

**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: Ольга Вячеславовна Агафонова**

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

**Москва, 2012**

## **Раздел 1. Информационная часть**

**1.1. Наименование образовательной программы:**

Управление в сфере здравоохранения

**1.2. Фамилия, Имя, Отчество слушателя:**

Ольга Вячеславовна Агафонова

**1.3. Регион, место работы, должность:**

Самарская область, ГБУЗ «Самарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» г. Самара, ул. Льва Толстого, 142, заместитель главного врача по медицинской части

**1.4. Наименование выполненного в рамках программы Проекта:**

«Разработка комплексной программы повышения комплайенса пациентов с ВИЧ-инфекцией».

**1.5. Сроки и место проведения зарубежной стажировки:**

Испания, г. Барселона, с 23 сентября по 6 октября 2012 г.

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

С 1978 года Испания является парламентарной монархией. В течение последних тридцати лет в стране усилилась тенденция к децентрализации власти с расширением полномочий региональных органов управления. С точки зрения административного устройства Испания - унитарное государство, состоящее из 17 муниципальных автономных образований (Comunidades Autónomas), у каждого из которых есть свое правительство и парламент. Площадь: 504,750 км<sup>2</sup>, население (2010): 47 021 031, рождаемость – (2009) – 10,8 на 1000, общая смертность (2009) – 8,5 на 1000 населения, младенческая смертность – 3,2‰.

В Каталонии, как в автономии, имеются несколько приоритетных направлений развития, такие как сфера услуг, здравоохранение, туризм, фармацевтические лаборатории, химическое производство, автомобилестроение, биотехнологии и ряд других, что позволяет данной провинции Испании динамично развиваться последние 20 лет.

Население Каталонии отличается высоким процентом лиц пожилого возраста (21% старше 60 лет). Высокая плотность городского населения. Очень высокий процент мигрантов, который сейчас составляет более 15% и продолжает ежегодно расти (1336843 чел. из 7611711 жителей), это в основном мигранты из стран латинской Америки, Северной Африки и Восточной Европы. Русские к данной категории относятся в меньшей степени, но являются для данной провинции очень выгодными, так как приобретают недвижимость и составляют значительную долю среди иностранных туристов.

По прогнозам специалистов к 2050 году ожидается, что в Каталонии будет 45% жителей старше 60 лет, соответственно прогнозируется рост хронических заболеваний. Коренное население будет составлять не более 40%.

Местные эксперты отрасли здравоохранения отмечают уже сейчас и ожидают рост числа «зависимостей», в том числе пивного алкоголизма (по статистике молодые люди выпивают в выходные дни более 2-х литров в день). С каждым годом увеличивается количество заболевших остеопорозом, ожирением. Отдельная проблема депрессии, деменция, другие психические расстройства – до 10% жителей ежегодно обращаются к семейным врачам с жалобами на душевное здоровье.

В Испании государственная система здравоохранения децентрализована: основные функции по оказанию медицинских услуг населению делегированы властям 17 регионов страны, в том числе и Каталонии. Регионы практически самостоятельны. В Каталонии имеется симбиоз страховой и государственной медицины, в том числе в значительной мере использована «Советская» модель здравоохранения». После диктатуры Франко система здравоохранения кардинально изменилась. По сведениям представителей Испанской стороны изучались системы различных стран, но предпочтение отдали Великобритании и Дании.

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.

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 определяют Общий закон о здравоохранении, принятый в 1986 году, прогрессивное изменение финансовой системы (объединение систем социальной защиты и благотворительности – одно казначейство; постепенный переход к финансируемой из налоговых отчислений системе – национальная система здравоохранения) и Закон об автономии Каталонии (2006г.).

К компетенции Правительства Испании относятся базовое законодательство и координация, финансирование, минимальный пакет, оплачиваемый через государственную систему здравоохранения, фармацевтическая политика, международная политика здоровья, образовательные требования. Компетенция Правительства Автономии: субсидиарное законодательство, здравоохранение, организационная структура системы, аккредитация и планирование, закупки и предоставление услуг.

Медицинское страхование в Испании охватывает почти все население (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 предусматривается доленое участие потребителей).

На многие услуги, связанные с лечением психических заболеваний, особенно амбулаторные, а также косметическую хирургию, страхование не распространяется.

Центральные власти предоставляют каждому региону общий грант. Данные денежные средства рассчитываются по определенной формуле. 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 учетом иных факторов общественного здоровья и демографической ситуации. В

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

Таким образом, 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 4,5, а в Валенсии — всего 2,8.

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 третье место. Сегодня, как в большинстве стран Евросоюза, организация медицинской помощи в Испании многовариантна.

Вся медицина Испании находится в ведении Министерства здравоохранения. В сферу деятельности Министерства входит координация работы служб общественного здравоохранения и медицинских организаций, разработка законодательной базы в сфере медицины, стандартизация лекарственных средств.

Каталония и Страна Басков стали первыми регионами Испании, где были созданы специальные организации по оценке медицинских технологий и исследований.

Национальная система здравоохранения основана на принципах всеобщей и равной доступности медицинских услуг. В настоящее время 93,9% населения имеет право на бесплатное обслуживание. Эту бесплатную помощь пациенты могут получать в любой точке страны. Оснащенность медицинских организаций, квалификация персонала и качество лечения находятся на высоком уровне — все это контролирует Департамент здравоохранения Каталонии.

О надлежащем качестве медицинской помощи свидетельствуют ряд показателей общественного здоровья. Здесь самая низкая детская смертность в Европе (2,7 на 1000 родившихся). Одно из первых мест в

мире по продолжительности жизни (81,7 лет), первое место в Европе по продолжительности жизни у женщин (84,7 года). Для сравнения: средняя продолжительность жизни в ЕС: мужчин – 75,5 лет, женщин – 81,6 год; в России мужчин – 58 лет, женщин 72 года.

За счет использования современных технологий диагностики, лечения и профилактики средняя длительность госпитализации в стационаре – 5,7 дней при острых заболеваниях, 70% хирургических вмешательств проводится амбулаторно.

Решение о финансировании здравоохранения принимает Парламент. В Каталонии, как они считают, создана уникальная структура – общественная страховая касса, которая получает деньги и гарантирует предоставление медицинских услуг нужного качества, путем заключения договоров с поставщиками услуг.

Министерству здравоохранения, т.е. государству, принадлежит 20% учреждений здравоохранения. 70% - это смешанный сектор, где имеется доля государства, различных фондов, консорциумов, кооперативов врачей, церкви и др. И всего лишь 10% частного сектора. Однако до 20% процентов населения предпочитают дополнительно иметь частную страховку. Это в первую очередь связано с внушительными по срокам «листами ожидания», когда законодательно подтверждено до 6-7 месяцев ожидания плановой госпитализации, например для проведения оперативного лечения или когда пациент не может попасть на прием к врачу-специалисту. Роженицы также предпочитают частные клиники.

