

**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: Крук Евгений Александрович

Страна стажировки: Королевство Испания

Москва, 2011

Раздел 1. Информационная часть

- 1.1. Наименование образовательной программы: Управление в сфере здравоохранения
- 1.2. Фамилия, Имя, Отчество слушателя: Крук Евгений Александрович
- 1.3. Регион, место работы, должность: Томская область, ОГБУЗ «Томский областной кожно-венерологический диспансер», главный врач
- 1.4. Наименование выполненного в рамках программы Проекта: Современный подход к организации оказания специализированной медицинской помощи пациентам дерматовенерологического профиля
- 1.5. Сроки и место проведения зарубежной стажировки: 27.11.2011 – 10.12.2011, Королевство Испания
- 1.6. Дополнительная информация:

Считаю необходимым отметить, что в ходе стажировки предоставлялась возможность достаточно полно ознакомиться с организацией здравоохранения Испании на примере автономной области Каталония.

Так же считаю немаловажным предоставленную возможность обсуждения вопросов организации здравоохранения с руководителями учреждений здравоохранения представляющих различные регионы Российской Федерации – от Калининградской области до Приморского края.

В период пребывания в Испании в Российской Федерации состоялись выборы депутатов Государственной Думы Федерального собрания Российской Федерации VI созыва. Необходимо отметить, что участники стажировки из Томской области голосовали 04.12.2011 года в Консульстве Российской Федерации в Барселоне.

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

Королевство Испания (Испания) – государство на юго-западе Европы. Испания – конституционная монархия. Глава государства – король, в настоящее время – Хуан Карлос I. Население Испании составляет 46,16 млн. человек (октябрь 2011). Городское население – 76 %. Плотность населения – 79,7 чел./км². Испания состоит из 50 провинций, входящие в 17 автономных областей. Также в составе Испании находятся 2 так называемых автономных города в Африке – Сеута и Мелилья.



Социально-демографические характеристики Испании:

- площадь: 504750 кв.км.;
- население (2011 год): 46 015 964 человек;
- продолжительность жизни (2011 год): 83,5 лет;
- рождаемость (2004 год): 10,6/1000;
- общая смертность (2004 год): 8,7/1000;
- младенческая смертность (2004 год): 3,5/1000;
- ВВП на душу населения (PPP 2006 год): 27.522 USD;
- государственные расходы на здравоохранение в % от ВВП – 5,4%.

Основные реформы в стране произошли после падения диктатуры Франко в 1975 году. В 1977 году началась реформа социального обеспечения, в частности проведено отделение социальных услуг от услуг здравоохранения. В декабре 1978 года вступила в силу новая конституция. В 1979 году Каталония получила статус автономной области. В 1981 году проведена децентрализация государственных полномочий, в ходе которой произошла передача этих полномочий всем автономным областям. В каждой области сформировали свой парламент и министерство здравоохранения. Министерство здравоохранения Испании решает только вопросы базового законодательства и координации, финансирования, определения гарантированного объема медицинской помощи населению, фармацевтической политики, политики по охране здоровья, требования к образованию специалистов. Министерству здравоохранения автономных областей доведены широкие полномочия по организации и финансированию, определению организационной структуры системы здравоохранения, аккредитации и планированию деятельности учреждения здравоохранения, закупке и предоставлению медицинских и фармацевтических услуг населению.

Принципы государственной системы здравоохранения:

- финансируется из налоговых отчислений;
- широкие полномочия переданы на уровень автономных областей;
- всеобщий охват медицинской помощью;
- свободный доступ к медицинской помощи;
- бесплатно может быть оказана вся помощь, исключая:
 - стоматологию (бесплатно стоматологическая помощь оказывается детям до 14 лет, беременным в период беременности и больным страдающим сахарным диабетом 1 раз в год);
 - регенеративную медицину (эстетическая медицина), при отсутствии медицинских показаний;

- расширенный диапазон государственных услуг;
- софинансирование затрат на фармацевтические продукты;
- в основном (80%) услуги оказываются государственными учреждениями.

Первой областью, которая занялась модернизацией здравоохранения, была Каталония. На примере данной области мы рассмотрим организацию медицинской помощи в Испании.

География Каталонии. На севере Пиренеи являются естественной границей Каталонии с Францией и Андоррой, на западе Каталония граничит с регионом Арагон, на юго-западе с Валенсией.

Значимыми городами в Каталонии, кроме Барселоны, являются Таррагона, Льейда, Жирона, Манреса, Игуалада, Марторель, Терраса и Сабадель.

Побережье: 580 км. Побережье разнообразное и характеризуется многочисленными пляжами. В Каталонии расположены несколько значимых заповедников Испании, в основном на севере.

Территориальное деление. Каталония делится на 4 провинции (Барселона, Таррагона, Льейда, Жирона), разделённые на 41 округ.

Население Каталонии насчитывает 7,2 миллионов человек. Около 65 % из них этнические каталонцы. Плотность населения Каталонии стала самой высокой в Испании – 225 человек на кв. км (2007), Барселона – 2000 человек на кв. км.

