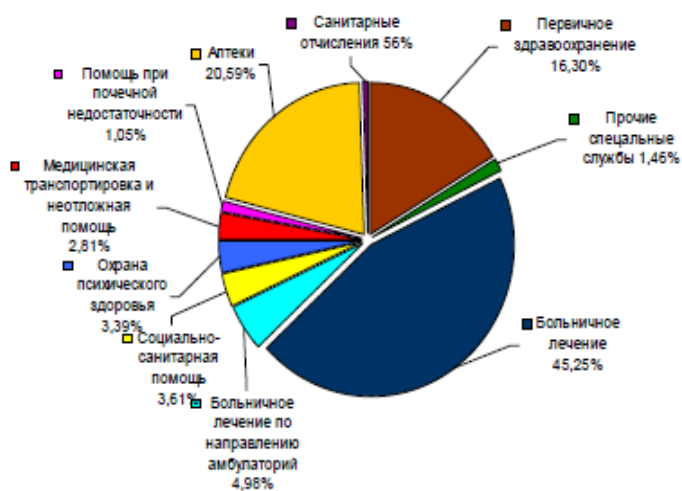
Занятость по секторам : Услуги 59,4 %; Промышленность 28,8 %; Строительство 8,3 %; Сельское хозяйство 3,5%

Бюджет здравоохранения в бюджете в областном бюджете Каталонии на 2008

Областной бюджет Каталонии на 2008: 34.749 миллиарда евро



Функциональная структура бюджета DS/CatSalut / ICS 2008



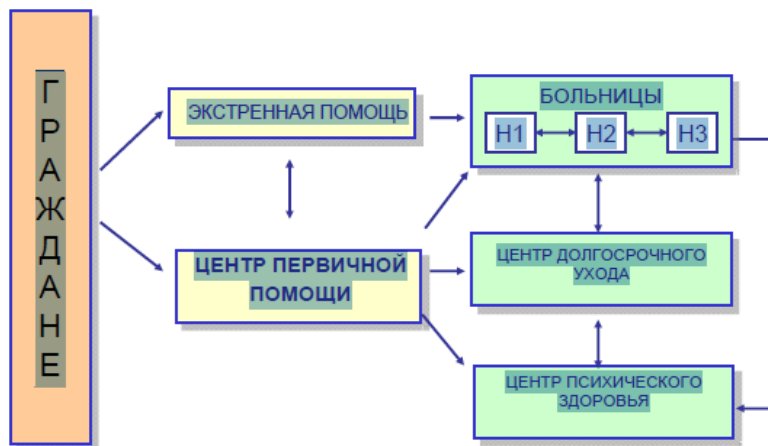
Финансовая устойчивость: динамика затрат на душу населения

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

## Принципы Каталонской системы здравоохранения

- Качество
- Равенство (справедливость)
- Децентрализация

- Эффективность
- Трансверсальность



- Интеграция
- Участие
- Прозрачность
- Дополняемость и взаимозаменяемость

Организация,

ориентированная на клиента

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%

Данные здравоохранения

Общее число коек в стационарах: 4,8 (на 1.000 жителей)



Число коек неотложной помощи: Прибл.2,6 (на 1.000 жителей)

Врачи:3,7 (на 1.000 жителей)

Расходы на душу населения в 2007:1.250 евро / чел

Выписки из стационара 98 (на 1.000 жителей)

Сеть государственных учреждений:

400 участков первичной помощи + 820 местных центров

63 больницы неотложной помощи (15.143 коек)

21 психиатрический центр (3.907 коек, плюс 444 в больницах скорой помощи)

84 центров долгосрочной помощи (7.539 коек).

Основные проблемы системы здравоохранения Каталонии:

Демографические и культурные изменения: Иммиграция; Рождаемость

Социологические и эпидемиологические изменения; Научно-технический прогресс; Экономическая устойчивость.

Основные политики управления:

Улучшение финансирования здравоохранения в Каталонии

Принятие нового закона о здоровье в Каталонии

Развитие территориальных органов управления здравоохранением

Развитие новых территориальных схем финансирования

Одобрение закона об Институте здоровья Каталонии

Создание Агентства здравоохранения

Закон об Институте здоровья в Каталонии:

Реорганизация учреждения государственной формы собственности в независимое государственное учреждение;

Поддержка разделения организации, покупающей услуги, от провайдера услуг;

Повышение управленческого потенциала государственных учреждений;

Совершенствование отчетности.

Создание Агентства здравоохранения

Распространение разделения финансирующей организации и провайдера услуг на систему здравоохранения

Стимулирование взаимодействия и сотрудничества различных администраций

Аккредитация провайдера услуг

Стимулирование трансверсальности и интеграции, особенно в первичном здравоохранении

Ориентация на качество

Преобразование и обновление технического и управленческого персонала

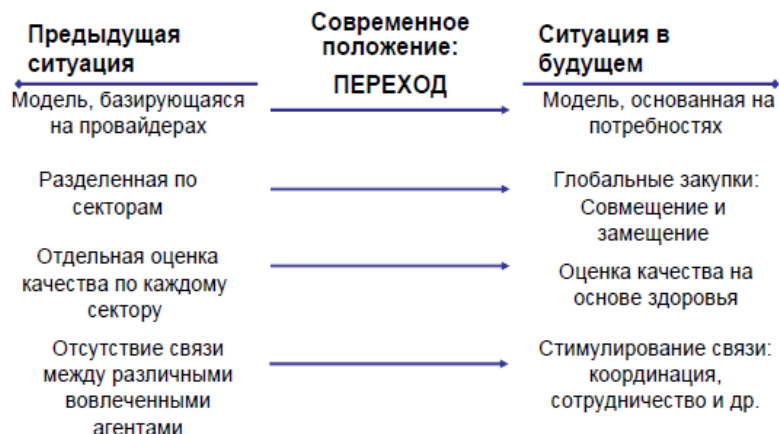
Стимулирование территориальных органов здравоохранения

Развитие новых территориальных схем финансирования:

1. Для поддержки создания интегрированных систем здравоохранения, основанных на удовлетворении потребностей населения.
2. Для повышения эффективности системы, поддержки более координированного управления здравоохранением.
3. Для стимулирования повышения качества медицинских услуг, обеспечение наиболее адекватного уровня медицинской помощи.
4. Для разделения ответственности на разных уровнях оказания медицинской помощи, с передачей части рисков провайдерам услуг.

Подушевое финансирование

### Изменение в существующей системе закупок услуг



### ПРОБЛЕМЫ.

Структура населения:

- 21% лица старше 60 лет, это составляет проблему для системы здравоохранения.
- Очень высокая плотность городского населения (в Барселоне практически каждые 30 км друг от друга города, сложность организации здравоохранения широкая структура). Планирование системы учитывает санитарную карту страны. Демографическая ситуация в стране 19% эмигранты (2010 год) из них: -Морокко, Румыния, Эквадор, Колумбия (имеют другую культуру, традиции и задача интегрирования этого населения является определенно сложным для системы здравоохранения. Все население 7611,711 человек, из них испанцы – 6 274 868, эмигранты – 1 336 843).

В Каталонии практически нет природных ресурсов, желание развиваться и двигаться дальше – это основной ресурс Каталонии 2010 г. Регион мира – где больше всего пожилого населения 45% к 2050 году будет более 60 лет.

2 фактора экономических – за счет чего они будут жить, здравоохранение должно предвидеть патологию этих слоев населения связанную со старением и улучшением базовых методов лечения. Необходимо большое количество специалистов для ухода за пожилыми людьми через 20-25 лет необходимо быть готовыми. К сожалению общество динамично, приобретет традиции не свойственные в прошлом, основные заболевания страны (остеохондроз, сердечные заболевания, диабет, дизметаболический синдром, депрессии, иммунологические, деменция). Проблема в количестве потребления алкоголя среди молодежи свыше 2 литров. Большой уровень депрессий в популяции – семейные врачи говорят, что 30% населения обращаются с проблемой душевного здоровья.

30 лет назад компетенции здравоохранения были переданы правительству Каталонии. Каталония – автономная область. Испанские регионы имеют гораздо

больше компетенции (имеется парламент и правительственный консул автономии).

Общие характеристики:

Компетенция центрального правительства очень малы (Министерство) все решают автономии на местах (это начиная от образования и аккредитации специалистов, этим занимается государство) существенный минимальный пакет услуг который финансирует государство.

Международное представительство (17 министров) по автономиям координировано через специальный межтерриториальный совет, каждое министерство обладает всеми компетенциями, имеют право – организовывать свою собственную работу. Существует еще одна контролирующая структура с функцией получения денежных средств от Министерства и гарантирует, что услуги будут соответствовать по качеству, общественная страховая структура – она заключает договора с поставщиками, аккредитует специалистов.

2 вида поставщиков медицинских услуг:

Государственная - Министерство является собственником лечебных учреждений (20%), индивидуальные договора с каждым поставщиком услуги, определяют много факторов. Пользоваться гос. услугами может все население Каталонии не зависимо от гражданства.

