

**Европейская обсерватория
по системам и политике
здравоохранения**

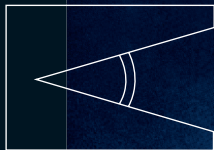
Европейское региональное бюро ВОЗ
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17
Факс: +45 39 17 18 18
Эл. почта: observatory@who.dk

www.observatory.dk



В Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Лондонская школа экономических и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Настоящий реферат адресован руководителям здравоохранения и всем, кто интересуется работой больниц и их ролью в системе здравоохранения.



Сокращение больничных коек: какие уроки следует вынести?

Reducing hospital beds:

what are the lessons to

Reducing hospital beds:



автор:

профессор

Мартин Мак-Ки

what are the les
Reducing hospital beds: what are



Реферат № 6

Мартин Мак-Ки

Сокращение больничных коек: какие уроки следует вынести?

Подготовлено по материалам сводного доклада Информационной сети по вопросам здравоохранения (Health Evidence Network), 2003 г. [1].

Для многих людей больницы стали олицетворением современной системы здравоохранения. Тем не менее во многих странах роль скорпомощных больниц пересматривается — упор переносится на амбулаторную диагностику и лечение вместо длительного лечения в больнице. Это приводит к сокращению больничных коек. В разных странах их число заметно различается. Кроме того, больничная помощь относительно дорога, что служит экономическим стимулом для сокращения коечного фонда больниц. В связи с этим представляет большой интерес опыт стран, где произошло уменьшение коечного фонда, а также последствия такого сокращения для различных сторон.

В данном реферате рассмотрены изменения коечного фонда в странах Европы за последние 10 лет и даны возможные объяснения этих изменений. Однако для начала вкратце будут рассмотрены некоторые основные понятия.

Что подразумевается под больничным коечным фондом?

Этот обманчиво простой вопрос влечет за собой множество других. Во-первых, что

такое больничная койка? На этот вопрос практически невозможно ответить. Хотя число больничных коек часто используется как показатель возможностей системы здравоохранения, больничная койка — это всего лишь предмет мебели, на котором больной может лежать. Чтобы больничная койка вносила заметный вклад в способность медицинского учреждения лечить кого-либо, ей должны сопутствовать необходимая инфраструктура, включая квалифицированный медицинский и управленческий персонал, оборудование и медикаменты. Кроме того, существует множество различных типов больничных коек в зависимости от того, каким больным они предназначены. Койка для больного, проходящего реабилитацию после инсульта, значительно отличается от койки для больного с полиорганной недостаточностью, которому требуются ИВЛ, гемодиализ и инфузионная терапия. Дело осложняется еще и тем, что не все кровати, находящиеся в больнице, учитываются при подсчете коечного фонда. Это кровати для родственников больных (часто размещаемые в детских отделениях), кровати для здоровых новорожденных и койки для больных, поступающих в отделение амбулаторной хирургии. Наконец, есть некоторые предметы мебели, которые не являются койками, но могут быть причислены к ним,

например, кресла для проведения гемодиализа.

Второй вопрос: что такое больница? Это вопрос о границе между медицинской и медико-социальной помощью. Традиционно многие больные, нуждающиеся в длительном уходе, попадали в больницы скорой помощи. Сейчас значительному числу таких больных помощь оказывается в других учреждениях, таких как дома престарелых и инвалидов. Уровень такой альтернативной помощи в разных странах существенно различается вне зависимости от возрастной структуры обслуживаемых групп населения [2]. В некоторых странах часть больниц была перепрофилирована в дома престарелых и инвалидов, как это произошло в Бельгии в 1982 г. [3] Такие изменения снижают точность сравнения коечного фонда в разные годы (сокращение числа коек может быть результатом простого перепрофилирования) и между странами (если сравниваются разные типы учреждений).

В связи с проблемами, встающими при разграничении больничной и медико-социальной помощи, в данном реферате мы ограничимся вопросами, имеющими отношение только к больничным койкам для кратковременного лечения. Сокращение числа коек для длительного лечения психиатрических больных также является предметом большого числа публикаций, и может быть темой отдельного реферата.