Следует отметить, что в Каталонии существует такой вид пособий – как пособие по вдовству!

Вместе с этим необходимо отметить основное, что оценивается каждым жителем – нужно жить по средствам, т.е. имеешь возможность - выбираешь частную клинику, нет возможности - становишься в «лист ожидания».

В больницах и поликлиниках Каталонии нет собственного

автотранспорта – существуют более 10 компаний, которые по договорам предоставляют данный вид услуг. Система неотложной помощи унифицирована. В Каталонии первичную медицинскую помощь предоставляет одна государственная компания. Сейчас рассматривается вопрос о раздроблении данной структуры на более мелкие, которые уже не будут полностью содержаться за счет государства.

В Испании пациент не обладает правом выбирать себе врачей — будь то терапевтов или «узких» специалистов. Вместо этого его прикрепляют к одному из семейных врачей, работающих по месту жительства гражданина. Если возникает необходимость в специализированных медицинских услугах, терапевт направляет пациента к одному из врачей, входящих в определенный список. «Добровольно выйти из системы» испанцы не могут, если они не застраховались у частной фирмы. В результате возник один интересный феномен: чтобы сменить врача или найти специализированные медучреждения, где нет длинных очередей, больные в Испании меняют место жительства.

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. По некоторым врачебным специальностям общенациональные средние показатели тоже хуже: так, обследования у гинеколога нужно ждать 71 день, а у невропатолога — 81 день.

Каждый гражданин имеет право обратиться к семейному врачу, медсестре, дантисту, социальному работнику. Без их направления к специалисту попасть практически невозможно.

Широко развита практика оказания «телефонной помощи» (CallCentre 061/112), когда специалисты (средний медицинский персонал), имеющие соответствующую подготовку, оказывают консультационные услуги практически по всем вопросам и медицинским, и организационным. В



ходе телефонного разговора и по его результатам специалист по разработанному алгоритму проводит анализ и принимает решение направить пациента к семейному врачу, медсестре или направить службу неотложной помощи. Все данные передаются по электронной связи (интернет, электронная почта).

Существует санитарная карта страны, где отмечается количество необходимых ресурсов каждой территории (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 на дому и в больнице).

Информатизация здравоохранения на высоком уровне, внедрение электронной истории болезни завершено на 70% по всей Каталонии, доступ к данной информации имеют более 60% поликлиник и больниц.

Основная цель информатизации – полностью отказаться от бумажных носителей. Две основные программы информатизации – это полная информация о пациенте и вторая программа по управлению госпиталем и каждым подразделением в отдельности.

Первичная медицинская помощь организована по принципу врача общей практики, однако таковую можно получить в центральных районных больницах в виде консультаций отдельных специалистов и диагностического обследования.

Центры первичной медицинской помощи организованы по всей Каталонии и обеспечивают полный охват населения. Они имеют минимальное, но качественное оснащение. В 365 таких центрах работают 20-50 различных специалистов (мультидисциплинарные бригады: семейные врачи, медсестры, соцработники, зубные врачи и коммуникатор). Педиатр обслуживает до 1200 детей на участке, дантист 11 тысяч, социальный работник до 25 тысяч человек. Мультидисциплинарная бригада получает фиксированную зарплату + надбавку за количество

посещений, + 15% надбавку, увязанную с качеством работы.

Учитывается при начислении зарплаты все: возраст, местность, где работает, количество прикрепленного населения, публикации, исследовательская деятельность, преподавание и др. Утверждены индикаторы качества для всего коллектива и для каждого сотрудника в отдельности. Таких индикаторов может быть сотни, все ведется и оценивается в электронном виде. Каждому специалисту предоставляется право после оценки деятельности «исправиться», т.е. привести в соответствие любой показатель. В конце года, если выполнены все критерии выплачиваются бонусы. Результат можно сравнить с врачами одного учреждения 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.

Исполнение врачебных назначений уполномочена контролировать медицинская сестра, запись пациента на прием, может затребовать анализы, может создать аналогичную по заболеванию группу и проводить с ними работу, для этого есть больничные помещения. В первичном звене соотношение врач – м/сестра: 1 к 1, финансирование из расчета 1237 евро на 1 гражданина в год.

Основные принципы деятельности таких Центров – это близость, постоянство, доступность, полный охват. Как правило, они обслуживают 60-65 тысяч человек. Каждый гражданин имеет своего семейного врача. Также широко распространено заочное обслуживание по СМС, через Сайт, телефон, Интернет. Запись к медицинской сестре и врачу также осуществляется в электронном виде.

Работа всего персонала направлена на результат – чем лучше здоровье на территории, тем лучше и для решения этой задачи направлены усилия каждого из команды. До 48 показателей результативности

предусматривает контракт директора центра первичной медицинской помощи, например, в La Rosa.

#### Подготовка кадров.

Общее обучение могут составлять до 14 лет. Медицинский факультет – 6 лет. Практика (интернатура) – 2 года. Ординатура – 4 года. У каждого свой наставник. Уровень отбора в медицинские ВУЗы очень высокий. «Случайных» людей практически быть не может. Частные клиники после аккредитации также принимают студентов на стажировку.

Средний медицинский персонал тоже готовится на медицинских факультетах университетов, т.е. они имеют высшее медицинское образование. Вспомогательный персонал также получает профессиональное образование. Техники-профессионалы без медицинского образования работают в лабораториях, отделениях лучевой и функциональной диагностики, службе неотложной помощи и в ряде других подразделений. Есть ряд услуг, которые выполняются только средним медперсоналом, например, осуществление мониторинга самочувствия больных с хроническими заболеваниями.

Отмечено, что подготовка врачей в Каталонии одна из лучших в Европе. После заключительного экзамена молодой специалист на основании набранного рейтинга может выбрать определенную специальность и продолжить дальнейшую подготовку. Все обязаны пройти специализацию. Развита система аккредитации медицинских учреждений, когда оно должно доказать свою способность и возможность осуществлять подготовку молодых специалистов. Институт семейных врачей создан около 20 лет назад и доказал свою эффективность и жизнеспособность. Средний возраст врача 47 лет. В связи с ростом количества мигрантов возросла потребность в акушерах-гинекологах. Акушерки готовятся дополнительно к основному образованию в течение 2-х лет. Необходимо отметить, что в интернах (стажерах) заинтересована каждая клиника, т.к. это очень мотивированная и дешевая рабочая сила.

Последипломная подготовка включает в себя магистратуру и мастер-классы, но все это платно и дорого.

Непрерывное обучение на всех уровнях независимо от статуса и принадлежности медицинской организации – это и есть основа основ. За этим следит Коллегия врачей и Академия медицинских наук. Широко распространено обучение он-лайн. Этим направлением занимается целый университет.

Важный аспект обучения – это работа всей команды, ежедневно и непрерывно происходит обмен информацией.