Частная - 70% самые разные поставщики медицинских услуг, они заключают контракты с государственной системой страхования

10% - частные центры медицинских услуг

20% населения обращается к частному страховщику, существует 4 фактора:

1. Гражданин не может напрямую обратиться специалисту, только через семейного врача

2. Долгие листы ожидания на оказание услуги (в частных этого нет) до 6 месяцев.

Уровень качества самый высший, существует конкуренция между государственными и частными по качеству оказания услуги, условия содержания (частная индивидуальная палата, государственная 2-х местная)

3. Возможность выбрать одного врача для сопровождения услуги (акушерство с беременностью до родов) одноместная палата.

4. Неуверенность населения в государственной услуге - частное лучше, это менталитет общества.

В больницах и поликлиниках нет санитарного транспорта, имеется единый поставщик для всех, с ними заключают контракт за предоставление услуг скорой помощи, транспортники специализируются из центра в центр, есть неотложная помощь, которая унифицировано распределяет все заказы на медицинский транспорт (ургентная помощь – неотложная помощь – могут оказать помощь, если он подлежит госпитализации, если не нуждается, то его отправят в первичное (семейный врач) звено)

CallCentre061/112 – отвечает на телефонные звонки средний медицинский персонал (4 чел.- университетское образование с высшим образованием + 2 чел. усовершенствованы в конкретных областях). Отвечает на звонки квалифицированная медицинская сестра, изучают его жалобы и передают звонок врачу, если она считает, что необходимо СМП она активизирует эту услугу, может дать консультацию или рекомендацию.

Первичная медицинская помощь является входом в услугу – должны быть профессиональны работающие в команде в соответствующих условиях с современным оборудованием.

365-первичных центров в них работают 20-50 различных специалистов (мульти дисциплинарные бригады), имеются семейные врачи медсестры, соцработники, зубные врачи и коммуникатор, этот тот круг людей работающих вокруг пациента, большая нагрузка на соцработника 1 на 25 000 тыс. населения

Мульти дисциплинарная бригада получает фиксированную зарплату + надбавку за количество посещений, + 15% надбавку, увязанную с качеством.

Индикаторы качества устанавливается для всего коллектива - это философия групповой работы, т.е. каждый заинтересован в результате.

Уровень профессионального образования, т.е. имеется надбавка за выслугу лет, публикаций, преподавание, и другие факторы вовлечения в работу коллектива, проведение повышения квалификации.

Философия командной работы: все истории болезни в электронном виде, существует контроль, что делает каждый, его вклад, индикатор в системе «светофор» (значки разных цветов, которые указывают как ты работаешь, сразу не наказывают, дают возможно исправиться, отслеживание каждого сотрудника в истории болезни (например-показатель качества замера АД).

Дифференцирование по условиям работы, по нагрузке, можно сравнить каждого врача, есть 30 показателей и также система «светофор», учитывается распространение заболевания и рекомендации по лечению данного заболевания в научном сообществе.

Результат можно сравнить с врачами одного учреждения, так и на уровне города, района, области (учитываются условия местности его демография) по данным анализа можно получить надбавку за качество 100% -7000 (евро) в месяц, если меньше 50% выполненных критериев не получают надбавку, так и среди среднего медицинского персонала.

Врачебные назначения уполномочена контролировать медицинская сестра, назначение пациента на прием, может затребовать анализы, может создать аналогичную по заболеванию группу и проводить с ними работу, для этого есть больничные помещения для работы в сообществе. Первичное звено соотношение 1 к 1 (врач- м/сестра), финансирование из расчета 1237 евро на 1 гражданина в год.

Семейный врач - подготовка 14 лет- 6 лет учеба в университете, 4 года интернатура, 2г работа в больнице, включая 3 мес. Работы в сельской местности+ 2г стажировка в амбулаторном звене.

Существует санитарная карта страны – где отмечается сколько ресурсов необходимо каждой территории индивидуально (не менее 50 тыс. населения), организационные центры, стандартно оснащенные единой лабораторией, исследования не производят в стационарах, лаборатория отдельно (есть транспорт для отбора образцов, т.е. можно взять анализ и дома и в больнице), т.е. отдельная система транспорта и единая система лаборатории.

К государственной услуге допускается частная медицина – при условии аккредитации этого учреждения министерством здравоохранения.

Пациент имеет право выбора врача, медицинской сестры – только первичного звена, но не имеет права выбора узкого специалиста т.е. посещение узкого специалиста возможно только при наличии направления врача первичного звена.

Принцип политики в области фармацевтической политики в Каталонии - принцип распределения компетенций, для обеспечения доступа к медикаментам и изделиям медицинского назначения для каждого гражданина страны.

Лицензирование и гарантия качества медикаментов на рынке, качество фармацевтических услуг в учреждениях здравоохранения, как в частных, так и в государственных, рациональное использование медикаментов в свете решения ВОЗ.

Доступность медикаментов. Распределение компетенций между центральной властью и регионами (некоторые из центра остальные регионы).

Лицензирование - это компетенция государства, проходит в 2 этапа – специагентство по фармации оценивает качество, эффективность и безопасность; фармацевтические лаборатории подают документы для лицензирования препаратов – условия и критерии по которым этот препарат может быть доставлен пациенту ( по рецепту или без, на какой препарат может быть реклама, использование только для стационара, различные режим и т.д.).

После технической оценки - следующий этап: политика ценообразования – это компетенция Министерства здравоохранения Испании, есть система фиксированных цен, можно установить ограничения с финансовой точки зрения, т.е. система референтных цен, или специальные экспериментальные разрешения. Медикаменты которые не финансирует Министерство здравоохранения – у них цена рыночная. Реклама может быть только для тех, которые употребляют в ограниченных случаях симптоматическое, узкое применение, отпуск без рецепта (например: аспирин).

Лицензирование фармацевтических лабораторий, клинические исследования, импорт препаратов компетенция Министерства Здравоохранения. Импорт разрешен, если нет альтернативы на внутреннем рынке. Компетенция региона: планирование, лицензирование аптек, оптовых поставок. Аптеки не могут открыть

в Испании без определенных условий, они должны быть запланированы и пролицензированы – даже если они частные, но представляют общественный интерес.

Гарантия портфеля услуг, которые предусматривается системой здравоохранения:

Выделены 2 типа ситуации - рецепты 2 типов

Зеленый - активное состояние помощи (работающее население)

Красные – пенсионеры

Зеленые дают возможность оплаты 40% оплаты за препарат, остальные 60% страховым компаниям

Красные – бесплатные

Рецепты отличаются – электронным видом и так же бумажным носителем.

Пациент имеет санитарную карточку, врач может выписать рецепт электронно или бумажно, пациент идет в аптеку, аптека выставляет счет на оплату учреждению, которое уполномочено по заключенному договору.

В стационаре все медикаменты бесплатно, получают в аптеке больницы, больница выставляет счет, в учреждение уполномоченное по договору ( коллегия фармацевтов – туда входят все фармацевты всех аптек, изучают потребность).

. Законом регулируется использование лекарственных средств в Испании, принимаются критерии может ли использоваться лекарственное средство, оценка дополнительного клинического эффекта и его терапевтическая активность, соотношение между ценой и эффективностью медикаментов.

Проводится оценка эффективности которой скажется на бюджете региона государства.

Критерии инноваций – установление цены и решение финансирования

Цена и эффективность зависит для эффективности работы рынка.

Пересмотр безопасности медикаментов. Критерии Евросоюза или сравнение эффективности к плацебо на клинические исследования безопасности на оснащение клинических исследований. Клинические исследования на ограничение (зависит от длительности масштаба, и категории пациента).

Поступление лекарства в доступ отслеживается несколько лет (фарманаблюдатели) для оценки безопасности препарата принимают решение оставить препарат на рынке или нет. Система референтных цен появилась с появлением дженейриков, они уменьшили цену на бренды из-за конкуренции.

Референтная цена – это максимальная цена, которую государство готово заплатить за данный препарат с одинаковым действующим веществом, одинаковым применением, с одинаковыми свойствами. Для действующей практики только через 10 лет (после исследования). Рецепт выписывается исходя из действующего вещества, и аптекам разрешается выдавать медикаменты у которых ниже цена, отсюда меньше цена на медикаменты, если этого нет препарат перестает финансироваться государством. Врач имеет право выписывать МНН препарата, если есть доверие к медикаменту и пациент не хочет

его менять (например: при шизофрении и т.д.). За счет меньших цен на препарат, регион влияет на спрос посредством рецептов, это может привести к значительной экономии средств.

Регулирующие меры, нацеленные на уменьшение цен, позволили снизить затраты на оплату счетов, регулируют процесс выписки рецептов.

Стимулирует качество выписки рецептов, цифровая история болезни и цифровая выписка рецептов - это общие меры регулирования рациональной выписки медикаментов. Уделяется внимания подготовке не только фармацевтов, но и врачей, они должны работать в команде, существуют сайты, call центры для пациента который может задать вопрос. Существуют консультационные советы контролирующие оказание помощи при различных патологиях (болезнь Алцгеймера, атеросклероз и т.д.). Важна безопасность, есть программы по предотвращению ошибок, инструменты которые помогают в выписке рецептов. Существуют специальные модули, которые дают информацию врачу о взаимодействии препаратов, методические рекомендации по препарату, позволяющие врачу выписать тот препарат, который более эффективен. Фармацевт является частным агентом заинтересованный в оказании качественной помощи, т.е. является участником системы здравоохранения, он сильно приближен к пациенту и поэтому с аптекой заключает договор, который способствует рациональному использованию лекарственных препаратов, чтобы гарантировать безопасность медикаментов.