Площадь – 31 950 км². Столицей автономного сообщества является город Барселона. Продолжительность жизни - 83,6 лет. Рождаемость (2004) - 11,41/1000. Общая смертность (2004) - 8,9/1000. Младенческая смертность - 2,87/1000. Туризм - 22669000 туристов в год. Государственные расходы на здравоохранение в % от ВВП – 4,7%.

К 80-м годам здравоохранение Каталонии находилось в весьма плачевном состоянии. Это было связано с низким уровнем жизни населения, низкой продолжительности жизни, высокой материнской и младенческой

смертности. На территории области располагалось 144 лечебных учреждений, медицинская помощь в которых была низкого качества. В 1984 году был принят закон Каталонии о санитарных картах. Санитарные карты предполагали деление территории Каталонии на санитарные зоны с определенным количеством проживающего населения (от 45000-50000) с учетом транспортной доступности и географического расположения. Было определено, что для обеспечения качественной медицинской помощи, отвечающей современным требованиям, необходимо:

- 65 госпиталей;
- 408 поликлиник, оказывающих первичную медицинскую помощь для обеспечения качественной медицинской помощи.

При этом 20% учреждений стало государственными, остальные остались негосударственными. Законодательно было закреплено, что количество медицинских учреждений не подлежит изменению. До 1990 года был определен переходный период, во время которого медицинские учреждения, готовые быть поставщиками медицинских услуг и работать по государственным контрактам, должны были аккредитоваться и окончательно подготовить базу для оказания медицинских услуг по предъявленным требованиям Министерства здравоохранения Каталонии.

Исторические этапы финансирования здравоохранения:

- 1980-1990-е годы: было определено количество койко-дней и посещений, которое должна была выполнить система в целом. При этом были определены количественные показатели качества лечения в стационаре, а именно - среднее количество койко-дней. До 86-го года данный показатель составлял 17,3 койко-дня. Министерством здравоохранения Каталонии был определен порог не более 14 койко-дней. Причем ежегодно данный показатель уменьшался и к 2000-му году стал составлять 5,7 койко-дня. Это позволило создать условия, при которых учреждения заинтересованы в улучшении качества своих услуг для снижения времени нахождения

пациента в стационаре. Эти решения сделали возможным дальнейшее реформирование в системе здравоохранения Каталонии.

- 1990-2001-е годы: финансирование по посещениям и по законченному случаю лечения в стационаре с указанием среднего срока лечения. При этом Министерство здравоохранения Каталонии, проведя исследования и определив слабые места, стал доводить дифференцированные задания. Из структуры задания были выделены обязательные для выполнения операции, оплата которых производилась по отдельному тарифу. Для примера - в 1990-х годах сформировалась проблема с глаукомой и операциями по протезированию на тазобедренном суставе. Министерством здравоохранения Каталонии было доведено минимальное количество данных операций. При этом перевыполнение установленного плана не оплачивалось, а невыполнение наказывалось. Такими методами формировалось правильное понимание учреждениями условий выполнения государственного задания.

- в 2001 году – поликлиники стали финансироваться по прикрепленному населению, госпитали по законченному случаю в стационаре, без учета койко-дней. Финансирование учреждений, оказывающих стационарную медицинскую помощь, без учета койко-дней, привело к внедрению современных технологий: НОТЭС, роботизированную хирургию он-лайн, пересадку органовокомплексов, выращивание кожи, создало условия для снижения среднего времени пребывания больного в стационаре до 4-х суток. Поликлиникам стало выгодно своевременно, на ранней стадии, выявлять больных, проводить адекватное профилактическое обследование прикрепленного населения.

Ежегодно Правительство Каталонии из средств, полученных от Правительства Испании, выделяет часть на здравоохранение и передает их в ведение Министерства здравоохранения Каталонии. Министерство в свою очередь, через страховую компанию КАТСАЛЮТ (Servei Catala de la Salut), являющейся отделом министерства, осуществляет закупку медицинских и

фармацевтических услуг, а также определяет структуру расходов. В 2011 году бюджет здравоохранения Каталонии выглядел следующим образом.

Общее финансирование 11,4 миллиардов евро. Из них:

- стационарное лечение – 56,93%;
- первичная медицинская помощь – 20,66%;
- медицинская транспортировка и неотложная помощь – 14%;
- медикаменты в госпиталя 6,32%;
- лечение больных, страдающих хроническими заболеваниями – 4,85%;
- охрана психического здоровья – 4,55%;
- помощь при почечной недостаточности – 1,26%;
- реабилитация – 0,47%;
- оксигенотерапия – 0,42%;
- прочие специализированные службы – 0,4%.

К 2011 году динамика финансирования здравоохранения Каталонии представляется следующим образом.

Таблица 1. Динамика финансирования

Динамика бюджета здравоохранения	2003	2007	2011
Население	6 506 440	7 324 047	7 600 000
Бюджет	5,6 млрд. евро	8,8 млрд. евро	11,4 млрд. евро
Отношение бюджета к ВВП	3,6%	4,2%	4,7%
Государственные расходы на душу населения	860 евро	1184 евро	1480 евро
Частные расходы на душу населения	363 евро	470 евро	580 евро

Представленные данные свидетельствуют об очень высоком уровне финансового обеспечения здравоохранения Каталонии.

