

**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: Залалдинов Ринат Сагитович

Страна стажировки: Испания

Москва, 2011

Раздел 1. Информационная часть

1.1. Наименование образовательной программы: Управление в сфере здравоохранения

1.2. Фамилия, Имя, Отчество слушателя: Залалдинов Ринат Сагитович

1.3. Регион, место работы, должность: Республика Татарстан, Министерство здравоохранения Республики Татарстан, заместитель министра

1.4. Наименование выполненного в рамках программы Проекта: Информатизация как инструмент повышения эффективности системы здравоохранения

1.5. Сроки и место проведения зарубежной стажировки: 13.11.2011-26.11.2011, Испания, Каталония, Барселона

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

2.1. Общая характеристика Испании и Каталонии.

Испания – государство на крайнем юго-западе Европы, занимает большую часть (**85% территории**) Пиренейского полуострова, Балеарские острова в Средиземном море, Канарские острова в Атлантическом океане.

Общая площадь Испании – 504 750 км² (площадь суши – 499 400 км²; площадь рек и озер 5 350 км²).

Материковая Испания граничит на западе с Португалией, на севере с Францией и Андоррой.

Испания является одним из самых тёплых государств в Западной Европе. Среднее количество солнечных дней составляет 260 – 285. Средняя годовая температура на побережье Средиземного моря составляет 20 градусов тепла. Зимой температура опускается ниже нуля обычно

только в центральных и северных районах страны. Летом температура поднимается до 40 градусов и выше (от центральной части до южного побережья). На северном побережье температура не такая высокая – около 25 градусов тепла.

В административном отношении Испания разделена на 52 провинции, объединенных в 17 автономных областей, которые в значительной степени самостоятельно решают вопросы развития, в том числе в сфере здравоохранения. Каждая область имеет свой парламент и правительство.

Население Испании (2006) – 44 708 964 человек.

Продолжительность жизни (2002) – 79,5 лет.

Рождаемость (2004) – 10,6 на 1000 населения.

Общая смертность (2004) – 8,7 на 1000 населения.

Младенческая смертность (2004) – 3,5 на 1000 населения.

ВВП на душу населения (PPP 2006) – 27.522 Долларов США.

Каталония является автономным сообществом Испании, которое расположено на северо-востоке Пиренейского полуострова между средиземноморским побережьем и Пиренеями. Общая площадь – 32 106 км². Столицей автономного сообщества является город Барселона. Каталония — один из самых развитых и богатых регионов Испании, дающий стране 25% её ВВП. Статус автономии Каталония получила в 1979 году. В регионе есть свои правительство, парламент и силы полиции. Официальный язык в госучреждениях и школах Каталонии — каталанский, который значительно отличается от кастильского. Как и остальные автономии, Каталония имеет собственную систему здравоохранения и образования. Статус о расширении её полномочий подразумевает контроль автономии над налогообложением, юстицией и важнейшими инфраструктурными объектами региона: аэропортами, портами, а также миграционной службой.

Территориально Каталония делится на 4 провинции (Барселона,

Таррагона, Льейда, Жирона), разделённые на 41 округ. Население Каталонии: 7 503 118 человек. Продолжительность жизни: 81,4 лет. Рождаемость (2004): 11,41 на 1000 населения. Общая смертность (2004): 8,9 на 1 000 населения.

Младенческая смертность: 2,87 на 1000 населения. ВВП на душу населения (PPP 2006): 31.910 долларов США.

2.2. Здравоохранение Испании и Каталонии.

По данным Всемирной организации здравоохранения система здравоохранения Испании входит в десятку лидеров мирового рейтинга (4 место).

Отличительной чертой Испании является децентрализация управления и финансирования системы здравоохранения при одновременной интеграции всех общественных ресурсов в единую общенациональную систему здравоохранения. Основные функции по оказанию медицинских услуг населению делегированы властям 17 регионов страны.

В структуре национального Правительства Испании функционирует Министерство социальной политики и равенства, определяющее политику в сфере здравоохранения, в структуре которого выделен Генеральный секретариат здравоохранения, который несет ответственность за выполнение функций, относящихся к здравоохранению, межрегиональной координации, планирования и стратегии в области здравоохранения, государственного финансирования, фармацевтической политики и предъявления образовательных требований в системе здравоохранения.