### Политика в области фармацевтики

Основное – это общая доступность и гарантия качества фармацевтических услуг. Лицензирование осуществляется государством – специальное агентство, которое проводит оценку качества, эффективности, безопасности. Лекарственные средства выдаются по рецепту и без такового. Есть перечень лекарств, которые могут быть использованы только в стационаре и, соответственно, не могут быть выданы в аптечной сети. Ценообразование – это компетенция министерства здравоохранения. Существует система фиксированных или референтных цен – это максимальная цена, которую готово заплатить государство за данный лекарственный препарат. Импорт лекарственных средств осуществляется только в том случае, если нет альтернативы.

Регионы планируют открытие аптек. Существует система страхования пациента в случае каких либо реакций при применении лекарственных средств. В данном случае страхование пациента гарантия качества предоставляемых фармацевтических услуг.

Принцип политики в области фармацевтической деятельности в Каталонии – 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 как в частных, так и в государственных учреждениях здравоохранения, рациональное использование медикаментов, доступность медикаментов.

Лицензирование – это компетенция государства, проходит в 2 этапа – специализированное агентство 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 режимы и т.д.).

После технической оценки – следующий этап: политика ценообразования – это компетенция Министерства здравоохранения Испании. Создана система образования фиксированных цен (референтных) – это максимальная цена, которую государство готово заплатить за данный препарат с одинаковым действующим веществом, одинаковым применением, с одинаковыми свойствами. Система референтных цен создана с появлением дженериков.

Медикаменты, которые не финансирует Министерство здравоохранения – у них рыночная цена. Реклама может быть только для тех, которые применяются в ограниченных случаях, 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 открыться в Испании без определенных условий, они должны быть запланированы и лицензированы – даже если они частные, но представляют общественный интерес. Гарантия портфеля медицинских услуг системой здравоохранения.

В стационаре все медикаменты пациент получает бесплатно, даже

находящиеся на амбулаторном лечении пациенты 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 возможности использования лекарственного препарата, оценка дополнительного клинического эффекта и его терапевтическая активность, соотношение между ценой и эффективностью медикаментов. На основе такого непрерывного анализа формируется бюджет региона на эти цели.

Применение оригинального лекарства отслеживается несколько лет: фармнадзиратели оценивают безопасность препарата, принимают решение о дальнейшей его степени применения. Для действующей практики только через 10 лет (после исследования). Рецепт выписывается исходя из действующего вещества, и аптекам разрешается выдавать медикаменты по минимальной цене.

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.

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. 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 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. Проходит проверка поставщиков на соблюдение контроля качества.

Контролируются рекламные мероприятия фармацевтических лабораторий. Есть система сигнала тревоги о необходимости изъять какой-либо медикамент из производства.

Существует 5 основных 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, имеются договоры разделения риска, планирование исследования для выведения на рынок новых препаратов и критерии для выписки дорогостоящих препаратов.

Существует система страхования пациента в случае каких либо реакций при применении лекарственных средств. В данном случае страхование пациента гарантия качества предоставляемых фармацевтических услуг.

Рецепты 2-х видов: зеленые и красные. При предоставлении зеленых рецептов оплачивается 40% стоимости лекарства. Красные – выдача ЛС бесплатно. Широко распространена электронная выписка рецептов.

До 1 октября 2012 года происходило софинансирование пациентов

расходов на лекарства 21,49%, пенсионеры и инвалиды получали их бесплатно, а для тех, кто покупает лекарства по рецептам семейного врача, государство компенсирует 40% стоимости. С 01.10.2012 жителям Каталонии придется платить 1 евро за каждый выписанный рецепт. С 23 июня вступил в силу закон, согласно которому все выписанные рецепты на лекарства, цена которых превышает 1,67 евро, будут облагаться налогом в 1 евро. По расчетам Департамента здравоохранения Каталонии, в среднем каждому человеку придется заплатить за рецепты 13 евро в год.

Министр здравоохранения Бой Руис объяснил, что «фармацевты – не налоговые инспекторы, и закон не обязывает их взимать плату, но гражданин должен платить», поэтому он обратился к «коллективному сознанию» соблюдать установленные правила. По оценкам правительства, этот налог принесет доход в размере 50 млн. евро за 2012 год, и 100 млн. в следующем году, который пойдет на финансирование системы здравоохранения Каталонии.

Население получает и обладает общедоступной информацией о медикаментах. На всех уровнях внедрена программа по исключению ошибок при назначении лекарств и она используется каждым медицинским работником по всей Каталонии. Работает в каждом учреждении этический кабинет.

В Каталонии развита фармацевтическая промышленность. Имеется более 200 фармацевтических лабораторий, из которых 79 производят лекарственные средства, они имеют большой удельный вес в экономике, т.к. дают много рабочих мест, 35% медикаментов от выпуска всех медикаментов в Евросоюзе. Таким образом, большинство лекарственных средств производится непосредственно в Каталонии. Фарминдустрия использует инновации, которые сами и разрабатывают. Клинические исследования медикаментов повсеместная практика.

#### Система управления.

К оказанию государственной услуги допускаются частные



медицинские организации при условии аккредитации министерством здравоохранения.

Государственная страховая компания покупает у лечебного учреждения услуги. Услуга имеет одинаковую стоимость, т.е. находится ли пациент на стационарном лечении или операция проводится амбулаторно – стоимость одна, но только при одном условии, что услуга предоставлена соответствующего качества. Фактически каждому учреждению дается государственное задание на предоставление медицинских услуг. Для предоставления услуг проводится аукцион. Но, как правило, территориальный принцип соблюдается. Существует четкая система планирования предоставления услуг на основании потребности в каждом виде. Объемы утверждаются на основании санитарной карты региона. Основной принцип реальность и целесообразность, т.е. не ставится задач, которые заведомо невозможно выполнить.

Стимулирование результатов труда грамотно организовано и постоянно контролируется на всех этапах. Этому способствует совмещенная электронная история болезни – когда можно отследить результат и в первичном Центре и в больнице. Все в электронном виде систематизировано и упорядочено.

Организована 3-х уровневая система оказания медицинской помощи:

1-й уровень первичное звено и неотложная помощь;

2-й уровень больше видов и услуг;

3-й уровень многопрофильные больницы и ВМП.

На всех уровнях проводится непрерывное обучение и научные исследования.

Каждому пациенту после лечения выдается счет, в котором отражены все расходы лечебного учреждения. Фонд «Тик Салют» работает от правительства Каталонии и создан для выработки стратегии развития здравоохранения. Телемедицина один из краеугольных камней медицины. Основной принцип развития – не должно быть ничего лишнего. И самое

важное – каждый гражданин должен быть ответственен за свое здоровье.

Следует признать, что за годы проведения реформ удалось изменить мировоззрение всего медицинского сообщества и консолидировать все силы на реализацию программы модернизации.

Еще один важный момент, при проведении торгов для закупки медицинского оборудования, расходных материалов, особенно дорогостоящих – существует предел по каждому виду, когда снижение указывает на то, что будет поставлено оборудование низкого качества, такие заявки не рассматриваются.