Уровень финансирования позволил внедрить информационные системы в здравоохранении, что в свою очередь позволило вести

медицинскую документацию исключительно в электронном виде, а это дало возможность оперативно систематизировать получаемые данные и быстро реагировать на изменяющиеся условия.

У поставщиков медицинских услуг имеется договор с Катсалют, заключенный через конкурсные процедуры, на предоставление медицинских услуг населению, в котором оговариваются объемы финансирования и количество данных услуг. На территории Каталонии только 20% медицинских организаций являются государственной собственностью. 70% негосударственные муниципальные учреждения, предприятия принадлежащие кооперативу врачей, религиозным организациям и т.д. 10% - частные медицинские организации, не аккредитованные для работы по государственным заказам (Рис. 1).

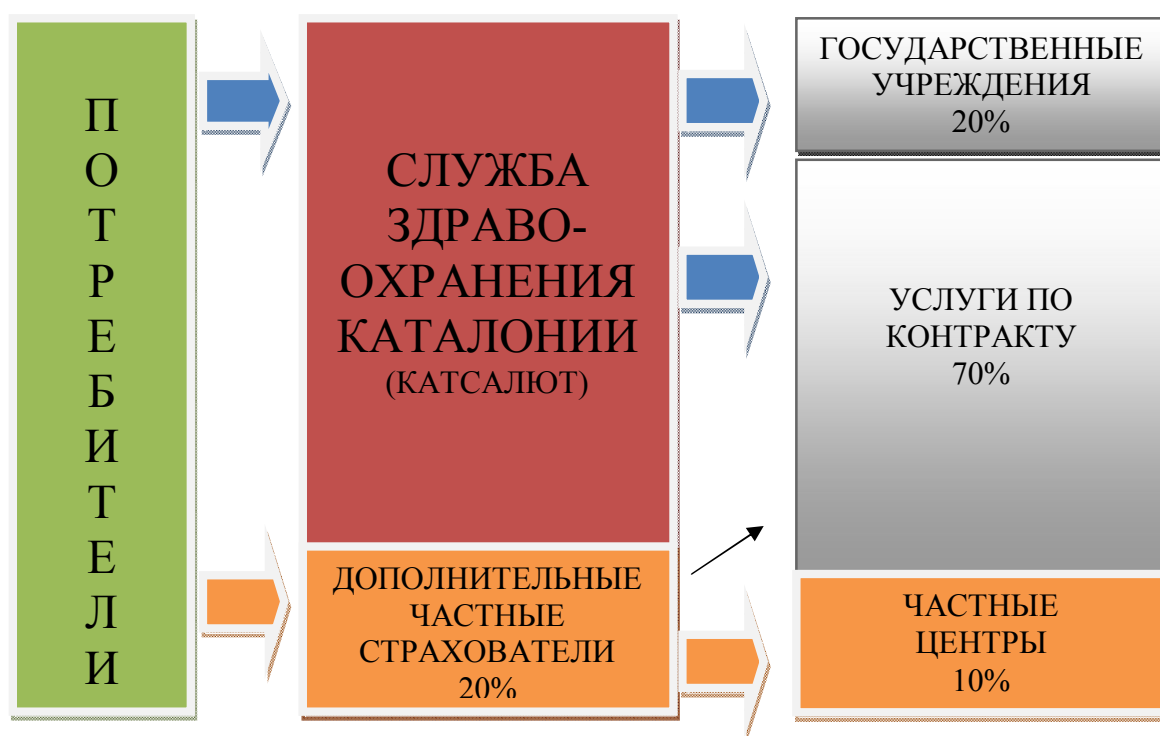


Рис 1. Схема системы здравоохранения Каталонии.

В Испании существует немало страховых медицинских компаний. Они предоставляют широкий спектр страховых полисов: индивидуальные, семейные, с разной величиной оплачиваемых услуг. Каждая компания имеет

сеть клиник и госпиталей, а также врачей частной практики, которые заключают с ней договора на обслуживание пациентов. Если пациент обращается в клинику, с которой у страховой компании не подписан договор, клиент сам оплачивает лечение, а потом компания возвращает его полную или частичную стоимость в зависимости от условия страховки.

Государственные медицинские учреждения налогов не платят. Сотрудники указанных учреждений являются государственными служащими. Необходимо отметить, что медицинские сестры являются специалистами с высшим образованием и по уровню подготовки находятся между фельдшером и врачом.

В данный момент система здравоохранения Каталонии включает в себя:

- 65 госпиталей;
- 408 амбулаторий первичной помощи;
- 374 психиатрических отделений и клиник;
- 327 специализированных отделений;
- 133 наркологических отделений и клиник;
- 3159 аптек;
- служба экстренной медицины с единым номером 061.

Организацию первичной помощи рассмотрим на примере барселонской амбулатории первичной помощи Vallcarca. Поликлиника представляет собой 2 отдельно стоящих четырехэтажных здания типовой постройки с филиалом в районе горы Тибидабо.

В данной амбулатории ведут прием:

1. работники, выполняющие государственные услуги:

- врачи общей семейной практики – 29;
- педиатры – 7;
- медицинская сестра – 18;
- стоматолог – 4;
- вспомогательный мед персонал – 4;

- социальный работник – 1;
 - административный и обслуживающий персонал – 12;
2. Работники, выполняющие услуги за счет средств граждан:
- подолог (специалист по заболеваниям стопы) – 1;
 - стоматологи.