Испанская конституция гарантирует всем гражданам «право» на медицинское обслуживание, в том числе равный доступ к профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам, однако ответственность за реализацию всеобщего медицинского страхования передана региональным властям. В связи с чем, на территории Каталонии в

структуре Правительства Каталонии функционирует Министерство здравоохранения, которое непосредственно отвечает за политику в сфере здравоохранения на территории региона и формирует государственное задание на медицинскую помощь.

Вся медицина бесплатна для каталонцев (исключая пластическую хирургию и ортопедическую и эстетическую стоматологию). «Главная задача Департамента здравоохранения Каталонии – контроль качества медицинской помощи, о котором, прежде всего, свидетельствует продолжительность жизни», – сказал в своем выступлении г-н Игнаси Фина, заведующий отделом Здравоохранения Мэрии г. Барселоны. Можно говорить о многих факторах, влияющих на продолжительность жизни, но тот факт, что это зависит от качества медицинской помощи – неоспорим. По продолжительности жизни – 80 лет (78 – мужчины и 83 – женщины) Каталония занимает одно из первых мест в мире.

Медицинское страхование в Испании охватывает почти все население – по оценкам, до 98,7% граждан. Страховка покрывает первичное медицинское обслуживание, в том числе терапевтическое и педиатрическое, хирургическое вмешательство – как в стационаре, так и амбулаторное, чрезвычайную и неотложную помощь, лечение длительных заболеваний, а также рецептурный отпуск лекарств (хотя для медикаментов на амбулаторном этапе предусматривается долевое участие потребителей в размере 40 %, исключение составляют пенсионеры в возрасте старше 65 лет). На многие услуги, связанные с лечением психических заболеваний, особенно амбулаторные, а также косметическую хирургию, страхование не распространяется.

Центральные власти предоставляют каждому региону общий грант. Целевое использование этих средств не прописывается: региональные власти сами решают, на что их расходовать. Размер гранта определяется в основном исходя из численности населения региона, а также с определенным учетом иных факторов, например, демографической

ситуации. В дополнение к федеральным трансфертам регионы могут использовать на медицинские нужды и собственные средства.

В результате чего, объем расходов на здравоохранение в различных регионах варьируется. Эта разница, а также отличия в приоритетах, обуславливают и значительные несовпадения в доступности медицинских ресурсов. Так, в Каталонии количество койко-мест на 1000 жителей составляет 4,7, а в Валенсии — всего 2,8.

Система здравоохранения Каталонии представлена 20% государственных клиник, 70 % - клиник других форм собственности (смешанных) и 10 % частных клиник.

Объемы медицинской помощи распределяются между учреждениями департаментом здравоохранения Каталонии (CatSalut), причем объёмы распределены по принципу равнодоступности, конкурентоспособности лечебных учреждений и качества, оказываемых медицинских услуг.

При реформе организации медицинской помощи, которая продолжалась 25 лет, было учтено, что основной доход Каталонии – туризм, а 20 млн. туристов, ежегодно выбирающих Каталонию для отдыха, это, прежде всего, живые люди, и им в любой момент может понадобиться медицинская помощь. Сюда приезжают и те, кто, казалось бы, по медицинским показаниям с российской точки зрения не должен отправляться в путешествие. В Каталонии, например, есть турпакет «Горные лыжи и диализ». Подобный – сложнейший - вид медицинской помощи могут получить и те, кто желает отдохнуть у моря.

2.3. Кадровые ресурсы и система их подготовки

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.

Медицинские профессии в Испании являются престижными, в связи с чем подготовка медицинского персонала происходит в конкурентной среде и соответственно только наиболее способные школьники поступают в медицинские ВУЗы. Система подготовки врачей начинается со школы, где по результатам единого государственного экзамена (далее ЕГЭ) определяется рейтинг абитуриентов. Спрос при поступлении в медицинские ВУЗы очень высокий, поэтому поступают студенты, которые набрали более 8 баллов по результатам ЕГЭ из 10 возможных.

Срок обучения врача в ВУЗе 6 лет. Обучение проводится на клинических базах учреждений здравоохранения всех форм собственности, причем престиж учреждения здравоохранения во многом зависит от наличия аккредитации на обучение студентов в данной клинике. Больницы не получают никаких дополнительных средств на организацию учебного процесса, выгода в престиже и в наличие дополнительной рабочей силы в виде студентов и ординаторов.

После 6 лет обучения в медицинском ВУЗе все студенты сдают общенациональный экзамен, по результатам которого составляется рейтинг студентов и согласно рейтингу студент может выбирать специальность.

Самый большой рейтинг необходим при выборе специальности хирургического профиля. Соответственно молодые врачи с наибольшим рейтингом имеют возможность выбора специализации, остальные выбирают профессию по остаточному принципу.