Испанское агентство по безопасности использует лекарственное средство, но контроль остается за комитетом региона.. Программа отслеживания результатов рационально используется как в лабораториях так и в больницах при производстве. Проверка поставщиков на соблюдение фармконтроля. Контролируются рекламные мероприятия фармацевтических лабораторий. Есть система сигнала тревоги о необходимости изъять какой-либо медикамент из производства. 50% фармацевтических лабораторий Испании, находятся на территории Каталонии, имеют большой удельный вес в экономике, т.к. дают много рабочих мест, 35% медикаментов от выпуска всех медикаментов в Евросоюзе.

5 точек взаимодействия (здравоохранения и фармацевтика) : клиент- поставщик, повышение эффективности при ограничении бюджета, регулирующий (лицензирование) орган, надзор, контроль, информация и общение, меры по управлению этой сферой экономики, научные исследования. Партнерские программы, пересматривают модель клиент- поставщик, договоры разделения риска, планирование исследования для выведения на рынок новых препаратов, критерии для выписки дорогостоящих препаратов, существует отслеживание, затем возможно потом его исключение. Социальная удовлетворенность – анкетирование глобальное

Ics – поставщик санитарных услуг - каталонский институт здравоохранения.



Государственная больница структура первичного медицинского обследования. Подготовка врачей: школа – ЕГЭ – составляется рейтинг учеников устанавливается проходной балл, который очень высокий для поступления в медицинский институт (более 8 баллов). Несколько факультетов медицинских (3 в Каталонии). Обучение 6 лет + последний год практика в медицинском учреждении. Имеются университеты и неуниверситетские учреждения. Больница проходит аккредитацию для прохождения практики студентов (стажировка). Средний медицинский персонал также имеет высшее образование, обучение 3 года, у них так же соглашение с клиниками для стажировки. Вспомогательный персонал имеет профессиональное образование. Имеются специалисты-техники (рентген-лаборанты, лаборанты лабораторий, реабилитологи). Техник выполняет все манипуляции, берут анализы, делают их, но не имеют право вводить лекарственные вещества. Медицинская сестра играют очень важную роль – осуществляет контроль за хроническими больными (пациент записывается на прием к своей медсестре для осмотра, диспансеризации, она направляет при необходимости к врачу). Старшая медсестра приравнивается к должности главного врача (имеет должную подготовку). Подготовка врача специалиста – после 6 лет – общий государственный экзамен составляется рейтинг студентов и по нему студент может выбрать специальность 4 тысячи мест для специализации ежегодно. Врачи первичного звена также обязаны пройти специализацию на семейного врача. Каждая больница (каждых 2 года) подает заявку в МЗ на аккредитацию на стажировку специалистов (должна доказать необходимые условия для прохождения специализации). Специализация длится 4 года (это интернатура делится на несколько этапов). Акцент реформы на то что семейный врач – центральное звено здравоохранения- центры первичного медицинского обслуживания. 20% студентов медиков- иностранцы (Португалия, Латинская Америка, Италия). Существует двухстороннее соглашение о минимальном количестве иностранных студентов. Стоимость на медицинском факультете обучения = 1200Евро в год за исключением международного факультета, там она больше в 10-15 раз (выпуск 80 врачей в год). В среднем в Испании выпускается 600 врачей в год выпускников (например 1 млн. эмигрантов у них высокий индекс рождаемости – потребность акушера гинеколога, затем кризис эмигранты вернулись домой и меньше индекс рождаемости). Средний возраст врача 47 лет. Российский университет не имеет общих точек соприкосновения в системе подготовки. Необходимо подтверждать у некоторых 2 года, изучают язык, поэтому русских врачей мало.

Техник – это не высшее образование, уровень требуется ниже, образование только узкое, объем 2 года после школы.

Диетсестра – университет (3 года), м/с акушерка – университет (3года) + стажировка- 1-2 года.

При стажировке больница получает меньше, но дают дешевую рабочую силу (первый год 1100 . Евро, 2-3 год 1600Евро). Постдипломное образование (магистерские программы, мастер - курсы), платно, по инициативе врача, если специалист необходим больнице, то она оплатит обучение. Непрерывное обучение (образование) - коллегия врачей или Академия медицинских наук ведет данные курсы часто по семейному или педиатрическому профилям – это ежегодно, или онлайн, есть заочное онлайн, образован целый университет, есть экзамены, отслеживание наставника и т.д.

Младший медицинский персонал – это из выпускники средних школ , прошедшие обучение 1 год, специализируются на педиатрии и т.д. Средняя з/плата: врач – по контракту, частный сектор за каждого пациента, гос. сектор – 55 тыс. Евро в год, м/с 25 тыс. Евро в год, 17 тыс.- техник, средний медперсонал, при условии 38 часовой рабочей недели и дополнительные дежурства.

Электронный рецепт вручают хроническому больному, дают рецепт на год - посещение к врачу эта информация на санитарной книжке пациента на карточке ссылка на сайт медучреждения. Для врачей – создается отдельная клиника для лечения врачей имеющих проблемы с наркологией, психиатрией. Очень конфедиацально, контролирует ассоциация врачей.

ABC (базовые территории здравоохранения с населением 25 тыс. населения) Таких ABC – 400 шт. Структура: врач, врач- специалист, медсестра, младшая м/с, соцработник.

20% государственных больниц. Служба здравоохранения государство гарантирует, как страхователь и покупает услуги у частных структур. Они подписывают контракты на оказание услуг в области здравоохранения по каждой конкретной процедуре. Например заказ 1000 протезирований сустав, сколько будет стоить операция, если амбулаторно или стационарно, получают одинаковую стоимость за единицу при условии соответствия качества не зависит от сроков пребывания пациента в тех или иных условиях. Главный врач заключает договор со страховой компанией, затем оговаривает с зав. отделением, зав. Отделением с врачом- специалистом, м/с и т.д. Главный врач доводит цель и задачу, план составляет МЗ в зависимости от потребности в обществе. Задачи существуют зависимые только от врача, либо от работы всей команды учреждения. Они получают повышение и з/плату- это стимул для выполнения задач и достижения цели. Внедрение протоколов, у главного врача есть инструмент для управления персоналам очень важно взаимодействовать между стационаром и поликлиникой. Совмещение истории болезни позволит сократить большое количество обследований пациента(например R- графия в поликлинике и повторить в стационаре зачем?) Есть собственность пациента электронная амбулаторная карта, там сохраняются все необходимые сведения. Избыточные расходы здравоохранения – это расходы на обследование пациента. Расходы на медикаменты должно быть рациональные, в соответствии с эффективностью лечения т.е. зачем дорогой препарат, если работает более дешевый (при

меньших затратах, на это есть возможность у главного врача направить больший процент стимулирующих выплат для увеличения з/ платы). Каталонские больницы 20% государственные и 80% частные – это является единой сетью всеобщего пользования для пациента которая самообеспечивает доступ к услуги любого в зависимости от потребности без листа ожидания (если он у пациента есть и есть государственная или частная страховка он может выбрать любое учреждение по своему усмотрению)

10% - частная практика – они не предоставляют никаких услуг госсектору.

Владельцы: 18 муниципальных или государственных, 4 – церковь, - 5 страховка, 11 частных компаний, 12 – чисто бюджетные принадлежат государству, 13 консорциуму.

Больницы первого звена к ним приписаны определенные поликлиники, второй уровень больницы (государственные), затем высокие технологии (3 инстанция), все это нанесено на карту здравоохранения Каталонии.

Важно определить какое население живет и в чем необходима потребность

Больницы:

1 уровень неотложная помощь, акушерство- гинекология (принцип ЦРБ)

2 уровень -добавляется анестезиология, реанимация

3 уровень – высокие технологии

Для всех уровней обязательное образование для подготовки специалистов и научные исследования, масштаб зависит от уровня обучения так например семейного врача не целесообразно учить в больницах 2 и 3 уровнях, т.к. у него не будет того оборудования на котором работают там.

Листки ожидания пациента ( кроме онкологии и кардиологии) имеют очередь например: рак прямой кишки ожидание не более 1 месяца от момента установления диагноза до операции- это стандарт, распределения заказов между больницами по потребности населения, с помощью изучения санитарной карты, с учетом 30 минут доезда до больницы по территориальным признакам ( географическое расположение) + критерии аккредитации, т.е. больницы которая не соответствует, они реорганизуют в дома престарелых , социальные учреждения, поликлиники по потребности населения.

Санитарная карта- расположение больниц и соответствии организацией услуг здравоохранения, модель согласования не зависим от политического изменения в стране, процесс – децентрализации здравоохранения.