Амбулатория оказывает помощь 55000 прикрепленного населения. Обслуживаемая территория имеет сложную географическую характеристику из-за гористой местности и разделана на 28 терапевтических участков. За каждым участком закреплен врач семейной практики с числом обслуживаемого населения 1800. Территория также поделена на 7 участков с количеством детей 1200 на одного педиатра. Врач в день принимает 20 пациентов. Одна медицинская сестра приходится на 2-х врачей, хотя обычной практикой для здравоохранения является 1 медсестра на одного врача. При этом функциями медицинской сестры является прием пациентов с хроническими заболеваниями, контроль проведенных лечебных мероприятий и т.д. Медицинская сестра имеет свой смежный кабинет и ведет свою отдельную запись. У каждой медицинской сестры помимо основных задач имеется дополнительная (проведение семинаров с населением о вреде табакокурения, наркомании, профилактика гиподинамии, нарушения питания т.д.). Сотрудники амбулатории ежемесячно выпускают газету для пациентов и размещают информацию на сайте амбулатории. В свободном доступе размещают буклеты, активно осуществляют вакцинацию по календарю прививок.

Вся медицинская документация ведется в электронном виде. Это база данных о социальном статусе пациента, анамнезе жизни, сведения о предыдущих обращениях в медицинские учреждения, сведения о принимаемых лекарственных средствах, дневниковые записи, результаты лечения, данные о лабораторных и инструментальных исследованиях и другая необходимая медицинская информация, в том числе информация о

смерти больного. Пациент без первичного обращения к семейному врачу не может попасть на прием к узкому специалисту, пройти амбулаторные и инструментальные исследования, получить плановое стационарное лечение.

Важной обязанностью врача и одной из важнейших социальных гарантий является выписка рецептов на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения на льготных условиях.

Порядок выписывания рецептов на лекарственные средства и изделия медицинского назначения, вопросы ценообразования в фармации, сотрудничество с производителями и дистрибьюторами лекарственных средств нами изучено совместно с заместителем начальника Министерства здравоохранения Каталонии госпожой Неус Рамс.

Дети до 14 лет, беременные, пациенты страдающие сахарным диабетом и онкологическими заболеваниями, а также лица, старше 65 лет получают лекарственные средства бесплатно. Все остальные категории граждан лекарственные средства и изделия медицинского назначения с оплатой за них в размере 40%, при условии получения рецепта у специалиста, работающего в учреждении, аккредитованном для выполнения государственного задания. Рецепт, выписанный у частнопрактикующего врача, оплачивается 100% из средств пациента. Рецепт выдается в электронной форме путем внесения в соответствующую программу с указанием режима приема ЛС и количества упаковок к выдаче. Пациент имеет право обратиться за получением выписанного лекарственного средства в любую аптеку Каталонии. Аптека находит данный рецепт в базе данных при помощи единой электронной социальной карты, имеющейся у каждого пациента, и по нему выдают лекарство. Остальные 60% стоимости финансирует Катсалют.

На территории Каталонии расположено 65 госпиталей, аккредитованных Министерством здравоохранения Каталонии, имеющих материально-техническую базу и специалистов, прошедших жесткую систему стандартизации. Рассмотрим данный вид помощи на примере госпиталя SANT PAU (Рис.2).

Организация плановой и экстренной медицинской помощи



Рис 2. Организация плановой и экстренной медицинской помощи.

Госпиталь имеет большую историю. Он был основан в 1401 году и его старое здание представляет собой памятник архитектуры мирового значения. В 1902 году он был значительно реконструирован под руководством архитектора Луиса Доминика Монтанера и до 2009 года существовал в таком состоянии. В 2009 году здания были переданы UNESCO, введено в эксплуатацию новое здание госпиталя. В нем оказывается вся специализированная стационарная и амбулаторная медицинская помощь. Госпиталь представляет собой пятиэтажное здание, построенное в виде пяти пальцев ладони. Краткая характеристика представлена в таблице № 2.

Таблица 2. Характеристика учреждения

Количество коек	608
Койки интенсивной терапии	64
Койки интенсивной терапии новорожденных	17
Койки дневного стационара	136

Боксы неотложной помощи	59
Операционных	18
Консультационные кабинеты	248
Компьютерные топографы	4
МРТ	3
Позиционно-эмерсионная томография	1
Гамма камера	3
Бункер с линейным ускорителем заряженных частиц	1

Амбулаторная помощь оказывается в здании типовой постройки, площадью 36000 кв.м. Стационарная помощь оказывается в 4 блоках, общей площадью 47000 кв.м. Основные показатели деятельности госпиталя представлены в таблице № 3.