После выбора специальности молодой врач обязан пройти специализацию - 2 года интернатуры и 2 года ординатуры, причем не менее 3-х месяцев ординатор должен стажироваться в сельской местности.

Специализация проходит под контролем наставника (опытного врача специалиста). Причем в клиниках, прошедших аккредитацию, пациенты

при поступлении дают письменное согласие на работу со студентами, интернами и ординаторами. Заработная плата интерна составляет около 1100 евро за месяц в первый год и до 1 600 евро на 4 году. Основная мотивация молодого врача не финансовая, она заключается в том, что бы зарекомендовать себя и получить работу в престижной клинике, поэтому они работают на перспективу. После окончания постдипломной подготовки врач сдаёт экзамен, по результатам которого определяется его рейтинг. Соответственно лучшие клиники берут на работу врачей с высоким рейтингом.

В настоящее время в Испании ведутся дискуссии по вопросу необходимости закрепления периодичности постдипломного образования. В настоящее время оно представлено в виде курсов подготовки специалистов (освоение дополнительных методик, манипуляций) и система непрерывного образования, когда врач сам берёт ответственность за своё обучение.

Как правило, непрерывное образование проводится в форме участия в медицинских профессиональных конгрессах и он-лайн обучения в ведущих медицинских ВУЗах страны.

Медицинские сестры в Каталонии получают высшее образование в медицинских ВУЗах, но срок обучения составляет 3 года. Как правило, на данный факультет поступают абитуриенты не набравшие нужного количества баллов по результатам ЕГЭ для поступления на врачебную специальность.

Кроме того, в Испании существует специальность медицинский техник - срок подготовки которого составляет 2 года, и для поступления на данную специальность нет необходимости сдавать ЕГЭ. Медицинские техники обучаются для работы в лабораториях, рентгенологическом оборудовании и в службе реабилитации. Введении данной специальности во многом снизило нагрузку на врачебный и сестринский персонал. Медицинский техник не имеет право проводить инвазивные манипуляции

с пациентом, за исключением забора крови для лабораторных анализов.

Подготовка младшего медицинского персонала проводится в течении 1 года после окончания школы.

Система оплаты труда в учреждениях здравоохранения существенно различается.

Все врачи, работающие в больницах, и до 75% других медиков считаются «наполовину государственными служащими» и получают жалование, а не гонорары в зависимости от предоставленных услуг. Размер этой зарплаты зависит от количества лет медицинской практики и определенных профессиональных степеней; она повышается каждый год для всех сразу, независимо от уровня профессионализма или отзывов пациентов.

В частной системе здравоохранения заработная плата как правило зависит от количества пролеченных пациентов.

Врач работает 38 часов в неделю. Как правило, после окончания рабочего дня в государственной клинике врачи имеют возможность совмещать в частных структурах.

Уровень базовых зарплат в государственном секторе составляет:

Врачи - 55 тысяч евро в год;

Медицинские сестры - 25 тысяч евро в год;

Техники - 20-21 тысяч евро в год;

Помощники (младший персонал) - 18 тысяч евро в год.

В настоящее время в Каталонии отмечается дефицит врачебных кадров, что связано в первую очередь с ростом населения за счёт миграционных процессов, так за последние 5 лет прирост населения Каталонии за счёт мигрантов составил 1 млн. человек, что требует дополнительно подготовки 500 врачей. В настоящее время в Каталонии проблемы кадрового дефицита решаются за счет привлечения врачей иммигрантов, в первую очередь из стран латинской Америки.

Врачи иммигранты подтверждают квалификацию в Испании и

работают на тех же условиях, как и местные врачи. Чаще всего врачи из других стран привлекаются для работы в качестве семейных врачей.

2.4. Первичная медико-санитарная помощь.

В Испании пациент имеет право выбрать любое учреждение, средний медицинский персонал, но пациент не обладает правом выбирать себе врачей специалистов. Пациента прикрепляют к одному из терапевтов (семейному врачу), работающих по месту жительства гражданина, т.е. аналогично Российской Федерации в Испании действует территориально-участковый принцип (1 врач на 1500 населения, 1 медсестра на 800 жителей). За каждым пациентом территории закреплен семейный врач и медицинская медсестра, соответственно система оплаты страховыми компаниями - по подушевому нормативу. Как правило, перед посещением врача пациент записывается к нему через интернет. Очередность на прием к врачу общей практики практически отсутствует, т.е. попасть на прием можно в день записи, вместе с тем, очередность может составлять от 1 до 3 дней, что допустимо Испанским законодательством. Основную работу с пациентом (прием, активы) проводит средний медицинский персонал. Врачи, в отдельных случаях посещают пациентов на дому, но не более 3-4 посещений в сутки и как правило в связи с острым заболеванием для оказания неотложной медицинской помощи.