Профилактическое направление деятельности здравоохранения наряду с инновационным считается самым приоритетным. Большинство критериев оценки деятельности включают в себя именно состояние здоровья на каждом участке, в каждом районе. Средний медперсонал в первичном звене занимаются в основном профилактической работой по специальным программам для каждой категории жителей и организаций. Большой объем профилактической работы проводится по месту проживания. Занятия со всеми группами населения в виде семинаров повсеместная практика.

Вакцинация имеет статус обязательный, без определенного перечня профилактических прививок тебя не возьмут на работу, в школу, детсад и т.д., и это закреплено законодательно.

Работают Центры душевного здоровья, к которым прикреплены территориальные поликлиники.

В ряде лечебных учреждениях созданы и успешно работают отделения социальной помощи, которые включают в себя и дом престарелых.

#### Управление качеством.

Критерии качества и стандарты разрабатываются и утверждаются Минздравом. Основной принцип и самое главное – это безопасность пациента. Большое внимание в лечебных учреждениях уделяется профилактике и предупреждению травматизма, нозокомиальных

инфекций, пролежней и т.д. Особое внимание – снижению и профилактике болевого синдрома при любых состояниях и заболеваниях. Обоснованное назначение антибиотиков. Недопустимость полипрагмазии.

Анкетирование на всех этапах оказания медицинской помощи. Создание комиссии по качеству в каждом учреждении, которая устанавливает цели и задачи ЛПУ на год.

Высокий уровень предоставления высокотехнологичных видов медицинской помощи: детская хирургия, трансплантология, ортопедия, сердечно-сосудистая хирургия, онкология, эндоскопия и др. В Каталонии работают ряд ученых и врачей мирового уровня и по ряду направлений они являются лидерами.

#### Основные направления 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 учреждений государственной формы собственности в независимые государственные учреждения;
- 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;

поддержка создания интегрированных систем здравоохранения, основанных на удовлетворении потребностей населения;

повышение эффективности системы, поддержки более координированного управления здравоохранением;

стимулирование повышения качества медицинских услуг, обеспечение наиболее адекватного уровня медицинской помощи;

разделение ответственности на разных уровнях оказания медицинской помощи, с передачей части рисков провайдерам услуг;

обеспечение подушевого финансирования.

В Каталонии в некоторой степени разработан инновационный подход к организации, процессу приготовления и непосредственно употреблению пищи каждого человека, и особенно страдающего каким-либо заболеванием. Это удалось создать и продолжать развивать благодаря работе многочисленной команды ученых, диетологов, поваров, добровольцев, химиков, физиков и многих других. Результатом их работы можно считать, что разработаны блюда, которые не только полезны, но и приятны на вид, хорошего вкуса и запаха.

### Каталония.

Младенческая смертность: 2,87/1000. ВВП на душу населения (PPP 2006): US\$ 31.910. Высокая концентрация городского населения. Собственный язык и культура. Занятость населения по секторам: услуги 59,4%; промышленность 28,8%; строительство 8,3 %; сельское хозяйство

3,5%.

Врачей - 47 на 10000 населения;

Медицинских работников (врачей и медсестер) – 65 663;

Больничных коек - 49 на 10 000 населения;

В палатах интенсивной терапии - 23 на 10 000 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% – 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), 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 2,9% - психиатрическая помощь.

В Каталонии уже 2 десятка лет работает профессиональная группа архитекторов и инженеров (более 250 человек), которые реализуют программу реконструкции и строительства лечебно-профилактических учреждений не только в Испании, но и по всему миру.

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.

Консорциум – это общественная организация с функцией 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 бюджет увеличивался), что случилось впервые в истории. После забастовки пришли к заключению договоров, потребность и зарплата уменьшилась на 10-15%. Страхование профессиональных рисков (ответственность) - ассоциация врачей (комиссия врачей).

Критерии вступления в консорциум: государственная или любая форма собственности некоммерческая медицинская организация (если участвует в оказании государственных услуг). Взнос 0,6 % от бюджета медицинской организации, но не больше 19 тыс. Евро. Расходы на содержание консорциума идут от дохода за предоставление коммерческих услуг (консультативные, консалтинговые услуги в основном в Латинской Америке, Северной Африке).

3 модели.

1. Модель прямого управления, заключение договора профессионалами и управленцами (это поликлиники, социально-санитарные и гериатрические центры)

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).

2. 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 тогда не нужно иметь юриста, адвоката внешних связей – это предоставляет консорциум (позволяет управлять и отбирать персонал). 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.).

Из-за уменьшения объема финансирования в связи с кризисом выход был найден: поэтапное снижение, пересмотр контрактов с поставщиками, отмены приема на работу внешних временных работников, уменьшение зарплаты, в замен на гарантии сохранения рабочих мест.

Индикаторы качества утверждаются и для консорциума (например, повторная госпитализация через 7 дней в больнице-участнике) на основе анализа центральной базы результатов, где оценивается глобальный результат по территории. Понятно, что используются экономические отчеты, которые проверяет аудиторская проверка, оценка контракта, условия аккредитации.

#### Система организации СМП (скорой медицинской помощи).

SEM – система неотложной помощи подчиняется службе здравоохранения и правительства. Финансирование из бюджета,

обслуживает всю площадь Каталонии (321035 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 СЕТ (центр мобилизации ресурса и поддержки граждан в случае любой проблемы со здоровьем). Бюджет 225 млн. Евро (2011), меньше на 12% в 2011 году. SECOS (диспетчерская служба): Тел. 061/112.

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

На диспетчерском пункте более 6 тысяч звонков в сутки. На всей Каталонии (428 подвижных единиц транспорта). СМП подстанции по всей территории в зависимости от количества населения. Они все осуществляют выезды по звонкам. 3 типа машин и 4 специализированных медицинских вертолета – рассредоточены по зонам охвата. Базовое оборудование жизненно важное: помогает транспортировке пациента, там работают врач, медсестра, фельдшер – они знают базовые методы, (349 машин 83,41%) оказывают помощь с помощью аппаратов, 63 машины – слаженная медицинская команда передвигное 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. 1063180 звонков – в 2011 году, 1057 - протоколов открыто (это ДТП обычно звонки несколько на 1, но протокол 1).

SEM – обслуживание первичного протокола (ДТП или плохое самочувствие), осуществление межгоспитальных перевозок в случае необходимости перевода пациента для оказания помощи на уровне высоких технологий, включая поиск свободных мест в больницах 3 уровня.