Таблица 3. Показатели деятельности госпиталя Sant Pou за 2009 год

Количество госпитализаций	33859
Большие операции	23207
Хирургия без разрезов	7894
Роды	1694
Амбулаторные приемы	347768
Принятые по скорой	152379
Посетители дневного стационара	74348
Всего персонала	2901
Находящихся на обучении	276

На примере данного госпиталя мы видим, что вся специализированная помощь оказывается в одном месте. Основной его функцией является оказание скорой помощи и плановой специализированной стационарной помощи для амбулаторий. Все палаты, имеющиеся в госпитале, являются одноместными. Исключение составляют палаты, в которых предусмотрено нахождение матери и ребенка. При этом деления по специализации коек не

существует. Одна и та же палата может использоваться под различные профили заболеваний. Если в палате будет лежать инфекционный больной, то после него проводится дезинфекция и она может снова использоваться, даже как послеродовая палата. Универсальное оснащение палат позволило создать удобные условия для оказания медицинской помощи, быстрого перепрофилирования палат по нуждам учреждения, рационального использования коечного фонда.

Оказание скорой медицинской помощи.

В Каталонии скорую помощь осуществляет SEM (sistema d'emergencies mèdiques) финансируемая из средств Катсалют.

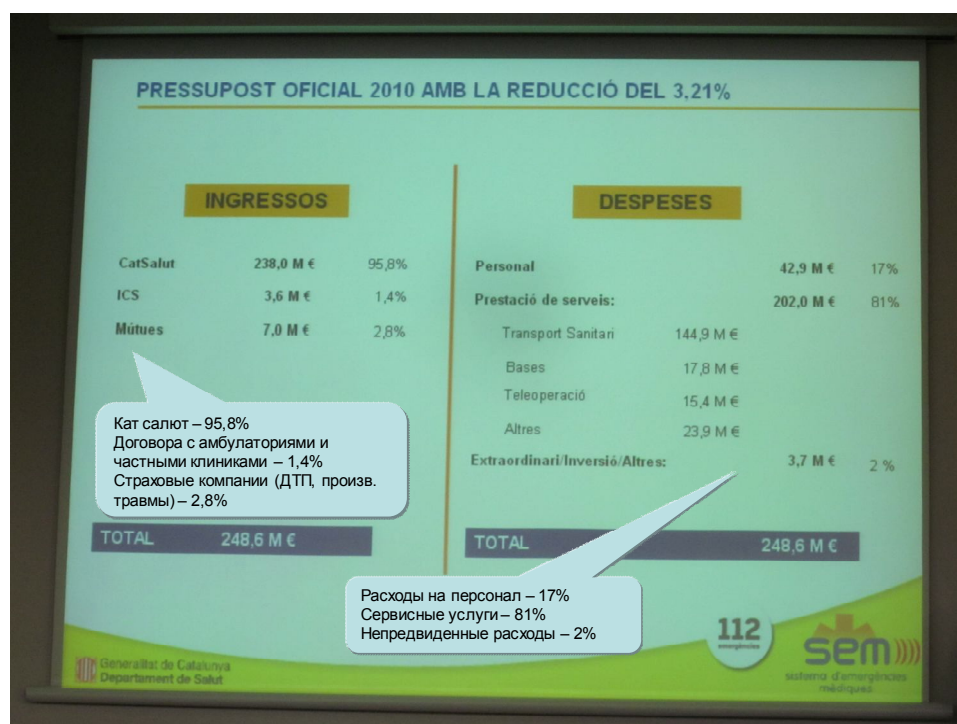


Рис 3. Финансирование и структура расходов SEM.

Финансирование SEM за работы не входящие в государственное задание осуществляется по договорам с амбулаториями и частными клиниками (запись на прием в амбулаторию, перевозка специалистов и др.). Кроме того, оказание медицинской помощи пострадавшим в ДТП и на

производстве проводится за счет средств страховых компаний, осуществляется обязательное страхование.

Данная служба была создана в 1986 году. На данный момент это большая организация имеющая несколько подстанций по всей Каталони, 4 вертолетной площадки, 422 единицы техники.

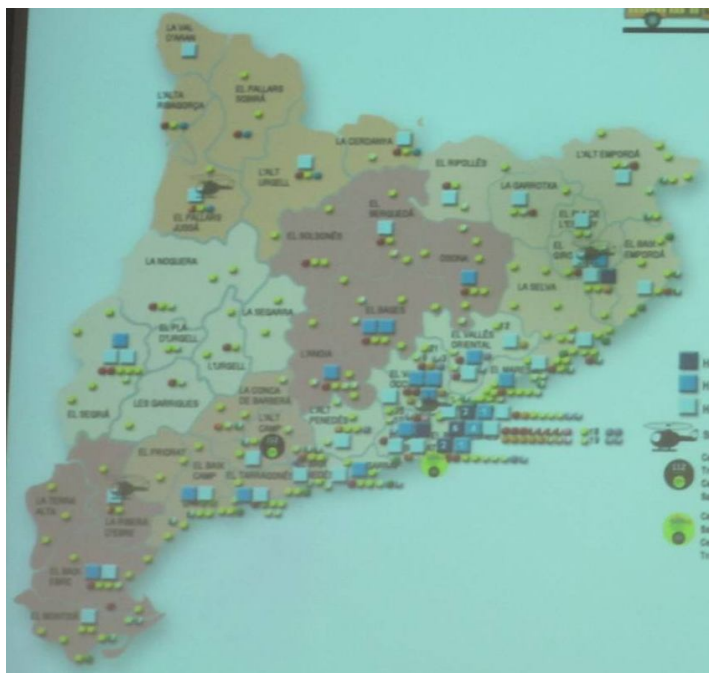


Рис 4. Размещение сил и средств SEM в Каталонии.