Одной из отличительных черт первичного звена является мощная профилактическая составляющая в работе медицинского персонала: активы на дом среднего персонала (измерение АД, глюкозы крови и т.д.), работа с организованными группами населения (школьники, студенты, крупные предприятия и т.п.), проведение тематических сессий с группами по 13-15 человек. Причем профилактическая работа оплачивается дополнительно, соответственно медицинский персонал финансово мотивирован на её проведение.

Большое внимание уделяется пациентам геронтологического

профиля, как результат средняя продолжительность жизни в Каталонии 81,4 лет.

В целом хочется отметить, что подход в организации первичной медицинской помощи носит командный характер. В беседе врачи и средние медицинские работники постоянно акцентируют на этом своё внимание. Кабинеты врачей соединены друг с другом, что бы пациент не тратил лишнего времени и при необходимости мог незамедлительно получить амбулаторное обследование и консультацию.

Если возникает необходимость в специализированных медицинских услугах, терапевт направляет пациента к одному из врачей, входящих в определенный список. Пациент попадает в «Лист ожидания», в результате, чего в стране существует огромная проблема очередности на приём к узким специалистам. Длительность этих очередей в разных регионах варьируется, но проблема «листов ожидания» повсеместно носит серьезный характер. В среднем испанцам приходится ждать приема у специалиста 65 дней, а в некоторых регионах – и гораздо дольше. На Канарских островах, к примеру, этот срок составляет 140 дней. Но даже в континентальной части страны, в Галисии, пациенту приходится ждать осмотра специалистом 81 день. По некоторым врачебным специальностям общенациональные средние показатели тоже хуже: так, обследования у гинеколога нужно ждать 71 день, а у невропатолога – 81 день. Стоит отметить, что очередность пациентов в Каталонии гораздо ниже, чем по стране, вместе с тем, очередность на диагностические процедуры в госпитале Матаро (Барселона) достигает 168 дней.

Как и в большинстве других стран с государственной системой здравоохранения, распространенность очередей и проблемы с качеством услуг все чаще вынуждают людей прибегать к альтернативному варианту – частному медицинскому страхованию. В настоящее время до 12% испанцев имеют частные страховые полисы (таким образом, они застрахованы дважды, поскольку отказаться от государственного

страхования граждан не может). В крупных городах, количество людей, застрахованных в частных структурах, достигает 25% жителей. В целом, выплаты по частным медицинским страховкам составляют до 21% совокупных расходов на здравоохранение. Чаще, однако, испанцы платят за услуги частных медучреждений непосредственно «из кармана». Сумма таких прямых платежей составляет в Испании почти 28,8% совокупных расходов на медицинские услуги.

Таким образом, и в этой стране сформировалась двухуровневая система, в рамках которой зажиточные граждане «покупают» себе «право выхода» из государственной системы, а бедные слои населения вынуждены довольствоваться услугами более низкого качества.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод, что организация первичной помощи имеет, как положительные примеры, так и отрицательные. Самой большой проблемой, которую необходимо решать министерству здравоохранения Каталонии - это снижение очередности на консультации к узким специалистам.

Несмотря на это в больницах Каталонии сокращают штат сотрудников

По сообщению советника здравоохранения Каталонии Бои Руиса, в каталанских больницах пройдут сокращения персонала. По его словам это не отразится на качестве оказания медицинских услуг, и направлено на сокращение расходов с целью улучшения экономической ситуации больниц Каталонии.

Многие больницы уже не только получили директиву правительства, но и приняли ее к исполнению. В госпитале Хоана XXIII в Таррагоне планируется сократить 250 рабочих мест, 24 из которых будут освобождены с 1 апреля.

Данная мера должна способствовать снижению затрат на 16%. Отмечается, что сокращения коснутся лишь работников по временным контрактам, которые просто не будут продлены. План экономии также,

предполагает снижение количества больничных мест и закрытие некоторых операционных залов, что несомненно увеличит сроки ожиданий для пациентов.

2.5. Амбулаторно-медицинское обслуживание.