Следует заметить, что, даже используя такое узкое определение больничной койки, избежать сложностей при международных сравнениях по-прежнему не удастся, в связи с неодинаковой организацией больничной помощи в разных странах. Таблица 1 показывает, насколько разными показателями оперируют разные страны в своих отчетах международным организациям. В частности, некоторые страны не включают в свою статистику целые сектора здравоохранения, такие как частные, военные и тюремные больницы.

Какие европейские страны больше всего сократили больничный коечный фонд?

Ясно, что ответ на этот вопрос можно дать только с учетом всех упомянутых выше оговорок. Но так или иначе, статистика, переданная во Всемирную организацию здравоохранения, показывает, что с 1990 г. число больничных коек в некоторых странах резко сократилось (рис. 1).

В абсолютных единицах наибольшие сокращения коснулись тех стран, в которых в 1990 г. было наибольшее число коек. Это республики бывшего Советского Союза, особенно кавказские и среднеазиатские, которые в 90-х гг. столкнулись с наибольшими экономическими трудностями. В процентном отношении большие сокращения произошли также в Финляндии и Швеции (на 47 и 45% коек соответственно). В остальных странах Западной Европы число больничных коек сократилось на 10—20%. Разумеется, эти цифры отражают деятельность больниц односторонне. В ряде стран, в частности Нидерландах, число коек сократилось незначительно, однако значительно снизилась занятость койки. Более подробный анализ международных тенденций развития больниц в период с середины 80-х по середину 90-х гг. провели Хеншер, Эдуардз и Стоукс [6].

Были ли эти изменения результатом реформ здравоохранения?

И снова один вопрос влечет за собой другой. Если сокращения коечного фонда являлись результатом реформы здравоохранения, были ли они целью этой реформы или ее следствием? Или сокращение произошло по другим причинам?

Ситуация везде разная. В Швеции и Финляндии значительная доля сокращений обусловлена переводом части системы здравоохранения в социальный сектор. В Швеции это было целью реформы 1992 г., в