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 приёмного отделения). 6 кодов для инфаркта и столько же для инсульта, так как эта патология дает наибольший % смертности. Машины - средний срок службы 5 лет. Время доезда в зависимости от уровня приоритета (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 педиатрическая. Применительно к детским особенностям 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, чтобы дать ответ на оказанные услуги при сокращении объемов финансирования, ограничение ресурса, укрепление консультативной службы, лечить пациента максимально дома, избегать ненужной 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). Необоснованные 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 врачами (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

54 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 Барселоне (1300 км максимальное отдаление самолет, автотранспорт работает круглосуточно, ночью делают анализы - утром готовы). Среднее время от момента забора до изготовления 12 час. Экспресс диагностика крови, околоплодных вод, спинно-мозговой жидкости, слюны, экскрементов, тканей для генетических исследований. Базовые анализы, клинические, биохимические, 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. Логистика входит в компетенцию лаборатории и других организаций. Договорные отношения с государством для больниц, остальные частные – микробиологическая, генетическая, идентификация вирусов, бактерий, определение чувствительности к антибиотикам, токсикологические.

Работают круглосуточно. Забор материалов от пациентов может осуществляться и здесь с 6-00 до 10-00 часов кроме выходных дней в специально оборудованных кабинетах.

### Единый Международный Департамент ВСМ (Barcelona Centro Medico).

Уникальная некоммерческая структура, объединяющая крупнейшие

барселонские клиники, традиционно принимающие большое количество иностранных пациентов для обеспечения эффективности процесса оказания медицинской помощи в любой области от лечения наркозависимости до трансплантации органов. Медицинский туризм – источник доходов страны.

Отдел Восточной Европы (открыт 2 года назад) позволяет пациентам из России и стран бывшего соц. Лагерья напрямую обращаться в эти клиники без посредников.

Получив запрос пациента со всей необходимой медицинской информацией:

- Специалисты ВСМ переводят выписку из истории болезни и все результаты обследования на испанский язык, осуществляют поиск клиники и специалиста,

- на основании представленных материалов врач составляет программу терапии, администрация клиники – калькуляцию стоимости услуг,

- ВСМ переводят на русский язык и отправляют пациенту,

- в случае положительного решения на все время пребывания в Барселоне ВСМ осуществляет курацию пациента и по окончании лечения переводит выписку на русский язык,

- после отъезда при необходимости связывает с врачом больного.

Все эти услуги оказываются бесплатно для больного. Содержание ВСМ на взносы клиник. Может оказывать и дополнительные услуги за дополнительную оплату (трансфер, размещение родственников, организация культурной программы).

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

1. Оптимизация системы управления здравоохранением.

Всю низкоквалифицированную техническую работу по

мониторингам, а также закупки целесообразно исключить из компетенции регионального Минздрава, перевести в специальные агентства. Это позволит с одной стороны эффективно работать управленцам – организаторам здравоохранения по стратегическому и оперативному планированию и реализации программы модернизации здравоохранения с акцентом именно на развитие отрасли и создание эффективных технологий оказания медицинской помощи населению высококвалифицированными специалистами. Когда установка многочисленного медицинского оборудования в отремонтированных зданиях медицинских организаций является исключительно обеспечивающим мероприятием (безусловно необходимым).

2. Организация первичной медицинской по принципу общеврачебной практики – приоритетное и результативное направление с точки зрения сохранения и укрепления общественного здоровья в России.

Акцент в программе модернизации должен быть направлен на то, что семейный врач – центральное звено здравоохранения. И поскольку формально такая концепция принята и реализуется в нашей стране, на практике работают только отдельные ее составляющие (врач и медсестра общей практики подготовлены, но работают из них немногие). Стандарты диспансеризации различных категорий населения предусматривают обязательные осмотры узких специалистов, не всегда это имеет смысл. Не внедрен в поликлинике самостоятельный прием медицинской сестры (низкий тариф на посещение). При таком подходе никогда укомплектованность врачами общей практики и узкими специалистами первичного звена здравоохранения не будет достаточной.

Первичный контакт пациента должен быть только с врачом общей практики (или педиатром) и только он мог бы распределять направление к врачу - специалисту или на госпитализацию. Штат узких и других специалистов тогда может формироваться по потребности в услугах,

может быть внешний совместитель. В период роста 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)).

Для реализации модели организации по принципу врача общей практики, прежде всего, следует разработать и неукоснительно соблюдать план мероприятий, направленных на изменение психологии медицинского сообщества, власти и населения; создать соответствующие медико-экономические походы к организации процессов, заставляющие работать на результат технологиями профилактики и коррекции факторов риска социально значимых заболеваний.

Вместе с этим следует предусмотреть и другие «заставляющие» механизмы формирования ответственности за свое здоровье населения (выплаты - премии за «здоровье», особые условия страхования лиц без модифицированных факторов риска (для некурящих, нетолстых и т.д.), для обеспечивающих контроль над болезнью (поддерживающих целевое АД, уровень гликемии и т.д.).

Только в этом случае возможно реально уменьшить количество случаев заболеваний в запущенных стадиях и снизить смертность населения во всех возрастных группах. И самым скорым результатом станет уменьшение расходов отрасли на ненужные диагностические исследования, ненужные и даже вредные лекарственные препараты, дорогостоящую стационарную и скорую медицинскую помощь.

3. Создание единой службы скорой и неотложной помощи в каждом регионе. Принцип единого окна, определение (насколько это возможно) степени срочности, объема и характера требуемой медицинской помощи позволит оперативно и надлежащего качества

оказывать эту помощь и рационально использовать ресурсы.

#### 4. Тотальная информатизация здравоохранения.

Отсутствие значительного количества медицинских документов на бумажном носителе – не только гарант качества оказываемых медицинских услуг (полнота информации анамнеза болезней и жизни пациентов, единые подходы к оказанию помощи), но и оперативность работы, комфортные партнерские взаимоотношения с пациентом, прозрачность расходов на всех уровнях оказания медицинской помощи.

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 дублирующих и ненужных обследований пациента.

Назрела необходимость уменьшения количества отчетно-учетных форм в медицинских организациях и надзорных органах засчет унификации и т.д.

5. 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). Четко сформулированные требования к оказанию государственных медицинских услуг в медицинских организациях и торги могут стать инструментом.

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

7. Развитие телемедицины, как гарантированного одинаково для всех уровня. Уже сегодня в нашей стране с открытием сосудистых и

травматологических центров есть телемедицинская связь, но только между первичными отделениями и региональными центрами. Расходы на содержание такой связи значительные. Целесообразно использовать эту связь с максимальной отдачей: консультации специалистов других профилей (нефрологи отделения гемодиализа, гематолог, акушер-гинеколог и т.д.) в неясных случаях. Если такие консилиумы станут регулярными и о них будет известно организаторам здравоохранения и специалистам первичного звена, такая работа станет привычной системой. В результате скорейшего уточнения диагноза и тактики лечения не только улучшится качество оказания медицинской помощи, но и повысится удовлетворенность этой помощью пациентов и врачей. Коллегиальность в принятии решений, необходимость постоянного самообучения, междисциплинарное взаимодействие станет стилем работы наших специалистов.

Кроме того, психиатр, психолог и т.д. могут консультировать по интернет, виртуальная терапия (для тревоги и депрессий).