Амбулаторно-поликлиническое обслуживание осуществляется по участковому принципу по принципу семейного врача. Имеется жесткое закрепление жителей за врачом. В работе семейного врача большой раздел отводится профилактике, которую проводит средний персонал. Аналогично, как и Российской системе медицинского наблюдения реализуется принцип диспансерного наблюдения за хроническими больными, который осуществляет средний медицинский работник и при необходимости контролирует врач тем самым, уменьшается нагрузка на врача. Возможно, такой подход связан и нехваткой терапевтов и врачей общей практики. Посещение диспансерных пациентов в поликлинику связано с проведением в этот день лабораторных бесплатных исследований, что воспринимается пациентами, как необходимость и дает большую явку. В обществе построена система выработки мотивации на здоровый образ жизни и ответственности человека за свое здоровье, которая не перекладывает эту ответственность на систему здравоохранения. Нагрузка на врача составляет 20-30 человек в день. Посещения на дому врач осуществляет один раз в неделю. Оценка деятельности врача осуществляется в конце года по уровню заболеваемости. В Испании пациент не обладает правом выбирать себе врачей — будь то терапевтов или специалистов. Вместо этого его прикрепляют к одному из терапевтов, работающих по месту жительства гражданина. Длительность этих очередей в разных регионах варьируется, но проблема "листов ожидания" повсеместно носит серьезный характер. В среднем испанцам приходится ждать приема у специалиста 65 дней, очередность на плановую хирургическую операцию 73,5 дня,

диагностическое обследование 168 дней, при направлении на госпитализацию из первичного звена 127 дней. Ожидание по некоторым видам медицинской помощи также затягивается надолго. Так, время нахождения на "листе ожидания" на простатэктомии составляет в среднем 62 дня, а на операцию по замещению тазобедренного сустава — 123 дня[.

2.6. Стационарная медицинская помощь, в том числе реабилитационная

Стационарная медицинская помощь в Каталонии на 80 % представлена частными больницами и 20 % государственных клиник. Общее число коек в стационарах Каталонии 4,7 на 1000 населения.

Больницы расположены таким образом, чтобы территориальная доступность прикрепленного населения составляла не более 30 минут, в результате была сформирована санитарная карта Каталонии и часть учреждений здравоохранения были трансформированы в социальные или другие учреждения.

Таким образом, количество больниц в Каталонии законодательно регламентировано и открытие дополнительных больниц на территориях, которые уже получают медицинскую помощь в пределах 30 минутной доступности, не допускается независимо от воли политической партий и пожеланий населения.

Данная политика проводится в Каталонии с 80-х годов 20 века и все партии её согласовали, пришли к консенсусу и решили, что вопросы изменения данной политики не будут подняты ни при каких условиях.

Все больницы в Каталонии многопрофильные, так как по идеологии здравоохранения Испании, медицинская помощь должна оказываться пациенту, а не «заболеванию».

Стационарная помощь в свою очередь делится на неотложную и плановую. Как правило, неотложная помощь оказывается больным доставляемым бригадами СМП, а плановая помощь предоставляется

отсрочено в соответствии с «листами ожидания».

Оказание стационарной медицинской помощи проводится в соответствии с программой государственных гарантий, утвержденной министерством здравоохранения Каталонии. Превышение объемов медицинской помощи не оплачивается бюджетом, в связи с чем учреждения здравоохранения заинтересованы в планировании своей деятельности строго в рамках утвержденной программы. Больница заключает контракт на оказания медицинских услуг с CatSalut, логика которого определяется «принципом водопада», т.е. главный врач доводит контракт на услуги до заведующего, заведующий до конкретного врача, задачей которого является оказать медицинскую услугу в соответствии со стандартами и минимизировать риски осложнений. В результате, чем качественней оказана услуга, чем больше средств зарабатывает учреждение, так как не несёт потери финансовых ресурсов на лечение осложнений заболевания.

«Листы ожидания» являются средством планирования исполнения государственного задания и мера эта скорее вынужденная, так как обусловлена недостатком финансирования. Так как, ожидание по некоторым видам медицинской помощи затягивается надолго. Так, время нахождения в «листе ожидания» на простатотомию составляет в среднем 62 дня, а на операцию по замещению тазобедренного сустава – 123 дня. Средняя продолжительность ожидания пациентом плановой хирургической операции составляет 73,1 день (данные клиники Матаро).

Существуют профили заболеваний, при которых очередность отсутствует, так как отсроченность оказания медицинской помощи приведёт к неблагоприятному эффекту для здоровья пациента, такими профилями являются онкология и кардиология.