Таблица 1. Определение больничной койки в разных странах

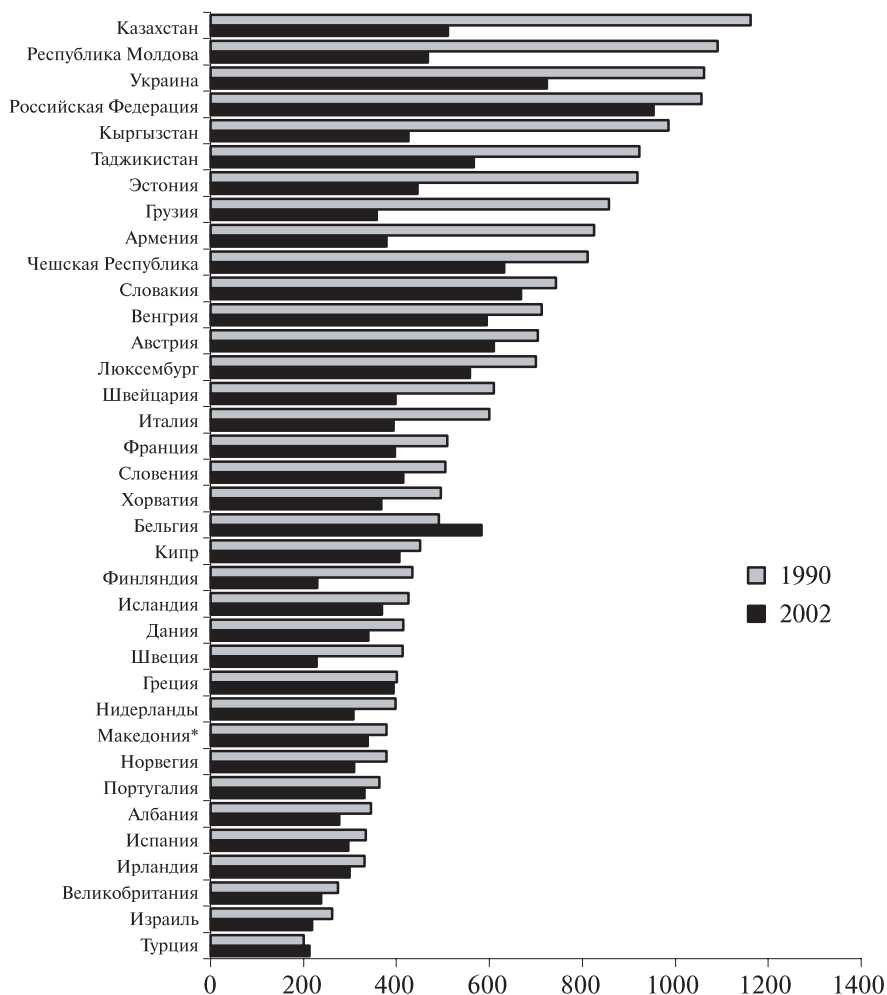
Страна	Тип коек, вошедших в отчет	Включение коек дневных стационаров
Австрия	Койки в больницах, в которых средняя длительность госпитализации не превышает 18 дней	В ряде случаев
Бельгия	Койки в больницах общего профиля, не занимающихся лечением хронических больных, гериатрической помощью и другими видами специализированной помощи	Нет
Великобритания	Относящиеся к Государственной службе здравоохранения терапевтические, хирургические и акушерские больничные койки, за исключением Северной Ирландии	По-разному
Германия	Все койки, кроме коек в психиатрических больницах и домах престарелых и инвалидов	Нет
Дания	Койки в больницах, за исключением отделений, в которых средняя длительность госпитализации превышает 18 дней (кроме психиатрических больниц — в них считаются все койки)	Нет
Ирландия	Стационарные и дневные койки больниц, финансируемых государством, средняя продолжительность госпитализации в которых составляет менее 30 дней; включая благотворительные (некоммерческие) больницы и больницы при советах здравоохранения	Да
Исландия	Терапевтические и хирургические койки крупных больниц и койки смешанных отделений маленьких больниц; число коек подсчитывается по числу койко-дней, исходя из занятости коек 90%	Нет
Испания	Койки больниц общего профиля, роддомов и других специализированных больниц и центров здоровья	Нет
Италия	Включены койки психиатрических больниц и психиатрических отделений других больниц	Нет
Нидерланды	Койки стационарных отделений больниц, предоставляющих специализированную помощь, за исключением психиатрических; включены койки для здоровых новорожденных и койки дневных стационаров	Да
Норвегия	Стационарные койки специализированных больниц и больниц общего профиля	По-разному
Португалия	Койки больниц общего профиля, роддомов и других специализированных больниц и центров здоровья	Нет
Турция	Койки государственных больниц, центров здоровья, роддомов, центров сердечно-сосудистой и торакальной хирургии и больниц, специализирующихся на хирургической травматологии и ортопедии	Да
Финляндия	Койки в стационарных отделениях больниц общего профиля и специализированных больниц и центров здоровья	Нет
Чешская Республика	Все койки в больницах общего профиля и психиатрических больницах	Нет
Швеция	Койки краткосрочного пребывания в учреждениях, находящихся в ведении ландстингов и независимых сообществ, включая терапевтические, хирургические койки, койки некоторых видов сочетанной терапевтической и хирургической помощи, койки приемных отделений и отделений интенсивной терапии	Нет

Источник: данные Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) на 2003 г. [4] и национальные документы.

результате которой обязанности по уходу за многими хроническими больными были возложены на муниципалитеты [7]. Это привело к перепрофилированию существующих стационаров и созданию новых, более удобных учреждений долговременной помощи вне больничного сектора. Од-

нако простое сравнение количества коек отдельно в каждом секторе может быть не слишком информативным, как это видно на примере Дании. Строительство новых домов престарелых и инвалидов там было прекращено в 1987 г., в дальнейшем инвестиции направлялись на строительство жи-

Рисунок 1. Число больничных коек на 100 000 населения: сравнение данных 1990 г. и 2002 г. (или последних имеющихся данных).