Стандартизация системы аккредитации больниц необходимо гарантировать, что данную услугу можно оказать в соответствии со стандартом оснащения и условиям санитарных норм и соответствующей подготовки персонала + учитывается индекс ВБИ (внутрибольничные инфекции) + критерии связанные с результатом . Изначально всего 10% учреждений соответствовало стандарту, затем им дали 3 года для приведения в соответствие. Модель возможности усовершенствования исходя из реальности которая существует, которую можно выполнить.

Например: Венесуэла, стандарт аккредитации (очень высокое, но ему не одно учреждение не соответствует), т.к. стандарт завышен.

Дифференцированный подход к оказанию государственного задания в зависимости от величины заказа и стоимости услуги ( протез 800 Евро и протез 10 тысяч Евро, бабушке 90 лет стоит ли устанавливать протез за 10 тысяч Евро) из за этого , 80% удовлетворенность помощью – очень характерна для стационара.

Первичное звено: критерии - близость, доступность, постоянство, многопрофильность, многодисциплинарная бригада.

Работают по микрорайонам ( территория 20 км<sup>2</sup>) 55-60 тысяч населения

Семейный врач + медсестра (население очень пожилое)

Социально-санитарный центр, есть еще социально-реабилитационный центр на 250 мест, 2 корпуса. Структура центра: врачебные кабинеты (семейный врач + педиатр+м/с) или врачей специалистов(социальная медицина, одонтология, душевное здоровье, исследуется походка, кабинет профилактики табакокурения, дерматология, лор, ревматолог).

Семейных врачей -29, основная часть работы профилактика ( работа с населением, посещение на дому с этой целью, + когда заболевание, + когда рождение ребенка, + пожилые люди, которые не могут ходить. – посещает врач, м/с , социальный работник). Проводят образовательные семинары с населением с профилактической целью, в конференцзалах при поликлинике.

Работа с пациентами по контролю за приемом препаратов, работа с пациентами по интернету, СМС, телефону (приверженность к лечению), проводят работу с фарм. Компаниями, культурные центры (для пожилых людей, подростков), издают журналы. Ведется работа с командой в полдень клинические сессии (специалисты разных специальностей), курсы, конгрессы, курсы повышения квалификации, обучающие семинары для врачей и м/сестер. Режим работы поликлиники: с понедельника по пятницу с 9 часов до 21 часа, в субботу до 17 часов (неотложная помощь).Работают смены с 8 до 15, с 14 до 21 часа, с 14до 15 часов один день в неделю на посещение на дому, обслуживание неотложной помощи, оказание неотложной помощи обычно 3-4 посещения в день, до 14 в день. Существует протокол ведения детей, с рождения до 18 лет, с первых дней устанавливается количество посещений узкие специалисты должны, смотреть только в случае заболевания. План посещений -20 в день. У всех врачей есть план посещения. Результаты анализов направляются пациенту по интернету, затем общение по телефону с пациентом.

У врачей контракт, в нем простые функции, финансирование из средств предусмотренных в бюджете и отчисления страхователей.

Для Государства не важно количество посещений - важно состояние здоровья общества, что бы не было запущенных случаев заболеваний, осложнений, определено количество пациентов с различными патологиями, суммы зарплаты - завязаны на населении,на планы вакцинации и т.д..

Календарь прививок разработан правительством, но они не обязательны, а рекомендованы.

Госпитализация в социально-реабилитационные центры (после инсульта для реабилитации, осложнение после переломов, больных раком и др).

Служба диспетчера они распределяют направления оказания неотложной помощи идет врач или м/сестра (существует алгоритм опроса). Социальный работник амбулатории работает в сотрудничестве с муниципальными службами.

2 модели психиатрии:

- госпитализация (тяжелые случаи)

- центры душевной помощи, которые работают принимая в центрах, в больницах существуют центры обслуживания наркозависимых и осуществляется реабилитация, отделения наркологии входят в структуру психиатрических больниц, есть частные отделения, центры, общины.

Два типа оплаты чем больше прием, тем больше получают, чем меньше назначений, тем лучше основные усилия на профилактику образования населения в области здоровья, качество жизни.

Например - цель: хороший контроль за давлением 17% гипертоников, из них 35% для прохождения контроля давления. 60% больных диабетиков должны пройти контроль на определение показателя биохимической активности наблюдение, стабильность состояние, финансирование зависит от объема.

Первичный контакт пациента только с семейным врачом и он только дает направление к врачу специалисту или на госпитализацию. Приглашение на работу специалиста, например дерматолога, формируется из потребности в услуге, есть психиатр приходящий, есть единая история болезни. Критерия качества является максимальное исцеление в амбулаторной услуге, т.к. меньше % госпитализаций. В основную госпитализацию назначение идет по показаниям и неотложной помощи, пациент обращается в неотложную помощь больницы, 90% населения приходят сами в неотложную помощь. Существуют различные истории болезни, совмещение историй болезни. Медсестра проводит различные процедуры (это считается посещением), наблюдение за пациентом (у нас не учитывается работа м/с как посещение, а они делают большой объем работы в поликлинике). Исследование анализов у хронических больных самостоятельно без назначения врача, т.е. исследование по стандарту утвержденному (работы у м/с больше) и м/с в 2 раза больше, стараются максимизировать работу м/с, большая доля посещений на дому отдана м/с, работают в команде.

Существует веб сайт, пациенты вводят свои данные, имеют электронный доступ для постановки на очередь на прием.

Протоколы ведения больных ,для детей следит министерство, другие могут разрабатывать научные сообщества, некоторые сами.

## Государственная больница (городская)

### Миссия, Видение

Все мероприятия нацелена на пациента, помощь населению, которая конкретно закреплена за территорией.

Уровень обслуживания: первичный (перед госпитализацией) перенаправляют пациента в больницу, там работают семейные врачи отделение душевного здоровья (включая амбулаторию и стационар) территория закреплённая. Имеется отделение социально-санитарное и дом престарелых  
Структура больницы:

3 Центра, первичные поликлиники , 53 врачебных кабинета.

В области душевного здоровья – 54 койки для острых психозов, и 33 кабинета врачей психиатров.

316 больничных коек, работает 1500 персонала, + 300 на частичной занятости (совместители), 24% врачей, 53% м/с и санитары, 20% администрация. Бюджет больницы 110 млн Евро в год.

Индикаторы деятельности: 387 визитов в год (посещение на 24000 госпитализаций в год, ср. пребывание 4,8 дня, занят койки 85%)

Хирургические вмешательства- 4500 в год ,100 тыс. неотложной помощи,12% из них госпитализировано. Прием в год 340, индекс возвращения 2,6% (повторный визит), психиатрических - 937 госпитализаций (среднее пребывание 13,5 дня),3500 –ургентная паталогия,23500 посещений.

Социальная госпитализация 2 типа

Длительная- 18 тысяч человек (длительное пребывания)

Средняя -22 тысяч человек (среднее пребывание).

Лист ожидания для примера:

73дня - для хирургическое отделения

127 дней ожидания (из первичного звена)

Диагностические исследования-168 дней.

### Управление качеством

- обязанность удовлетворить критерии и стандарты установленные правительством и страховой компании (Кансалют)

-есть собственная система качества (требование протоколов и систем)

-обеспечение безопасности пациента во главе угла:

- идентификация пациента

-профилактика падений

-профилактика пролежней

-использование медикаментов

-ВБИ - после вмешательства

-работа с клиникой боли, постоперационные боли, порог боли

-модификация протоколов и их новая оценка, разработка новых протоколов. Территориальная зона первичного и социально-санитарного, есть много протоколов и система координации внимания к инфекциям, упорядочению выписки антибиотиков первичным звеном; прием пациентов информация от пользователя услуги, анкетирования на всех уровнях (первичный и стационар всех специальностей), по оценке пациентов - принимают решения, работа с жалобами.

Программа и комиссия по качеству на всех уровнях оказания медицинской помощи она составляет планы и задачи на целый год.

Система информатизации.

Система информатизации - взаимодействие врачей с информационными системами (ИС) программа «Джик».

«Джик» – формируются списки пациентов, можно посмотреть всю информацию по оказанию помощи на всех этапах, диагноз, лабораторные данные, МЭТ, медицинские заключения и акты медицинской помощи, клиническое течение, описание динамики врачом.

Цель: полный отказ от бумажного носителя, максимум электронных историй болезни, минимум бумажных.

Глобальное управление больницы «Vi»- стратегическое, тактическое, оперативное, существует технические индикаторы, который позволяет сравнивать результаты деятельности и на основании составляется таблица управления больницей.

Цель: информация о всей деятельности консорциума

Тактическая: работа каждого центра, качество индексаций повторных госпитализаций.

DPS – показывает казуистику больницы.

Оперативная: текущие моменты, списки госпитализаций, неотложная помощь, свободные койки, лист ожидания.

Макроинформация- для руководства позволяет оценить работу в целом.