Стационарная реабилитационная помощь в Каталонии оказывается в социо-реабилитационных центрах, куда направляются пациенты с тяжёлыми, затяжными формами хронических заболеваний и в

медицинских реабилитационных центрах, наиболее ярким представителем из которых является институт Гуттманна.

Основная идеология института Гуттмана заключается в ранней активной реабилитации больных с поражением спинного и головного мозга. Работа с пациентом начинается с самого момента травмы и до конца жизни пациента.

Реабилитация проводится при следующих нозологических формах:

- поражение головного мозга 44 %;
- спинного мозга 49 %;
- детская реабилитация 7%.

Ведется индивидуальная работа с каждым пациентом по принципу междисциплинарных групп. Фактически пациент находится в реабилитационном процессе 24 часа в сутки, в течение дня меняются формы реабилитации: механотерапия, ЛФК, спортивные секции, социально-психологическая реабилитация, досуг и т.д.

Основными принципами работы института Гуттманна являются профессионализм, человечность и теплое отношение к своим пациентам.

Институт активно ведёт научную работу в области нейрореабилитации и сотрудничает с ведущими мировыми университетами, ежегодно на базе института Гуттмана проходят стажировку врачи различных стран.

2.7. Прочее.

Архитектура лечебных учреждений Каталонии продиктована стилем двух архитектурных команд, в связи с чем все лечебные учреждения, осмотренные в процессе стажировки, во многом имеют сходный дизайн.

Здания больниц имеют просторные холлы и коридоры, кабинеты специалистов не превышают 12 м². Отделка учреждений производится преимущественно огнеустойчивым пластиком, причем качество материала довольно высокое и устойчивое к внешним повреждениям.

Большой интерес вызвало проектное решение размещения рентген-аппаратов, компьютерных и МР-томографов, а так же линейных ускорителей, так они располагаются на достаточно небольших площадях, за счёт применения современных материалов, поглощающих рентген и радиоактивное излучения.

Стоит отметить интересные решения по управлению больниц консорциумами, а также внешний контроль качества медицинской помощи внешними организациями путём социологических опросов. Основными критериями эффективной системы здравоохранения являются не смертность и заболеваемость, а удовлетворенность населения медицинской помощью и средняя продолжительность жизни населения.

Лабораторная диагностика в Испании централизована (как правило, в частных руках) и фактически предоставляет услуги больницам путем аутсорсинга по заключенным контрактам.

Все учреждения здравоохранения Испании широко используют информационные технологии, в результате чего решены многие вопросы, которые занимают достаточно много времени в жизни Российского врача, и позволяют оперативно собирать и обобщать статистическую информацию.

В целом испанцы довольны своей системой здравоохранения. Почти 60% населения оценивают ее позитивно: это второй по величине уровень поддержки в Европе (первое место занимает Франция). Соответственно, реформа здравоохранения для среднестатистического испанца не относится к самым насущным вопросам. Лишь примерно 46% граждан страны считают реформу «насущно необходимой», а 35% - «желательной». Кроме того, испанцы меньше привержены рыночным методам в здравоохранении, чем население большинства других европейских стран. Лишь 42% респондентов считают, что пациентом было бы удобнее оплачивать медицинские услуги из собственных средств, и не более 58% думают, что качество медицинской помощи повысится, если потребителям

будет предоставлен большой контроль над расходами на здравоохранение. Тем не менее испанцы хотели бы иметь больше свободы в плане выбора врачей и больниц, и убеждены, что государству следует активнее решать проблему «листов ожидания».

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

3.1. Внедрение организационно-управленческих технологий.

Организационная структура управления здравоохранением Испании и Каталонии во много сходна с Российской моделью, где также субъекты Российской Федерации наделены большинством полномочий в сфере здравоохранения и самостоятельно принимают решение об дополнительных объемах финансирования (за исключением высокотехнологичных видов медицинской помощи). По сути, действующая в Испании схема управления системой здравоохранения представляла интерес до принятия федерального закона «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации». Вместе с тем, грантовая система финансирования регионов по подушевому принципу и с учетом демографической ситуации без целевого расходования средств на мой взгляд оправдана и во-первых позволяет решать региону острые вопросы в сфере здравоохранения самостоятельно, а во-вторых повышает ответственность региональной власти перед центральным правительством. Внедрение данного типа финансирования здравоохранения в Российской Федерации, без контроля целевого использования средств, позволило бы упорядочить систему планирования развития материально-ресурсного развития учреждений здравоохранения в субъектах Российской Федерации с учётом специфики региона, а так же сняло бы ряд бюрократических барьеров (пример: в случае функционирования данной системы финансирования была бы исключена процедура согласования программ модернизации здравоохранения, которая была затянута до марта 2011, а по некоторым субъектам до мая месяца, из-за достаточно сложной процедуры согласования со всеми структурными подразделениями Министерства здравоохранения и социальной защиты Российской Федерации).