В данной организации работает 4500 человек. При этом устроено на ставку только 716 человек. Остальные выполняют услуги на правах аутсорсинга, т.е. по временному договору с их работодателем. Телефон 061 платный и существует для активации ресурсов, телефонного консультирования и записи к врачам в поликлинику. Автомобили и вертолетный парк не принадлежат непосредственно SEM. Они находятся на балансе у подрядной организации, которая в результате конкурсных процедур выиграла право предоставлять услуги по транспортировке. Эта же компания предоставляет услуги техника, водителя и гарантийного обслуживания автомобиля. Такое решение привело к тому, что автомобили с 2006 года не менялись и поставщик остается прежним.

Существует группа приоритетов с градацией выездов. Приоритет 0 – группа первостепенных выездов (инфаркт, инсульт, политравма, ДТП с пострадавшими). Приоритет 1 – ожоги, интоксикация, удушье, потеря сознания и др. Приоритет 2 – остальные состояния. За 2009 год количество звонков, поступивших в координационный центр составило - 1659532. Вызовов скорой помощи - 1105562. Потребовало активации ресурсов - 884697 случаев. В процентном отношении это выглядит так – в 35% случаев диспетчеру удалось решить проблему человека, обратившегося по телефону 061. В 65% обращений – был активирован ресурс. Под ресурсом понимается единица техники либо бригада, отличающаяся по составу. В составе бригады может быть: техник, медсестра, врач и медсестра, только техник для транспортировки. Отдельно сформированы педиатрические бригады.

В распоряжении SEM имеются вертолеты и автомобили разных классов и назначений (Рис 5.).

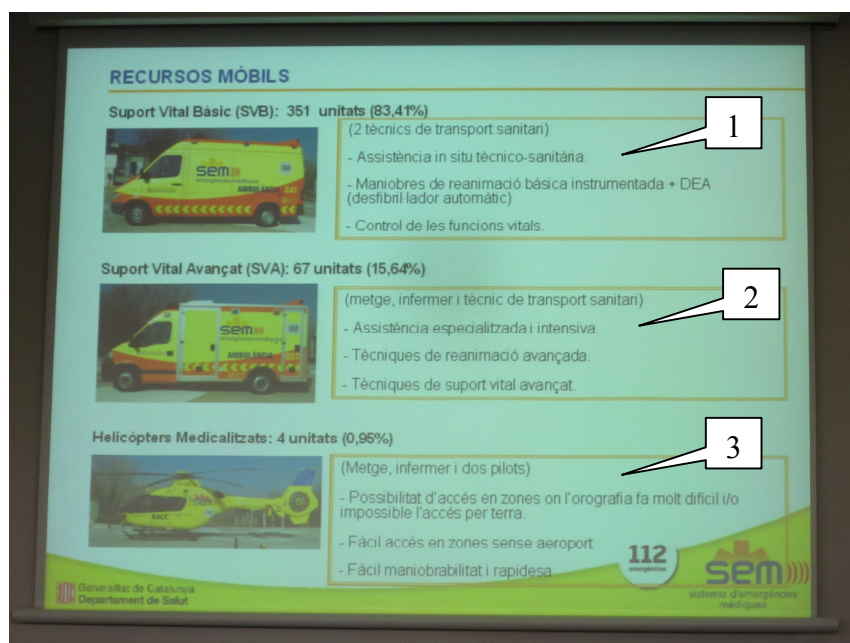


Рис 5. Транспортные средства SEM (1 – автомобиль для транспортировки, 2 – реанимобиль с оснащением для взрослых и реанимобиль для новорожденных с кюветами, 3 – санитарный вертолет).

Помимо этого у SEM имеются внедорожники, седаны, компактные авто, передвижные госпитали (инфекционный и травматологический).

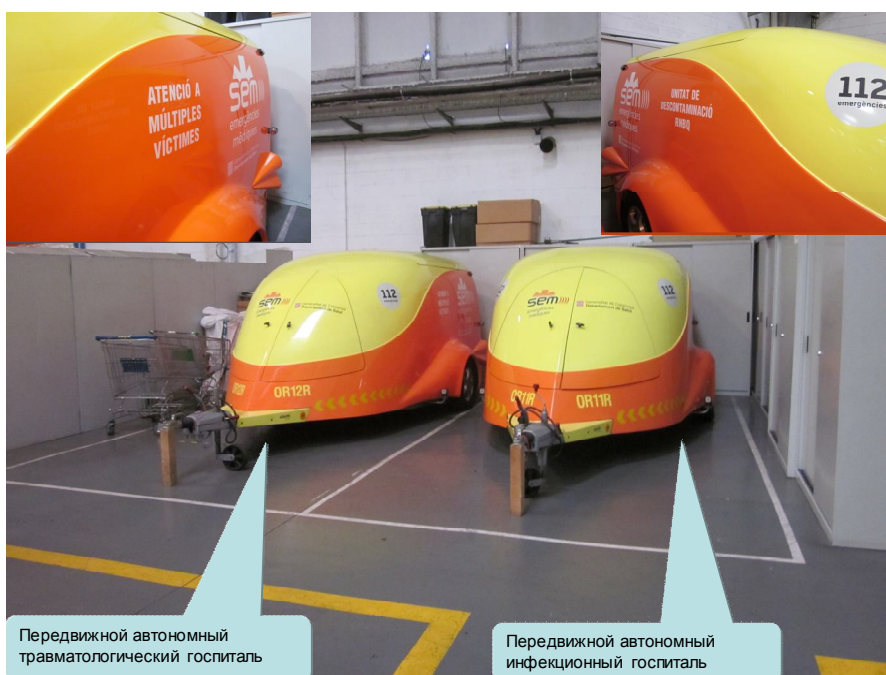


Рис 6. Передвижные госпитали (инфекционный и травматологический).