Например -Карта боли:

Каждый пациент определен, представлен в виде клеток и палат, открыв историю болезни, каждый оценивает анкету боли,автоматически высвечивается информация о пациентах, где боль, оценка интенсивности боли, общая картина по больнице. Легко графически предоставляется информация. Аналогичная карта использования антибиотиков для тех, которые не следует использовать на первичном этапе(желтый – те, которым можно, красные – которым, нельзя, указано количество дней приема + кто доктор)

Отслеживаются специфические мероприятия.

Один идентификатор в общую таблицу. Структура отделения + палаты в виде клеточек, каждый квадратик + информация о каждом пациенте в электронном виде, выводиться на экран в виде схемы – выводы о лечении и о его качестве.

Единая информация для правительства и МЗ существует протокол, структура стандартная, но больницы могут разработать различные модификации.

Информация вводится у врача и медсестры, потом информация открыта для всех врачей больницы. Пациент может приватизировать свою информацию через пин-код или заблокировать, без него не открыть и 2 уровень безопасности информации пациента, кто смотрел его историю болезни или отправляется email или СМС пациенту, кто смотрел его историю болезни и каждую информацию используют для прочтения или ввести новые данные, врач идентифицируется (через ИЦТ). Может быть перекрестная консультация каждого кто пишет, пишет зачем и что сделал.

Медсестра доступ в карту с профилактической целью. Записи в истории болезни есть ограничение времени на модификацию записи часа можно изменить запись, но ведется реестр изменения в базе данных.

Мероприятия по оптимизации для меньших затрат.

Альтернативная госпитализация: стационар одного дня, дневной стационар, амбулаторное лечение, амбулаторная хирургия.

Пожилое население – дневное пребывание, 80% ресурсов на хронических больных пожилого возраста.

Агенство Правительства Каталонии,, 7,5 млн. население (Техскают)

Высокие требования населения (все и сразу), много хронических заболеваний у стареющего населения, нехватает экономических ресурсов. Система разнообразна, совсем государственное и не совсем государственное. Не совсем государственная - имеет собственную информационную систему, внедрение новых технологий. Сложно устанавливать стандарт в области взаимодействия (телефон – разные операторы, но мы говорим т.к. существует стандартизация системы в общем). В здравоохранении общей системы стандартизации нет, разные аппараты, разные трактовки, нет общих подходов. К цели можно прийти, когда знаешь, в каком месте ты находишься. Необходимая информация о всех учреждениях в целом это называется карта тенденций ( что делают, объем услуг, каких).

Телемедицина.

Отделение взаимосвязи и стандартизации.

Не усложняет работу врача, разумная система, когда запись диагноза - автоматически высвечивается код и он спрашивает ( Вы думаете так и предложит вариант),если медикамент выписывает и если не совместим с чем-то или не соответствует стандарту по диагнозу, идет сигнал тревоги и предложения приемлемого варианта.

Электронный истории болезни дают доступ к информации о здоровье пациента например грипп, но мы можем узнать о всех имеющихся хронических заболеваниях, непереносимости препаратов или что принимает сейчас, что позволяет лечить безопасно и имеется ряд обследований.



Проблема: все видят, что ты ищешь, это не любят врачи. Частная практика ( не хотят делиться информацией т.к. это их деньги ).

Преимущество- повышение престижа врача, когда врач много знает о пациенте и дает нужные советы и назначения. 100% пациентов имеют электронную сан.Карту, с ней идут в аптеку, там по ней получает медикамент – это меньше расходы на медикаменты на 6%, избавления пациента от постоянного хождения к врачу за рецептом.

Новая фаза – доступ пациента к своей электронной истории болезни ( 40 тысяч человек уже могут), там рекомендации по приему медикаментов и их применение. Отдельно информация- аллергия+ вакцинация. Еще есть специализированные сим-карты, через мобильный телефон, при путешествии. Пациент имеет право просить рекомендации по тем или иным вопросам. «Я хочу похудеть», «Я беременна» - открывается окошко и отслеживается процесс (для большей ответственности пациента за свое здоровье, следовать рекомендации врача ). В чем основные сложности: кто платит и кто внедряет – это должна быть система, нужно делать совместно с врачами и убеждать их.

Телемедицина – как гарантированный уровень одинаковый для всех – посредством телемедицины. Если, сельским врачам будет доступ к информации, в крупных научных центрах (например - инсульт, всего 3 часа едет у врача, для спасения, дежурный врач может отослать все результаты и получит обратную связь по рекомендациям по лечению).

Выигрывает система: не гоняют скорую помощь, пациента, и врач тем самым учиться в селе повышая свой уровень. Психиатр, психолог может консультировать по интернету, виртуальная терапия (для тревоги и депрессий).

20 лет внедрялась, 5 лет работает электронная история болезни.

В среднем понадобилось 10 тысяч Евро для внедрения системы на больницу. Важно, что бы было для региона и страны системно(пример Швеция, Канада), учитываются культуральные особенности населения, система здравоохранения разная, есть особенности. Собираются экспортировать модель – готовы к сотрудничеству, наиболее оптимально сейчас (электронный рецепт).

Консорциум здравоохранения Каталонии.

Система здравоохранения государственная -20%, частная – 70%, и 10% -чисто частные (различные формы собственности).

МЗ Каталонии планирует, регулирует систему. Служба здравоохранения – единый страхователь, стратегические директивы, политика услуг, договоров, установка планов и задач, покупка медицинских услуг у сети мед.учреждений (главная базовая функция в 70%), ассоциация центров предоставляющих услуги. Модель разделения функции планирования и финансирования.

Инструменты: заключение договоров, аккредитация. Все центры заключают договора с МЗ, устанавливается количество и качество услуги, план – задание, профилактические задания, координирование всего на различных уровнях.

Финансовые потоки за услуги, риски связанные с выполнением задач. Лечебное учреждение обладает повышенным уровнем независимости, служба здравоохранения не вмешивается в организацию ЛПУ, только контролирует. Государственные центры имеют юридические рамки – это юридическое лицо ведущее предпринимательскую деятельность, может иметь задолженности, может объявить себя банкротом.

40-50% социально-санитарных центров для хронических больных. Консалют (страховые) учреждения - система оплаты в зависимости от вида помощи, поликлиника или больница. В поликлинике - за душу населения, зависит от интенсивности: 1,5 тысяч жителей-семейные врачи, 1,400 тысяч детей – 1 врач педиатр, на 1 врача – 1 м/с + критерии аккредитации, все средства расходуются на нужды населения. Отдельный бюджет на медикаменты, рассчитывается по возрастному принципу + расходы на лабораторию.

В стационаре – проспективно, покупается определенный объем мероприятий выраженный в количестве госпитализаций, в посещениях неотложных центров и врачей специалистов. Каждая госпитализация имеет тариф, платят не за единую процедуру, а за конечный продукт (эта система распределения на основании всего объема, условно даются базовые тарифы, ставка видоизменяется в зависимости от сложности (по уровням 1-2-3 стационара).

Портфель услуг.

Бюджет утверждает парламент Каталонии, 1200Евро на человека в год, население 7,5 млн. человек. В этом году бюджет сократили на 10%. Гериатрическая помощь – бесплатно, средняя длительность лечения для ухода в социальном учреждении 50% пациент доплачивает сам. Внутри сети 50% всех некоммерческих больниц, частные больницы выполняют 2 функции, обследование частных пациентов, и выполняют потребность в государственной услуге (покупает МЗ), конкуренция низкая, так как система планируемая. Существует конкуренция в ответе за риски, которые предает тебе Консалют. Ее стараются превратить в сотрудничество, благодаря введения НСОТ, что является стимулом для качественного труда – варьируемая часть оплаты. Есть 2 способа ограничения: явная и не явная ( порождения листов ожидания).

Консорциум здравоохранения – это ассоциация поставщиков медицинских услуг, они входят в ассоциацию для представительства перед администрацией, профсоюзами, подписания единых трудовых соглашений с работниками и обмена знаниями и опытом. Создан 30 лет назад – переданы компетенции в области здравоохранения Каталонии, сначала их было 13, теперь их 49. Участие в управлении в консорциуме для влияния и представлением перед влиятельными органами, за опытом в области управления. Появились договоры по управлению или консультированию.

3 модели :

- Модель прямого управления, заключение договора профессионалами и управленцами ( это поликлиники и социо-санитарные центры, гериатрия)

- Договор на управление управленческой деятельностью, для осуществления представительства. Консорциум является ответственным за наем управленческого персонала.

- Контракт на постоянное консультирование (поддержка, наем экономистов, кадровиков, тех. обслуживание и других услуг по управлению).

Совмещенная модель – это вовлеченность профессионалов и работа с полной отдачей сотрудничества между предприятиями и учреждением (консорциум). Работает 50-60 человек – есть разные департаменты, которые предоставляют эти услуги больницам, им не нужно иметь юриста, адвоката внешних связей – это дает консорциум (позволяет управлять и отбор персонала). Трудовые отношения с персоналом не вмешивается государство, это в соответствии с трудовым законодательством, набор персонала через объявления в прессе, консорциум заключает трудовые договора, так цены можно сделать более низкие благодаря большому объему услуг. Все гарантии бюрократизированный процесс-консорциум ускоряет эти процессы, разрабатывает экономические бюджеты, помогает экономике каждой больницы. Активно участвуют в информатизации системы больниц, работает над проектом совмещения историй болезни, что позволит проводить сравнительный анализ между учреждениями здравоохранения. Внедрены элементы инноваций и сравнения – это способствовало усовершенствованию (централизованный обмен знаниями для врачей, бизнес школы и т.д.).