3.2. Предложения по совершенствованию кадровой подготовки.

Основной отличительной чертой в системе подготовки кадров является более пролонгированный срок обучения специалистов, вместе с тем в соответствии с государственной политикой в сфере здравоохранения федеральным Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации предусмотрено увеличение срока подготовки специалистов с высшим медицинским образованием с 1 года до 2-4 лет, т.е. данная проблема в РФ уже решается.

Считаю необходимым внедрить систему рейтинговой оценки молодых врачей после окончания высшего учебного заведения, что позволит выбирать профессию самостоятельно только действительно «сильным», высококвалифицированным врачам, а остальные врачи будут направляться на специализацию по остаточному принципу. Кроме того, введение рейтинговой оценки по итогам постдипломной подготовки позволит укомплектовывать высокотехнологичные учреждения здравоохранения квалифицированными кадрами, а врачей с меньшим рейтингом направлять в сельские районы.

Так же считаю оправданным введение высшего образования для медицинских сестер, так как программа высшей школы повысит авторитет профессии медицинской сестры и позволит подготовить более квалифицированных медицинских сестер, способных забрать часть врачебных функций на себя.

Кроме того, считаю перспективным в ведение в Российской Федерации профессии медицинских техников, с их подготовкой на базе нынешних средних медицинских учебных заведений. Медицинские техники позволят решить проблему обеспеченности кадрами в лабораторной диагностике, рентгенологии, скорой медицинской помощи и реабилитологии.

В целях повышения престижа профессии необходимо довести базовый уровень заработной платы в медицинской отрасли до

среднеевропейского уровня (в месяц: врач - 4,5 тысяч евро, медицинская сестра - 2 тысяч евро, младший персонал - 1,5 тысяч евро), причём оплата труда должна быть ориентирована на работу в команде и общий результат.

3.3. Совершенствование первичной медицинской помощи.

Считаю необходимым взять за основу профилактические подходы в первичном звене, которые осуществляются в Испании, так как подушевой принцип финансирования в первую очередь мотивирует врача на сохранение здоровья прикрепленного населения и профилактику развития заболеваний. Дополнительное финансирование профилактической работы врача и среднего персонала позволит существенно их мотивировать, как следствие повысится качество профилактической работы.

Кроме того, считаю положительным опыт расширения профессиональных компетенций в первичном звене медицинских сестер, которые самостоятельно консультируют пациентов, дают рекомендации, проводят диагностические манипуляции, посещают пациентов на дому и в случае необходимости привлекают для консультации и коррекции лечения врача.

Отдельно хочу ответить положительный опыт Испанского здравоохранения по организации залов ожидания приёма пациентов, пациенты ожидают приём в комфортных условиях в просторных холлах. Создание условий для комфортного ожидания приёма врача во многом позволяет сгладить негативное представление о поликлиническом звене, так как основные жалобы пациентов в Российской Федерации связаны с отсутствием сервисности в учреждениях здравоохранения.

Система «листов ожидания» с одной стороны удлиняет очередность к врачу, с другой стороны делает систему приёма специалистов максимально прозрачной и позволяет убрать коррупционность. Внедрение системы «листов ожидания» в Российской Федерации на первом этапе вызовет негативизм со стороны пациентов. Вместе с тем,

постоянная разъяснительная работа с населением, в том числе через средства массовой информации, позволит оптимизировать процесс приёма и обеспечить стройную систему маршрутизации потоков пациентов. Основным риском внедрения данной системы является рост сроков ожидания, в связи с чем необходимо сопоставить кадровую обеспеченность с потребностями населения в получении диагностических исследований и консультаций врачей специалистов.

Кроме того, считаю необходимым усилить «командную» составляющую в первичном звене, все участники процесса оказания медицинской помощи (врачи, медицинские сестры, техники, помощники) должны быть ориентированный на единый результат – скорейшее выздоровление пациента.

Отдельно необходимо рассмотреть вопрос о создании в Российской Федерации социо-реабилитационной службы при первичном звене, а так же службы по обслуживанию пациентов геронтологического профиля.