* Бывшая югославская республика

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, 2004 г. [5].

ля гостиничного типа для престарелых и инвалидов, а также на развитие социальной и сестринской помощи на дому [8]. В результате сокращение числа больничных коек в Дании не сопровождалось увеличением коек в медико-социальном секторе, поскольку помощь организовали по-другому. В Англии подробный анализ преобразований стационарной помощи [9] выявил, что сокращение длительности госпитализаций сопровождалось значительным ростом числа коек в частных домах престарелых и инвалидов, из-за чего общее число коек немного выросло.

В Казахстане, напротив, сокращение числа коек не было запланировано, а произошло, по большей части, вследствие прекращения центрального финансирования множества маленьких сельских больниц. Три четверти этих недостаточно загруженных и способных оказывать лишь первичную медицинскую помощь больниц были закрыты в период с 1991 по 1997 гг. [10].

В Эстонии сокращение части коек тоже произошло в результате закрытия маленьких плохо оснащенных больниц, однако в данном случае это было результатом продуманной политики по введению в 1994 г. системы аккредитации, которую эти больницы не прошли. [11]. В Республике Молдова местные органы власти преобразовали многие небольшие больницы в учреждения первичной медицинской помощи [12]. В Албании толчком к переменам стала угроза развала системы здравоохранения во время повсеместных беспорядков в стране в начале 90-х гг. В это время многие медицинские работники вынуждены были покидать сельские районы, где они работали в маленьких обветшавших больницах [13]. Впоследствии благодаря крупному займу Всемирного банка многие из этих больниц были закрыты, а другие преобразованы в учреждения первичной медицинской помощи. Однако с 1994 г. реформы в стране замедлились, в том числе из-за непрекращающихся споров о том, какие учреждения следует финансировать, а какие закрыть.

Следующий вопрос касается результатов реформ. Увенчались ли успехом реформы по сокращению числа больничных коек? Если нет, то почему? Ответ неоднозначен. Некоторые страны Западной Европы перестарались в сокращении числа больничных коек, и теперь испытывают их нехватку. К примеру, Ирландия [14], Дания, Великобритания [15] и Австралия [16] столкнулись с растущими очередями на госпитализацию, и сегодня пытаются увеличить число коек. В Великобритании ситуация осложняется тем, что в каждой из четырех частей страны (Англия, Шотландия, Уэльс и Северная Ирландия) существует свой подход к решению данной проблемы. Увеличению числа больничных коек препятствует новая система финансирования капитального строительства. Возрастание затрат на строительство приводит к тому, что новые больницы оказываются меньше прежних [17]. Надежды же на повышение эффективности работы больниц (которая оценивается по потоку пациентов) не оправдались [18]. С такими трудностями Англия столкнулась при открытии новых корпусов для плановых операций.

Кое-где преобразования еще более труднодостижимы. Опыт Западной Европы показал, что труднее всего сокращать количество коек в тех больницах, владеют которыми одни организации, а управляют — другие. Можно ожидать, что отмечающееся во многих странах увеличение самостоятельности больниц будет препятствовать преобразованиям, так как интересы отдельного учреждения будут интересоваться выше интересов системы здравоохранения в целом. Больше всего шансов на успех преобразований во Франции [20] и Испании [21]. Вопросы здравоохранения в этих странах решаются на уровне региона, т.е. принимаются во внимание все больницы и другие медицинские учреждения региона. Кроме того, преобразования там подкрепляются постоянными инвестициями в учреждения альтернативной медицинской помощи.