## **Раздел 4. Приложения**



# От Каталонской модели здоровья к Каталонской системе здравоохранения

## Исторический и политический контекст:

### **1. РЕФОРМА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ: 1977**

- Отделение экономических услуг от услуг здравоохранения

### **2. АКТ ОБ АВТОНОМИИ КАТАЛОНИИ: 1979**

### **3. ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВА: 1981**

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

## Исторический и политический контекст:

### 4. СТРУКТУРНАЯ РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: 1986

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

### 5. ЗАКОН ОБ АВТОНОМИИ КАТАЛОНИИ: 2006

## Социо-демографические характеристики Испании

17 Автономных Муниципальных образований

Площадь: **504,750 km<sup>2</sup>**

Население (2006): **44.708.964**

Продолжительность жизни (2002):  
**79,5 years**

Рождаемость (2004): **10,6**

Общая смертность (2004): **8,7**

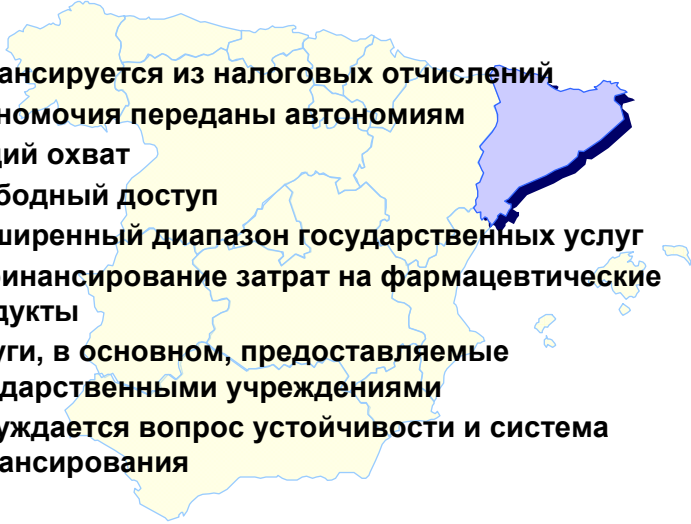
Младенческая смертность (2004):  
**3,5**

ВВП на душу населения (PPP 2006):  
**27.522 USD**



## ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИСПАНИИ

---

- 
- Финансируется из налоговых отчислений
  - Полномочия переданы автономиям
  - Общий охват
  - Свободный доступ
  - Расширенный диапазон государственных услуг
  - Софинансирование затрат на фармацевтические продукты
  - Услуги, в основном, предоставляемые государственными учреждениями
  - Обсуждается вопрос устойчивости и система финансирования

## ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

---

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

## Автономные регионы Испании Бюджеты здравоохранения 2006

Автономные регионы	Бюджет Департамента и медицинских услуг (1)	Охват населения (2)	На душу населения в евро (1)/(2)
Andalucía	8 444 338 883	7 849 799	1 075,74
Aragón	1 526 077 187	1 269 027	1 202,56
Asturias (Principado)	1 314 859 753	1 076 635	1 221,27
Baleares (Islas)	1 037 670 553	983 131	1 055,48
Canarias	2 330 109 796	1 968 280	1 183,83
Cantabria	691 854 218	562 309	1 230,38
Castilla y León	2 848 479 959	2 510 849	1 134,47
Castilla-La Mancha	2 188 441 700	1 894 667	1 155,05
Cataluña	7 952 783 337	6 995 206	1 136,89
Comunidad Valenciana	4 609 283 740	4 692 449	982,28
Extremadura	1 334 560 349	1 083 879	1 231,28
Galicia	3 174 375 607	2 762 198	1 149,22
Madrid (Comunidad de)	6 071 416 268	5 964 143	1 017,99
Murcia (Región de)	1 418 765 594	1 335 792	1 062,12
Navarra (Comunidad Foral)	731 762 995	593 472	1 233,02
País Vasco	2 553 642 452	2 124 846	1 201,80
Rioja (La)	422 464 681	301 084	1 403,15
<b>Итого</b>	<b>48 650 887 072</b>	<b>43 967 766</b>	<b>1 157,44</b>

(1) Данные предоставлены автономными областями.

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

Data in Euros

## Контекст: Каталония в цифрах и состояние здоровья населения

## Социально-демографические показатели

Автономное сообщество

Площадь: **32.106km<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**

Tourism: **22.669.000 visitors**

Высокая концентрация городского населения

Собственный язык и культура

Занятость по секторам :

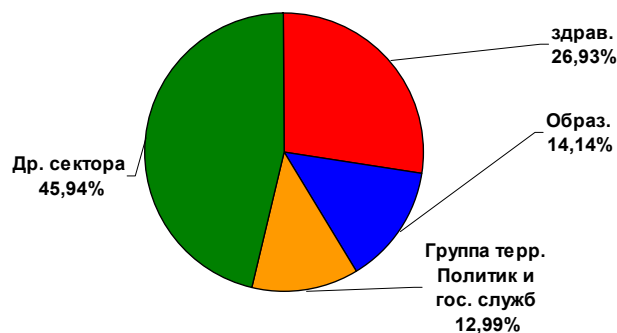
- Услуги 59,4 %
- Промышленность 28,8 %
- Строительство 8,3 %
- Сельское хозяйство 3,5%



Source: IDESCAT.

## Бюджет здравоохранения в бюджете в областном бюджете Каталонии на 2008

Областной бюджет Каталонии на 2008: 34.749 миллиарда евро



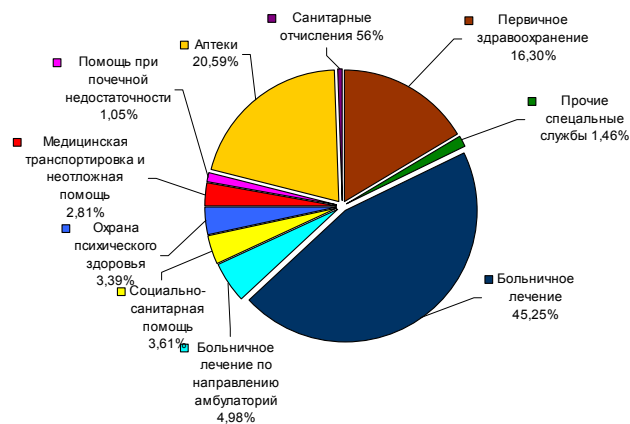
## Центральное местное управление и социальные политики: приоритет - здравоохранению