3.4. Развитие службы скорой медицинской помощи.

В целях развития скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации считаю целесообразным централизовать службу по схеме применяемой в Каталонии: в субъекте Российской Федерации создаётся единый call-центр, который принимает звонки по всему субъекту. Диспетчер центра работает строго по алгоритму и принимает 2 решения: направить бригаду скорой медицинской помощи или переключить звонок на врача (фельдшера). Для внедрения данной схемы необходимо провести информатизацию службы скорой медицинской помощи, в рамках которой оснастить рабочие места диспетчеров, приемных стационаров, персональные рабочие места в автомобилях скорой медицинской помощи, а так же оснастить автомобили системами спутниковой навигации. Одним из рисков реализации данного направления является наличия «белых пятен на карте», т.е. зон с

неуверенным приёмом сотовой связи формата GSM. Выход – проведение работы с операторами сотовых сетей, мотивирование операторов на инвестирование в инфраструктуру.

Кроме того, необходимо провести организационные и кадровые преобразование кадрового состава службы скорой медицинской помощи, а именно подготовить профессиональных диспетчеров, усилить диспетчерскую службу врачами и средними медицинскими работниками.

Оставить врачей только в составе реанимационных бригад. Ввести специальность техник скорой медицинской помощи.

Кроме того, в целях развития санитарно-авиационной помощи целесообразно включить в ресурсы скорой медицинской помощи санитарные вертолёты из расчета 1 вертолёт на 1,5 млн. населения или на 40 тысяч км².

Так же считаю положительным опытом организацию единого телефона консультативной службы по всем вопросам здравоохранения, создание данной службы позволит существенно разгрузить лечебные учреждения и управленческий аппарат системы здравоохранения, за счет перераспределения на данную службу потоков звонков по административным вопросам, а также разгрузить первичное звено от пациентов, нуждающихся лишь в устной консультации.

3.5. Совершенствование стационарной службы.

Учитывая, что 80 % стационаров в Каталонии представлены частным сектором, считаю целесообразным проработать вопрос о привлечении в субъекты Российской Федерации частных инвесторов для строительства многопрофильных учреждений здравоохранения с последующим доведением до них государственного задания. Привлечение частных инвесторов позволит в короткие сроки построить на территории субъектов Российской Федерации современные медицинские центры, оснащенные высокотехнологичным медицинским оборудованием в соответствии с

порядками оказания медицинской помощи. В данном случае региональные власти будут выступать заказчиками медицинской услуги, соответственно проще купить услугу у инвестора, чем инвестировать огромные денежные средства на строительство лечебных учреждений. Гораздо целесообразней минимизировать коечный фонд в государственных учреждениях здравоохранения, что позволит привести его к современным санитарным нормам и правилам. Основное отличие стационарных (как и амбулаторных) подразделений учреждений здравоохранения в Испании заключается в наличии достойных условий для пребывания больного, другими словами сервисность, т.е. предоставление качественного сервиса. Предоставление медицинских услуг в рамках государственного задания в Испании полностью исключает софинансирование данных услуг за счёт средств пациента, единственное, за что может доплатить пациент – сервис. Если пациент желает платить за медицинские услуги, то ему предлагается обратиться в частный центр, где ему будет оказана медицинская помощь, включающая медицинские услуги сверх государственного задания. В настоящее время в Российской Федерации проблема софинансирования платных услуг в государственных учреждениях звучит повсеместно. Предложенная выше схема полностью упорядочивает процесс расчетов между врачом и пациентом, соответственно делает её прозрачной.

Кроме того, целесообразно перенять опыт Испании по формированию санитарной карты территорий, исключающей дублирование учреждений здравоохранения – любой ресурс должен работать эффективно 24 часа в сутки. Также целесообразно формировать не отдельные профильные центры, а крупные многопрофильные лечебные учреждения, позволяющие оказать помощь пациенту по любому направлению, вне зависимости от течения болезни и её осложнений.

На сегодняшний день реабилитационная служба в Российской Федерации носит фрагментарный характер, в связи с чем считаю целесообразным перенять опыт работы института Гуттмана, принцип

которого круглосуточная реабилитационная среда для пациента. Внедрение опыта института Гуттмана, на мой взгляд, возможно только формированием в субъектах междисциплинарных бригад и направлением их на стажировку в данное учреждение, с последующим приглашением специалистов института Гуттмана непосредственно реабилитационные базы субъектах российской Федерации для реализации концепции нейрореабилитации непосредственно на месте.