Отличительной особенностью SEM является быстрое маневрирование количеством персонала и предельно четким регламентом типа и количества направляемых бригад.

В SEM считают время от момента активации ресурса, время выезда и время прибытия бригады. Время активации может быть от -1 до 1 мин. Это означает, что ресурс может быть активирован до окончания разговора с вызывающим. Время выезда – время от момента активации ресурса до момента фактического выезда – не более 1 минуты. Время прибытия нормативом не определено. При этом данный показатель является переменным при оплате услуг подрядной организации. Чем короче данный показатель, тем больше доплат получит подрядная организация.

Основным показателем качества оказания медицинских услуг является удовлетворенность потребителей данных услуг. Это определяется несколькими показателями, ежегодно сравнивая которые, руководство

лечебных учреждений и Катсалют реорганизуют свою работу. На 2010 год показатель удовлетворенности населения медицинскими услугами по результатам анкетирования составлял 83%. Другими показателями качества является средняя продолжительность жизни, младенческая и материнская смертность.

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

В ходе проведения стажировки был изучен опыт организации медицинской помощи на уровне автономной области Каталония. Проведя анализ полученных в ходе стажировки сведений по организации оказания медицинской помощи, мной подготовлены предложения, которые можно использовать в ходе реализации программ модернизации социальной сферы в Российской Федерации.

Ниже будут даны рекомендации по 2 направлениям: в области организации реабилитации и внедрения информационных технологий в здравоохранении.

В статье 40 федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» принятого Государственной Думой Российской Федерации подчеркнута важность медицинской реабилитации. В связи с чем, считаю необходимым остановиться на вопросах организации реабилитации. В ходе стажировки мы посетили институт GUTTMAN в городе Бадалона, расположенного в 10 километрах от Барселоны. Внешний вид института представлен на рисунках 7 и 8.



Рис 7. Внешний вид института.



Рис 8. Внешний вид института.

Основным направлением работы института является медицинская и социальная реабилитация. Институт был основан в 1965 году Гильермо Гонзалесом Гилби, который в результате несчастного случая стал инвалидом и основной своей задачей поставил организацию реабилитационной помощи людям с инвалидизирующими травмами головного и спинного мозга. Для этого он пригласил из Англии Людвиг Гуттманна, который в то время занимался реабилитацией лиц, пострадавших во время военных конфликтов. Основным его девизом было «Я сделаю из инвалида налогоплательщика». Это и стало основополагающей целью и смыслом работы института, сохранившейся и по сей день. Это был первый реабилитационный госпиталь Каталонии. В задачу его входило интегрировать в общество инвалида.

В настоящее время институт располагается в отдельно стоящем трехэтажном здании, построенном в 2001 году с общей застройкой 17 000 кв.м.

Здание было построено по типовому проекту, специально адаптированному для реабилитации взрослых и детей с поражением спинного и головного мозга, опорно-двигательного аппарата. Институт аккредитован Министерством здравоохранения Каталонии для работы по выполнению государственного задания. Институт Гутмана финансируется из средств Катсалют и ежегодно получает 25 миллионов евро. Помимо этого оказывает платные услуги для граждан, не являющихся гражданами стран Евросоюза.

В структуру центра входит:

- палаты дневного пребывания;
- палаты круглосуточного пребывания;
- палаты для детей с родителями;
- отделение реабилитации;
- хирургическое отделение;
- отделение амбулаторного приема;
- отделение профессиональной переподготовки;
- научно-исследовательский отдел;
- отдел социальной реабилитации.

В 2010 году институт провел реабилитацию 860 пациентов в условиях стационара круглосуточного пребывания, в амбулаторных условиях пролечено 518 пациентов. Проведена 381 операция.

Штат сотрудников составляет около 400 человек. В штате имеются врачи следующих специальностей - неврологи, пластические хирурги, нейрохирурги, хирурги-ортопеды, торакальные хирурги, сосудистые хирурги, стоматологи, кардиологи, офтальмологи, отоларингологи, педиатры, нейрофизиологи, психиатры. В их задачу входит организация всей медицинской помощи. Социальные службы реабилитации - клинические психологи, нейропсихологии, логопеды, социальный работник. Задачей данной службы является работа с родственниками, психологическая поддержка семьи и инвалида, работа по интеграции людей с ограниченными возможностями в общество.