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

IDESCAT

## Функциональная структура бюджета DS/CatSalut / ICS 2008

Budget DS/CatSalut / ICS 2008: 9.159 миллионов евро



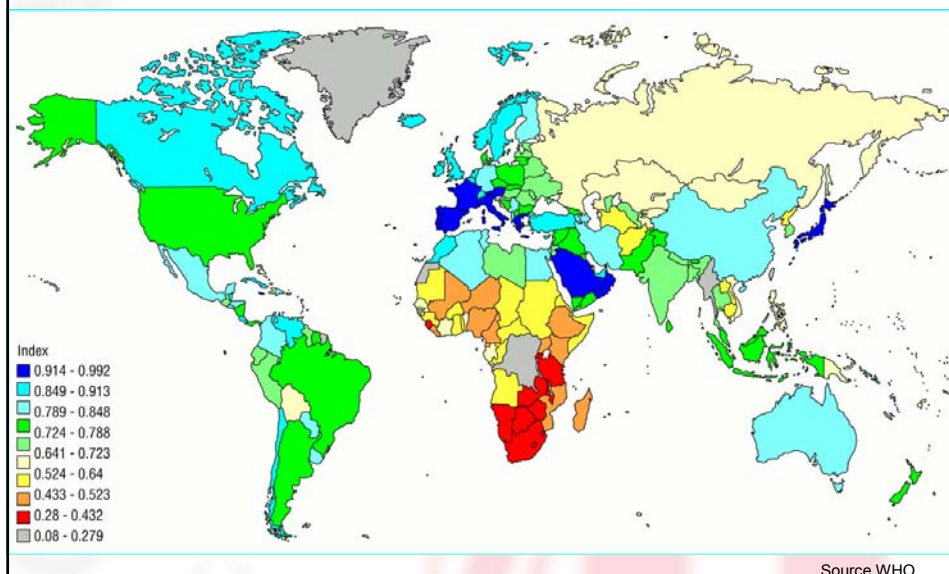
## Финансовая устойчивость: динамика затрат на душу населения

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

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

\*\* 2006

## Сравнительная эффективность



### Государственные расходы на здравоохранение в % от ВВП (2002)

В среднем по ЕС (1)	6,4%
Испания (1)	5,4%
Каталония (2)	4,6% - 4,7%

(1) Данные OECD  
(2) Оценка CatSalut

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

Страна	Государственное	Частное
США	44,4	55,6
Испания	71,2	28,8
ЕС (*)	75	25
OECD (*)	72	28

(\*) OECD data 2002

## Каталонская модель здравоохранения



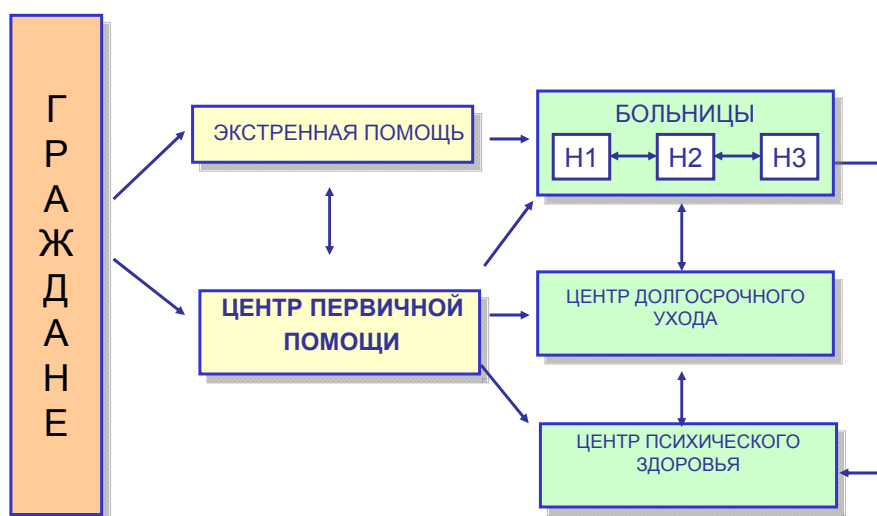
## Принципы Каталонской системы здравоохранения

---

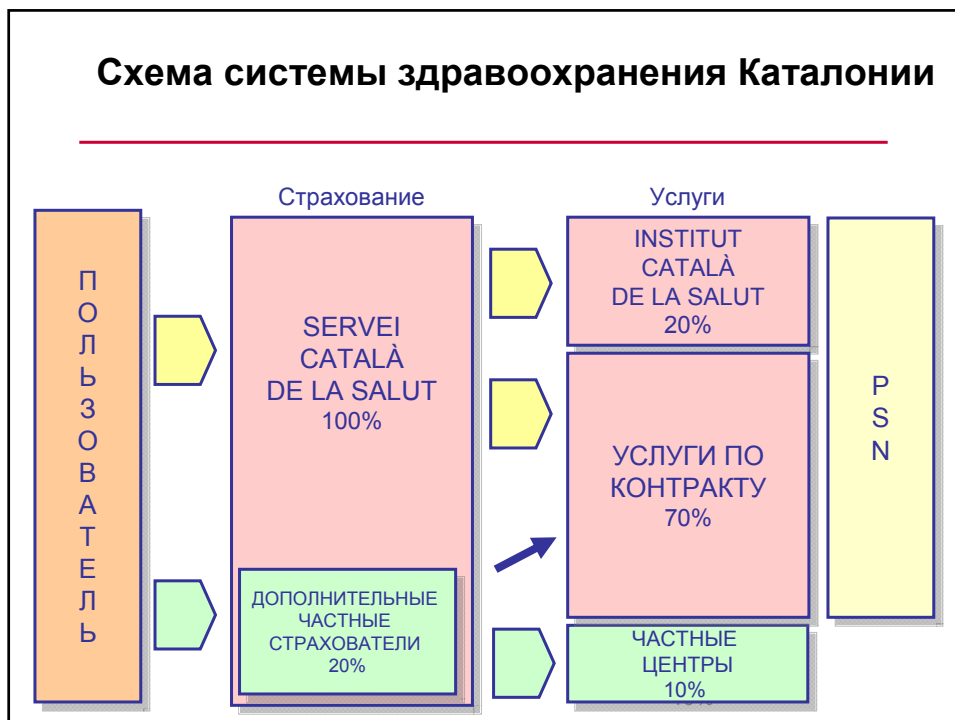
- Качество
- Равенство (справедливость)
- Децентрализация
- Эффективность
- Трансверсальность
- Интеграция
- Участие
- Прозрачность
- Дополняемость и взаимозаменяемость