Консорциум – это общественная организация, посредством выборов – это независимые организации. Функция только для управления центрами (ЛПУ).

Собрание – это максимальное представление членов выбирает ректорский совет, который заключает контракт с генеральным директором (нанимается), президент -выбирается. В рамках форума консорциум высказывает свое мнение.

Функция управления рекомендует распределение бюджета: 20% содержание структуры; 60-65% - зарплата зависит не от фонда, а от количества персонала, в этом году сократили 10% бюджета было желание сокращения персонала, что повлечет снижение качества (14 лет был рост бюджета) это впервые в истории. После забастовки - пришли к заключению договоров, потребности зарплата уменьшилась на 10-15%. Страхование от профессиональных рисков (ответственность) - ассоциация врачей (комиссия врачей).

Критерии входа в консорциум –должно быть государственное учреждение (любой собственности) - может быть частные, но некоммерческие (если частично работает на гос. услугу). Взнос 0,6 % от бюджета ЛПУ, но не больше 19 тыс. Евро. Расходы на содержание консорциума идут от коммерческих услуг консультативные, консалтинговые услуги( в основном в Латинской Америке, Северной Африке) 10% меньше бюджета выход. был найден, поэтапное снижение, пересмотр контрактов с поставщиками, отмены приема на работу внешних временных работников, уменьшение зарплаты, в замен гарантии сохранения рабочих мест.

Индикаторы качества:

-повторная госпитализация через 7 дней (если консолют не верит, можно сделать проверку). Центральная база результатов, где оценивается глобальный результат по территории

- также проводят экономические отчеты, которые проверяет аудиторская проверка.

-оценка контракта

-условия аккредитации.

Надбавка за перевыполнения плана, штраф при минимальном качестве, не дается надбавка или врача можно уволить. Штрафные санкции редко, если штрафные санкции накладывают на центр, то они могут быть неадекватно лечь на оказание услуг, может привести к закрытию центра.

Институт GUTTMANN (нейрореабилитация)

BarcelonaGLObALDiSAin (BGD) за 35 лет открыл и застроил 30 тыс. больничных, коек, более 4 млн. м2 площадей, на инвестиции 2 млн. Евро. Больше работал в Латинской Америки, т.к. похожа система здравоохранения.

Миссия- разработана учреждением здравоохранения, которая бы обеспечивала максимальный уход за пациентами.

Видение- приближение ЛПУ к 2 группам людей медицинский персонал и пациент. Здания являются ключевым элементом оказания качественной позиции в оказании медицинской услуги. Даже если работает высококвалифицированный медицинский персонал, но в плохих условиях - это сказывается на результате.

Парки инфраструктуры- это усиленное приложение государства и частных предприятий и ассоциаций, имеется прекрасная система обслуживания, удержание клиентов, ставки на охрану окружающей среды, продолжение научных разработок и инноваций.

1.450 коек - 62,547 м2 (Чили Сантьяго)

2. Сборная больница (Чили 50,230) - больнице света.

Архитектор Гарсия.

350 коек - 45,725 78 м2 (MOiSESBroGGBarseLona). Больницы строят средних размеров, т.к. привязка к местности. Санитарные резиденции - дома престарелых. 60-50 годы - города в результате развития инфраструктуры, наблюдался демографический рост, необходимо было думать о санитарной помощи и планировать застройку больниц.

Изначально был вертикальный план застройки, разделяя 3 блока диагностики лечения и реабилитации, но изменение услуг в области здравоохранения все большее значение придается диагностике, меньше реабилитации. Больницы, где были большие площади под реабилитацию, испытали опыт кризиса, пытались интегрировать больницы в растущие инфраструктуры, очень важно при этом не мешать повседневной работе больницы, вести работы параллельно. Проект делят на фазы и ведут параллельно. Сначала строят кабинеты врачей (

диагностика). 2 фаза - изменение модели терапии, зона неотложной помощи и дневного стационара. 3 фаза будущая модель здравоохранения - это интеграция здравоохранения с преподаванием и научными исследованиями и был создан кластер, который взаимодействует между различными элементами и наиболее грамотно вписывается в городские инфраструктуры, нельзя мешать работе врачей, преподавателей и ученых д.б. близко, но независимо, тогда достигнуто равновесие. Врачебный кабинет является ключевым звеном, сейчас застройка горизонтальная, отделены потоки медиков, технического персонала, 2 типа коридоров (1 для пациентов, др. для врачей, что бы общались с коллегами для обмена знаниями). Для стационарной помощи стараются сделать площадь привлекательной для потребителя. Главное- удобство потребителя. Спокойствие и приятная атмосфера. Зона под преподавание и научные исследования - это придает динамизм современным больницам- это освобождает больницу от психологического прессинга болезни (пример реконструкция 3 зданий три башни прекрасном комплексе вписывающиеся в архитектуру города).

Задачей является внутренний и наружный ландшафт. По техническим и экономическим причинам зона преподавания, так же будет проводиться поэтапно ( аудитории для студентов мед. Университета, затем клиника, связанная с больницей, затем кабинеты ученых и преподавателей и затем кампус.

Госпиталь Дельмар - строился в Олимпийской деревне, для спортсменов Олимпиады в 1992 г, изначально строили в 1888 году для выставки (напоминает в плане хребет рыбы), в 1960 г - высокотехнологичные здания для реабилитации - трансформация, перестроили старые в новые + новые структуры рассчитанные на современные услуги диагностики и неотложной помощи, интенсивной терапии и операционные блоки для неотложной помощи. Здание в виде сферы, внутри для медсестер пост и все пациенты под осмотром медицинского персонала и у каждой палаты окно.

Институт Гуттманна - для реабилитации пациентов после поражения нервной системы (мозга), парализованные в следствии различных причин,( травма, инсульт и т.д.). Доктор Гутман был немецкий нейрохирург, сам попал в аварию и оказался обездвижен (стокман девил -центр образовал, изменил подход к лечению данных пациентов, он был одним из инициаторов параолимпийских игр, вернулся в Испанию 27 мая 1965 г открыл институт Гуттманна, инновации и исследования, новое оборудование и технологии позволили стать лидером в мировой реабилитации). Это частный некоммерческий фонд - основан по инициативе каталонского гражданского общества. Задача - соблюдать законодательство, этичность кода (он в доступен на веб странице). В Каталонии 175 случаев ежегодной регистрации случаев поражений мозга, по всей Испании- 1150 человек (люди от 16 до 30 лет), это ниже чем в мировой практике т.к. строгие законы по правилам дорожного движения и стало меньше автоаварий. 2850 случаев ЧМТ, это люди трудоспособного возраста от 25 лет, так же есть

опухоли мозга, миелит- это не лечится, только нейрореабилитация помогает пациентам начать новую жизнь, это их девиз.

Площадь центра 17 тысяч м<sup>2</sup>, 152 койки: 16 обсервация, 70 дневной стационар, и 40 мест детской реабилитации. 16 тысяч пациентов в год, бюджет составляет 24 млн. Евро в год. Имеется аккредитация и специальная аккредитация стандарта ISO, имеют международную премию за охрану окружающей среды. Центр имеет 3 отделения:

- отделение поражений спинного мозга
- детское отделение ( спинного и головного мозга)
- отделение головного мозга.

Являются центром социальной инициативы. Цель -обследование пациентов с соответствующими повреждениями.Для излечения необходимо соответственное отношение персонала и адекватная атмосфера психологическая, все это для возвращения пациента в рынок труда.

В 2010 г принято 4439 пациентов из них:

88% - каталонцы; 11% испанцы; 1% из-за рубежа (есть русские).

В основном поражения спинного мозга -49%; головного мозга -44%; 7% - детская реабилитация.

Ведется преподавательская и научная деятельность, принимают участие в международных исследованиях межрегенеративной медицины. Например: научные исследования- основа нейрореабилитации и регенеративных процессов, психологическая реабилитация. Выдают дипломы эксперта нейрореабилитации. В уставе записана - миссия борьба равенства возможности инвалидов в обществе. Проводят различные компании GAME OVER со школьниками, есть аудиторы по профориентации, знакомство с новыми специальностями. Спец.команда, которая ведет сопровождение пациента после выписки, знакомится с его окружением, семейным врачом, м/с + адаптированный и универсальный спорт. Имеют 5 спортивных секций в институте. Строят дома для престарелых, адаптированные под инвалидов.

Главной ценностью - человеческий подход к пациенту, внедрение новых технологий, врачи проводят новые исследования и внедряют в практику (трансляции исследований). Каждый пациент имеет междисциплинарную группу специалистов, которые ведут его на всем процессе реабилитации. Пациенты приходят из государственного учреждения и те которые имеют частную страховку или платят сами (3 потока больных) с неврологической патологией.