При необходимости пройти реабилитацию в данном институте, пациент осматривается консилиумом врачей в течении 2 недель для определения реабилитационного потенциала человека. По результатам родственникам и пациенту представляется программа реабилитации с обязательным объяснением тех результатов, которых можно добиться в данном конкретном случае. Родственники и пациент должны обязательно

изъявить свою волю и желание на прохождение всех предложенных мероприятий. В случае положительного ответа специалисты института начинают проведение реабилитации. При этом все изложенные мероприятия обязательны для выполнения, что заверяется документально. Реабилитация включает в себя не только мероприятия, проводимые в институте, но и в других медицинских учреждениях, а также дома.

При разработке направлений развития реабилитационной помощи в рамках программы модернизации здравоохранения, целесообразно использовать опыт Каталонии в следующих аспектах:

1. создание многопрофильных реабилитационных центров по неврологической, травматологической, ортопедической патологии, а так же после нарушения мозгового кровообращения. Критерием по количеству центров является потребность населения в данном виде помощи. Для этого необходимо провести анализ количества пациентов, нуждающихся в специализированном виде реабилитации, в структуре населения. Данный анализ позволит определить мощность центров и их расположения. В структуру центра целесообразно ввести отделение социальной адаптации, в задачу которых должна обязательно входить реализация рекомендованных МСЭК мероприятий социальной и трудовой адаптации пациента и его семьи;
2. разработка и утверждение медицинских технологий по реабилитации в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;
3. внедрение в работу реабилитационных центров показателей качества оказания данного вида помощи с использованием международных шкал и других показателей качества (субъективное изменение качества жизни, psychological General well-being index – PGWI, шкала Who Quality of Life – WHOqoL-BREF, процент пациентов в краткосрочном и долгосрочном периоде, устроившихся на учебу или оплачиваемую работу и т.д.).

В ходе прохождения стажировки мною отмечен высокий уровень информатизации медицинских организаций. Считаю необходимым остановиться на этом подробнее.

Для дальнейшего здравоохранения необходим высокий уровень медицинских информационных технологий. Анализируя опыт развития здравоохранения Каталонии, нельзя не сказать о бурном развитии с 2001 года информационных технологий. На уровне Правительства Каталонии было принято решение о переходе с бумажного делопроизводства на электронную «карту здоровья», когда была принята концепция информатизации в здравоохранении. Благодаря этому у специалистов Министерства здравоохранения, администрации медицинской организации и врача появилась возможность оперативно получать информацию о пациенте, отследить качественные и количественные показатели деятельности отделений, врачей на местах, учреждения в целом.

Ведение медицинской документации в электронном виде позволяет и пациенту и врачу получить необходимую информацию о здоровье пациента, о проведенном ранее лечении, о результатах проведенных обследований и выявленных заболеваниях. Это может быть особенно важно при невозможности пациентом предоставить информацию о своем здоровье ввиду тяжести состояния. Используемые программы позволяют своевременно провести мероприятия по вакцинации, профилактическому обследованию, диспансерным мероприятиям и др. Это достигается путем автоматизированного планирования посещений пациентом амбулатории с предварительным уведомлением пациента по электронной почте или с использованием sms. В Каталонии, как уже указывалось выше, при описании организации работы амбулатории, проведена автоматизация системы лекарственного обеспечения и отпуска лекарственных средств с использованием электронного рецепта. Вопросы информатизации здравоохранения в Каталонии являются очень важными, используемые

информационные системы совершенствуются. Возможностями информационных систем удовлетворены как пациенты, так и медицинские работники.

Необходимо особо отметить, что в целях соблюдения этических норм медицинская информация на врачей отсутствует в общей базе. Медицинская карта в электронном виде пациента-врача хранится в ассоциации врачей и доступ к ней может быть осуществлен только с разрешения пациента-врача, независимо от информации, содержащейся в ней.

Опыт Каталонии в развитии информационных технологий будет полезен для отрасли здравоохранения Российской Федерации.

Считаю, что важными мероприятиями в реализации мероприятий по внедрению информатизации могут быть:

1. Введение единой унифицированной формы индивидуального носителя персонального социального кода (в Испании это электронная социальная карта выдаваемая Мэрией населенного пункта по месту фактического проживания).
2. Обеспечение финансирования проведения информатизации в рамках единой государственной концепции.
3. Ведение медицинской документации только в электронном виде. Уменьшить количество информации, которое должен вносить медицинский персонал до самой необходимой.

Изучив опыт Каталонии считаю, что создание информационных систем в Российской Федерации должно основываться на следующих принципах:

- однократный ввод и многократное использование первичной информации (полученной от медицинского (фармацевтического) работника, гражданина, должностного лица), в том числе для целей управления здравоохранением;
- соблюдение единства электронной медицинской карты вне зависимости от источников финансирования оказанной медицинской помощи;

- использование электронных документов, юридическая значимость которых подтверждена электронной цифровой подписью, в качестве основного источника первичной информации в системе;
- обеспечение совместимости медицинских информационных систем;
- обеспечение информационной безопасности и защиты персональных данных в соответствии с требованиями законодательства, в том числе с использованием электронной цифровой подписи;
- соблюдение национальных и международных стандартов в области медицинской информатики;
- замена используемых медицинских информационных систем с учетом максимально возможного сохранения существующих программно-технических средств.