## Организация, ориентированная на клиента

---



## Схема системы здравоохранения Каталонии

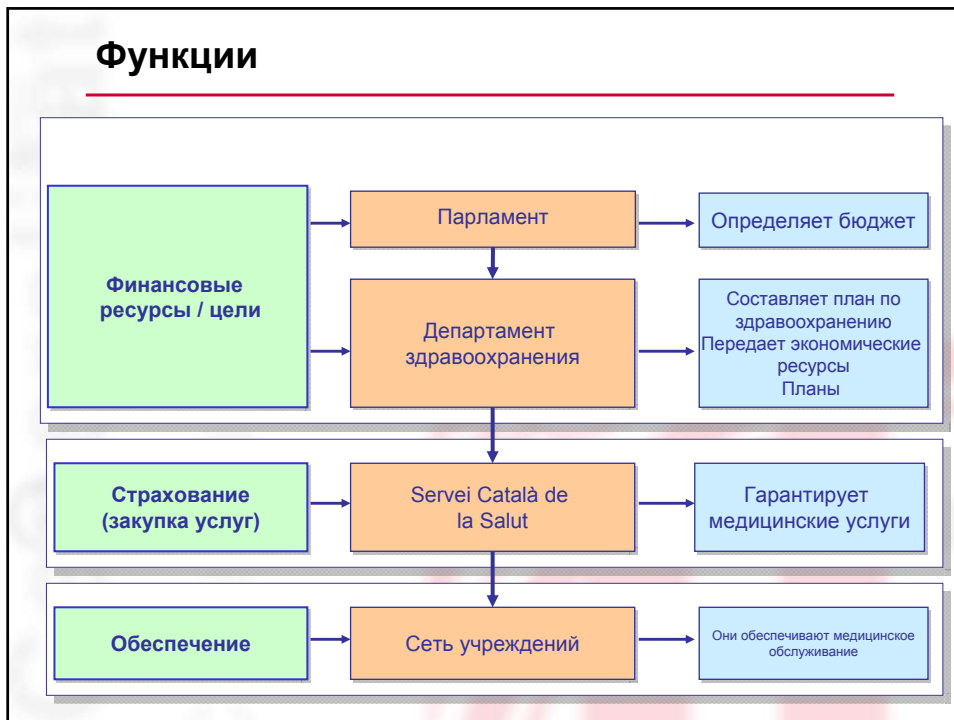


## Форма собственности учреждений здравоохранения

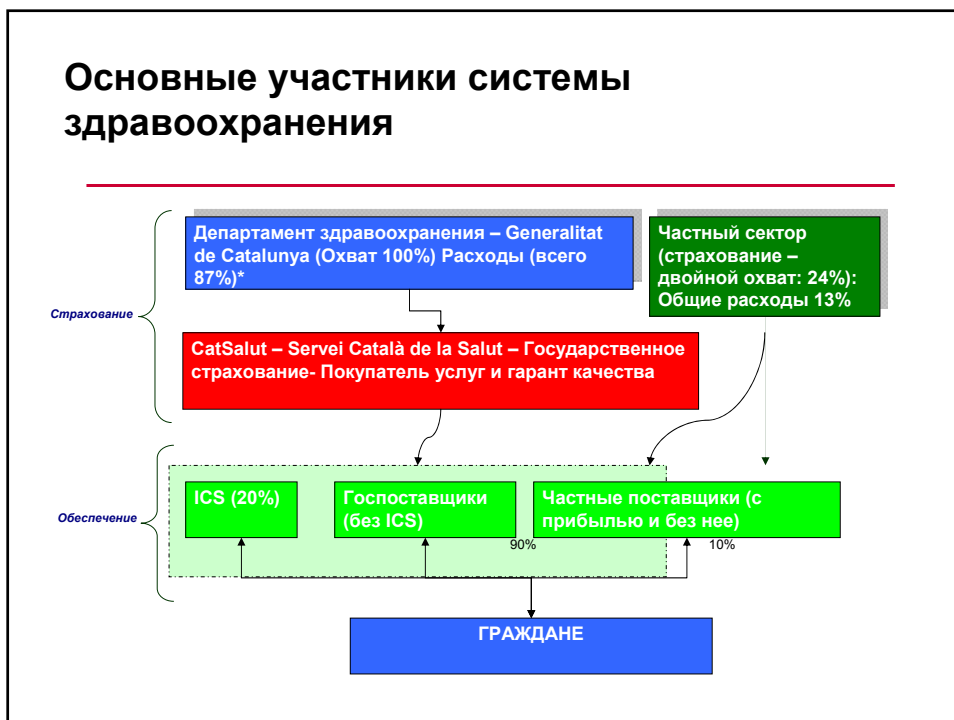
Тип учреждения	Государственный	Негосударственный
Больничная помощь	20,18%	79,82%
Первичная помощь	87,06%	12,94%
Психическая помощь	27,79%	72,21%
Долгосрочная помощь	38,43%	61,57%

источник: Отдел по управлению ресурсами здравоохранения Каталонии

## Функции



## Основные участники системы здравоохранения



## 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)

## Данные здравоохранения (II)

### **Сеть гос. 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)

## Первичная помощь

---



## Первичная помощь

---



## Первичная помощь

---



## Больничная помощь

---



## Больничная помощь

---



## Больничная помощь

---



## **Новые перспективы:**

### **Основные проблемы системы здравоохранения Каталонии**

---

- **Демографические и культурные изменения:**
  - Старение → Иждивенчество
  - Иммиграция
  - Рождаемость
- **Социологические и эпидемиологические изменения**
- **Научно-технический прогресс**
- **Экономическая устойчивость**



После 2004 → Новая модель здравоохранения:  
**Система здравоохранения в Каталонии**



### 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

На рассмотрении в Парламенте

## **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**

---

**Цель:** Создать устойчивую орган взаимодействия между областным правительством и местными органами самоуправления

**Юридический статус:** консорциум

**Специфические цели :**

- Справедливость. Уменьшение диспропорций.
- Трансверсальность мер
- Интеграция мед. помощи
- Устойчивость
- Реагирование на демографические проблемы
- Участие
- Прозрачность
- Рост субсидий

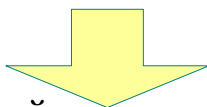
## **Поддержка территориальных органов управления здравоохранением**

---

**“ Разделение компетентного управления между областной и муниципальной властью”**



Отсутствие управленческого потенциала  
Нет передачи компетенций



Налаживание устойчивого взаимодействия без изменения Закона об организации здравоохранения в Каталонии



## Развитие новых территориальных схем финансирования

### ПОЧЕМУ система подушевого 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 рисов провайдерам услуг.

## Подушевое финансирование (II)

---

Изменение в существующей системе закупок услуг

Предыдущая ситуация	Современное положение: ПЕРЕХОД	Ситуация в будущем
← Модель, базирующаяся на провайдерах	→	→ Модель, основанная на потребностях
Разделенная по секторам	→	→ Глобальные закупки: Совмещение и замещение
Отдельная оценка качества по каждому сектору	→	→ Оценка качества на основе здоровья
Отсутствие связи между различными вовлеченными агентами	→	→ Стимулирование связи: координация, сотрудничество и др.

## Подушевое финансирование (III)

---

### Будущие компоненты

- Расширение модели (гармонизировано с созданием и реализацией Территориальных органов управления здравоохранением [GTS]):
  - 2005 - шесть новых территорий (22%)
  - 2006 - 50 %
  - 2007 - 100 %
- Формула корректировки:
  - Повышение точности схемы финансирования (в зависимости от потребностей, справедливости и др.)
  - Минимизация некорректных стимулов (в зависимости от созданных структур...)
    - » Весь персонал: стимулы для взаимодействия

**От Каталонской модели здоровья  
к  
системе здравоохранения в  
Каталонии**