Критерии для госпитализации: поражение головного мозга, должен иметь минимальный ответ, для того что бы с ним можно было общаться, при поражении спинного мозга это не важно.

Заключения стандартные по единой системе реестра и дают заключения о том, какой поступил и какой результат при выписке, по оценочной шкале, так же информация о падениях, пролежнях и других осложнениях в процессе реабилитации. Цена базовая 1 месяц 13-18 тыс. Евро (все включено

хирургическое вмешательство, лечение, реабилитация) + может быть дополнительные( к базовому).

Хирургическое вмешательства: травматологические, мозговые, урологические и по другим проблемам, связанными с лечением боли, пластической хирургии, поражений кожи. и желудочно-кишечного тракта (дисфагии, гемморой ). Есть отделение для лечения сексуальной функции и деторождения, делают ЭКО, есть лечение психических функций. Многие предпочитают получать пенсии (условия экономического роста страны), раньше большее число возвращалось к труду, работают на адаптированных рабочих местах (поражения головного мозга - прачечная и др. легкий труд). Сейчас в Испании 5 млн. безработных и трудно устроить их пациентов, 12% устраивают на работу. Согласно законодательства 2 % инвалидов должны работать на производстве, если их нет, то предприятия за это платят налоги. Из-за 12% работающих инвалидов институт имеет дополнительные ассигнования на развитие. Занятия с пациентами проходят до 5 часов в день (когнитивные, развлекательные, спортивные, кулинарные т.д.).

Транскраниальная стимуляция - для диагностики и терапевтической оценки количества импульсов проходящих через нервную систему с целью терапии вызвать изменения в мозге, при терапии депрессии, спастических нарушениях, повторная стимуляция для вызова изменений при лечении нарушений походки и т.д., пациент очень хорошо дает ответ на другую терапию.

MPT. Трехмерное изображение и одновременно имеет картинку стимулирующую мозг «Джипирс» система на мозге не инвазивное лечение боли, транскраниальное стимулирование + двигательное моделирование пациента (перед зеркалом видит свое тело вверху, внизу нормальная походка человека) сензитивно - аффективная работа с воображаемым изменением пластичности походки, боли, 20 мин в день № 10. Хороший результат у хронических больных, синергия меньше возбудимость коры и у коры и восполняется нехватка информации (мост в мозг).

Система организации СМП (скорой медицинской помощи). CET – система неотложной помощи подчиняется службе здравоохранения и правительства. Финансирование из бюджета, обслуживает всю площадь Каталонии (32,103,5 км<sup>2</sup>), 16-17 человек совет администрации, главная задача предоставление неотложных услуг, рекомендации и советы в области медицинских неотложных услуг (эффективность, качество, доступность). Главное направление работы – упорядочение системы службы 112 (номер ЧС), и CET (центр мобилизации ресурса и поддержки граждан в случае любой проблемы со здоровьем).

Бюджет 240 млн. Евро (2010), меньше на 12% в 2011 году.

SECOS (диспетчерская служба):

Тел. 06/112

Звонки неотложной срочной медицинской помощи, оценивают их, и принимают решение, совет или консультация, или активировать ресурс.

902 санитарный Resport, информация о здравоохранении, консультации о состоянии здоровья.

На диспетчерском пункте более 6 тысяч звонков в сутки. На всей Каталонии (432 подвижные единицы транспорта) СМП подстанции по всей территории в зависимости от количества населения. Они все осуществляют выезды по звонкам. 2 типа машин и 4 специализированных медицинских вертолета - рассредоточены по зоне охвата. Базовое оборудование жизненно важно помогает транспортировке пациента, там работают не медработники, а техники – они знают базовые методы, (354 машина 83,41%) оказывают помощь с помощью аппаратов, 67 машин – слаженная медицинская команда передвижное отделение интенсивной терапии ( техник, врач, м/с интенсивной спец. мед. помощи), на Вертолете – к бригаде добавляется 2 техника водителя. 716 сотрудников SEM медики + операторы (ответы на звонки), техники–водители, всего более 4 тыс. человек. 1600 тысяч звонков – в 2010 году, 1057 - протоколов открыто (это ДТП обычно звонки несколько на 1, но протокол 1).

SEM – обслуживание первичного протокола (ДТП или плохое самочувствие) так же межгоспитальные перевозки или в случае необходимости оказания помощи на уровне высоких технологий, SEM сам ищет свободную койку на 3 уровне –и переводят пациента. Санитарный Resport 3152, 306 звонков в 2010 г (это консультации по административным процедурам в области здравоохранения, назначает посещение врачей, услуги перевода (для эмигрантов по телефону)). При ЧС – коды активации имеются в 2-5 центрах. 1-код инфаркт, 2- инсульт, 3-политравма. Вся система здравоохранения работает одним протоколом так как это патология зависит от времени и сказывается на выживании и увеличивает качество жизни (золотой час). Посещения извещаются в управление здравоохранения о каждом пациенте – активируется служба больницы и пациент поступает сразу в операционную (он не проходит через неотложную помощь отделения). 6 кодов для инфаркта и столько же для инсульта, так как это патология дает наибольший % смертности, 8 млн. человекам оказана помощь. Машины - средний срок службы 8 лет. Время доезда в зависимости от уровня приоритета ( 0-ДТП, ЧС), в городе – меньше 10 минут, в селе –зависит от расстояния, меньше 20 минут. От уровня приоритета вызова повод «температура» или ДТП. Есть специализированная бригада тромбо-легочной терапии. Применительно к детским – особенности: педиатры, инкубаторы, подготовленные м/с и они решают много проблем с родителями.

Стараются как можно меньше пациентов доставлять в больницу, направляют к семейному врачу. Необходимо реорганизовать службу, что бы дать ответ на оказанные услуги при сокращении объемов финансирования ,ограничение ресурса, укрепление консультативной службы и лечить пациента максимально дома, избегать не нужной госпитализации. Станции по всей территории Каталонии базируются в больницах, полицейских участках, поликлиниках по



территории, но звонки поступают в единую базу информационной системы, дается ресурс, приближенный к случаю и по радио активирует ресурс (машину). Показатели качества разрабатывают для каждого этапа, индикаторы проводят проверки, прошли аккредитацию по системе ЕСО. Поскольку ресурсы ограничены их применяют и используют эффективно (поэтому разрабатывают приоритеты от 0 до 3). Статистика- количество вызовов на население 4 млн. звонков, население 7 млн. не обоснованные вызовы существуют ( машину активируют, но пока она едет оказывается, что она не нужна). Доплаты персоналу есть за ночные выходы и 1 месяц отпуска. Есть проблема укомплектованности, особенно врачам (с дежурства по графику + совмещение в больницах).

Защита здоровья персонала: специализированные психологи работают с сотрудниками и пациентами, модель которой уделяется большое внимание среди медперсонала, т.к. в большинстве машин ездят техники и средний медперсонал, готовят новых специалистов техников неотложной помощи (не медиков).

#### ЛАБОРАТОРИЯ.

53 года назад основана лаборатория врачом Ичиварнэ – это частная семейная лаборатория, обслуживает частный и государственный сектор (echevarne.com) Это сеть централизованных лабораторий, всего 44 лаборатории, боксы для забора материала, и еще 14 лабораторий имеются в структуре больниц. Образцы стекаются в эту лабораторию в Барселону (1300 км максимально отдаление самолет, авто работает круглосуточно, ночью делают анализы - утром готово) среднее время от момента забора до изготовления максимально 12 час. Экспресс диагностика, основные материалы: кровь, околоплодные воды, спинно-мозговая жидкость, слюна, экскременты, ткани, для генетических исследований. Базовые анализы, клиника, биохимия, пробы на местах в госпитальных лабораториях, сложные в центре. Работает 850 человек, 400- в центре, 7 тыс. исследований в сутки, 20 человек занимается контролем качества, + сертификация, + специфические пробы, контроль межлабораторный, + контролирует американский колледж лабораторный. Логистика входит в компетенцию и их и других организаций. Договорные отношения с государством для больниц, остальные частное микробиологическая, генетическая, модификация вирусов, бактерий для определения чувствительности к антибиотикам.

Частная клиника (модель США).

### Медицинский Центр Текнон

Основан в 1994г. Более 60.000 м<sup>2</sup> помещений. 6 взаимосвязанных корпуса с отдельными подъездами к 800 парковочным местам

#### Госпитализация

- 225 индивидуальных палат
- 15 палат класса «люкс»
- 14 реанимационных боксов
- 3 реанимационных бокса для детей
- 12 инкубаторов для новорожденных

Операционные залы: 12 центральных операционных, 2 из которых оснащены ламинарным потоком ; 5 крупных амбулаторных операционных ; 3 операционные для малой амбулаторной хирургии ; 3 родильных зала; 4 предродовые палаты

#### Высокая технология (Хирургический робот Да Винчи )

- Минимально агрессивная процедура
- Быстрый период реабилитации
- Сокращение периода пребывания в стационаре
- Минимальный риск возникновения осложнений

#### Дневной стационар

Три полностью оснащенных отделения (1 отделение: 18 залов мед./хирург.); 2 отделение: 14 залов (мед./хирург.); 3 отделение: 8 кресел и 2 кровати (химиотерапия)

Отделение скорой помощи: круглосуточно, 365 дней в году; общее отделение и педиатрия; специалисты по всем направлениям; передовые технологии и методики.

Стационарное обслуживание:

19.100 – поступлений в год ; 68.285 – пациентов\день

3,57дней - средняя длительность пребывания; 16.087 – стационарная хирургия

7.017 – амбулаторная хирургия; 89 – хирургия открытого сердца

Виды диагностики: Анатомо-патология; УЗИ сердца; УЗИ; ЭКГ; Электрофизиология; Эндоскопия; Нарушение сна; Гемодинамика; Катетерная лаборатория; Ядерная медицина; Нейрофизиология; Диетология; Холтер-мониторинг; Тестирования функции легких; Лучевая диагностика; Сосудистая радиология; Интервенционная сосудистая радиология; Скрининг меланомы кожи ;Уродинамика; Магнитоэнцефалография (MEG).

Служба диагностики Лаборатории

- STAT-лаборатория скорой помощи
- Банк крови и плазмы
- Общая биохимия
- Микробиология
- Генетика
- Вирусология
- Иммунология

Общая лучевая диагностика: 7 стандартных рентген-залов; 2 маммограмма-блока; Ортопантомография; 2 мультиспиральных КТ; 3 - 1.5 МРТ

КТ – Лучевое обследование 1 - *MX8000 IDT 16 КТ*, 1 - *Brilliance CT 64 КТ*

Изображение 3D на передовой технике TeraRecon

Коронарный КТ - Виртуальная колоноскопия

МРТ- Лучевое обследование 2 аппарата - *MR Achieva 1.5T* 1 аппарат - *MR Intera 1.5 T*

МРТ – система лучевого диагностического обследования, обеспечивающая высокое качество изображения любой части тела

Лучевое обследование ( *Аппарат Philips Achieva 1.5T MR System*)

- Ангио-МРТ
- Обследование груди (Breast Antenna)
- Обследование всего тела (Full body scan)
- Динамическое обследование перфузии

Ядерная медицина - GE Discovery ПЭТ/КТ 8 (2 гамма-камеры , выявление пораженных неоплазией лимфоузлов, лучевая кардиодиагностика )

Катетеризационная лаборатория- Гемодинамика

*Оборудование Philips Allura FD20*

- Гемодинамические исследования
- Ангиопластика
- Эмболизация
- Интервенционное лечение

Эндоскопия ( Гастроскопия; Колоноскопия; Эндоскопическая резекция; Эндоскопическое протезирование; Лигирование вен пищевода; Капсульная эндоскопия)

Диагностическое обслуживание

- 157.652 – амбулаторных пациентов
  - 114.255 – поступлений по скорой помощи
  - 11.729 – дневной стационар
  - 13.863 - МРТ
  - 12.137 - КТ
- 1.900 – радиотерапии

Медицинский персонал: 550 дипломированных медиков, всех видов педиатрических, медицинских и хирургических специальностей, 400 консультационных кабинетов

Консультационные здания: 2 корпуса, 150 консультационных кабинетов, прямой доступ к больнице, прямой доступ с парковке.

Высокоспециализированные службы, микрохирургия плечевого сплетения и периферических нервов

- Отделение боли
- Отделение отклонений движений и болезни Паркинсона
- Отделение эпилепсии
- Отделение тяжелой миастении
- Отделение верхнечелюстной, височно-верхнечелюстной и лицевой деформации
- Мультидисциплинарное отделение кожной лазерной хирургии
- Отделение ранней диагностики рака кожи

Отделение репродуктивной медицины – In Vitro Fertilization

Диагностика и лечение женского и мужского бесплодия получившие международное признание специалисты: (гинекологи, андрологи, биологи, сексологи, психологи, специалисты ультразвуковой диагностики, новейшие биомедицинские технологии)

ТЕКНОН- Имеет-3 этажа, парк на 1 тыс. машин, вертолетную площадку. Основана 1994 г на 60 тыс. м<sup>2</sup> 225 индивидуальных палат, 15- люкс, 14 – реанимационных блоков, 3 реанимационных блока для детей, 12 инкубаторов для новорожденных. Дневные стационарные отделения скорой помощи круглосуточно. Статистика: посещений 19,100 – в год; 3,5 – средняя длительность лечения; 68,285 пациентов в день; 16,087 – стационарная хирургия; 7,017- амбулаторная хирургия; 89- хирургия на открытом сердце( в день операций);114,255 – поступившие по СМП

. Финансирование получают за количество процедур, выгоден большой поток, выгодно быстро и качественно т.к. контроль и штрафные санкции, платят не за койко-день.

«Аудиоскан» - аудиовизуальный инженеринг, новая технология в области здравоохранения. Аудиовизуальные проекты: оборудование делится на несколько категорий «аудио» и «видео», контроль – это передача в реальном времени, хирургия вне материи – хирург комментирует свою операцию( можно использовать для телемедицины.).

2-я категория: системы громких связей и объявлений; средства оповещения для здравоохранения, телефоны для нахождения персонала на территории, система локальной защиты персонала.

3-я: РТРС- система оповещения в реальном времени, позволяет взаимодействовать между пациентом и персоналом (врач или м/с в реальном времени видит всю информацию о пациенте).

4. IPTV –телефония сигнал по интернету, информация о пациенте.

5. VOD – видео ауди- динамики, пациент, по своему желанию, может выбрать развлекательную программу (платно).

6. Цифровая сигнализация – цифровой киоск (пациент имеет идентификационную карту и имеет доступ в киоск). Пациент может иметь информацию о том где и кто, принимает, информацию об учреждении.

7. Управление ресурсами: это система экономии электроэнергии, количество ламп которые горят в здании и если не используются можно выключить, управляя свободно с поста, так же температурный режим – меньше затрат оптимизирует работу учреждения в целом.

8. Акустические услуги (акустический контроль залов, палат) акустическая изоляция, контроль за уровнем шумом, работает оборудование, акустический эффект – это все меры для уменьшения шума внебольничной территории.

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

Акцент в программе модернизации должен быть направлен на то, что семейный врач – центральное звено здравоохранения, для этого целесообразно создание центров первичного медицинского обслуживания, на базе поликлиник и центральных районных больниц.

Для семейных врачей основная часть работы должна быть направлена на профилактику, работа с населением, посещения на дому с этой целью, проведение образовательных семинаров с населением с профилактической целью, в лечебных и образовательных учреждениях. Важным должно стать состояние здоровья общества, что бы не было запущенных случаев заболеваний, осложнений, определено количество пациентов с различными патологиями.

Первичный контакт пациента должен быть только с семейным врачом и он только мог бы распределять направление к врачу специалисту или на госпитализацию. Приглашение на работу специалиста тогда может формироваться из потребности в услуге, может быть проходящий совместитель. В период, когда наблюдается рост заболеваемости ( ОРВИ, грипп), при рождении ребенка, а так же посещения пожилых людей, которые не могут ходить – часть посещений помимо врача, могла бы осуществлять медицинская сестра, с соответствующим уровнем подготовки (например: работа с пациентами по контролю за приемом препаратов, работа с пациентами по телефону (приверженность к лечению).

Служба диспетчера они распределяют направления оказания неотложной помощи - идет врач или м/сестра (по алгоритму опроса). Критерием качества должно является максимальное исцеление пациентов в амбулаторном звене, т.к. меньше % госпитализаций. Повышать ответственность пациента за собственное здоровье и здоровье детей.

Продолжить развитие системы электронной записи на прием, введения электронных амбулаторных карт, электронных рецептов для взаимодействия аптек и больниц. Совмещенная электронная истории болезни позволит сократить большое количество обследований пациента. Есть собственность пациента электронная амбулаторная карта, там сохраняются все необходимые сведения. Избыточные расходы здравоохранения – это расходы на обследование пациента. Расходы на медикаменты должно быть рациональные, в соответствии с эффективностью лечения т.е. зачем дорогой препарат, если работает более

дешевый (при меньших затратах, на это есть возможность у главного врача направить больший процент стимулирующих выплат для увеличения з/ платы).

Предоставить возможность для привлечения частного капитала и развития частной медицинской помощи, за счет льгот на налогообложение и других форм государственного стимулирования (при этом частные медицинские центры должны иметь возможность оказания медицинской помощи пациентам в максимальном объеме: обследование, лечение, реабилитация).

Усилить контроль государства над фармацевтической деятельностью, принять меры по укреплению собственной фармацевтической индустрии с последующим контролем качества и цен продукции.

Развитие телемедицины, как гарантированного уровня одинакового для всех – посредством телемедицины. Если, сельским врачам будет доступ к информации, научных центров (например - инсульт, всего 3 часа есть у врача, для спасения, дежурный врач может отослать все результаты и получит обратную связь по рекомендациям по лечению). Выигрывает система: не гоняют скорую помощь, пациента, и врач тем самым учиться на рабочем месте повышая свой уровень. Психиатр, психолог может консультировать по интернету, виртуальная терапия (для тревоги и депрессий).