В некоторых странах Центральной и Восточной Европы с исходно высоким уровнем больничной помощи снижение коечного фонда шло тяжело. К примеру, в Венгрии сократить число коек удалось лишь незначительно. В ряде больниц количество коек сокращали согласно предписанию сверху. Пытались экономически стимулировать этот процесс путем введения системы клинко-затратных групп. Кроме того, поощряли местные инициативы по созданию альтернатив больничной помощи и повышению ее эффективности [22]. В Польше до конца 90-х гг. число больничных коек почти не менялось. Сокращение 13 033 больничных коек в период с 1998 по 2000 гг. (5,6% от общего числа) частично нивелировалось увеличением на 5200 числа коек для хронических больных [23]. Опыт реструктуризации больничного сектора в Центральной и Восточной Европе [24] выявил ряд неверно решенных вопросов. Кое-где не учитывалась специфика страны, в которой проводились реформы. Не везде к реформам были привлечены все заинтересованные стороны. Кроме того, не подтвердились высокие ожидания от рыночных механизмов. Сказались также недостаточная согласованность механизмов стимулирования с проводимой политикой, а также нехватка кадров для осуществления реформ.

Результаты исследований

Несмотря на важную роль больниц в системе здравоохранения, исследований по преобразованию больниц публикуется очень мало, причем большинство публикаций исходит из Канады и США. Тому есть несколько причин. Во-первых, как уже было отмечено [25], лишь в некоторых странах имеется заинтересованность финансирующих организаций в исследованиях в области здравоохранения. Во-вторых, эти иссле-

дования требуют налаженной системы сбора данных, в идеале — на популяционном уровне. В Европе такой системой располагают лишь несколько стран (например, скандинавские страны).

Множество исследований больничной помощи проведено в США, однако этот опыт во многом опирается на специфические особенности американской рыночной системы здравоохранения и малоприменим для Европы (разве что в таких узких областях, как влияние на медицинский персонал). В связи с этим наиболее важным источником информации для Европы служит Канада, где не только произошло значительное сокращение больниц, но и проведены подробные исследования этих преобразований.

Перед тем как ответить на главный вопрос — какие уроки можно вынести из опыта стран, существенно сокративших число больничных коек, — будет полезным вкратце рассмотреть два вопроса, касающиеся потребности в больничных койках.

Сколько нужно коек?

Это, вероятно, наиболее часто задаваемый вопрос. На него нет простого ответа. Определенно можно сказать только одно: потребность в больничных койках зависит от множества факторов. На некоторые из них системе здравоохранения повлиять нелегко (например, на структуру заболеваемости и социальные группы обслуживаемого населения) [26]. На другие факторы повлиять легче, например, на эффективность диагностики и лечения [27] и предоставление альтернатив больничной помощи [28]. Существует множество моделей, пытающихся учесть эти многочисленные факторы [29, 30, 31]. Эти модели могут быть полезными, однако требуют множества данных, которые зачастую оказываются недоступными [32]. Учитывая множество сложных взаимосвязей, точное определение потребности в больничных койках весьма затруднено.

Как влияет старение населения на потребность в больничных койках?

Принято считать, что старение населения повышает потребность в больничных койках. Однако это не совсем справедливо. Хотя старение населения во многих странах повышает потребность в медицинской помощи, в основном это обусловлено растущим числом хронических больных (в частности, с когнитивными нарушениями), которые в большей степени нуждаются в уходе, а не в больничной помощи [33]. Общеизвестная связь между возрастом и потребностью в больничной помощи в действительности отражает большую потребность в стационарном лечении при приближении смерти, особенно в последний год жизни. Следовательно, старение населения незначительно влияет на потребность в больничных койках [34].

Как можно снизить потребность в больничных койках?

Самый эффективный, хотя и трудный, способ снизить потребность в больничных койках — это улучшить здоровье населения. В краткосрочной же перспективе эффективными могут быть две основные группы мер: сокращение числа госпитализаций и ранняя выписка. Данные об эффективности различных мер проанализировали Хеншер и соавт. [35]. В целом необоснованные госпитализации легче всего предупредить путем создания учреждений медицинского наблюдения и других служб для направления больных в нужные учреждения. Число плановых госпитализаций можно сократить, если обследовать больных и лечить некоторые заболевания амбулаторно. Еще более результативной является политика, направленная на раннюю выписку больных. Для этого требуются альтернативные лечебные учреждения, такие как дома престарелых и инвалидов и службы, осуществляющие лечение на дому. Однако авторы

пришли к выводу, что большая часть мероприятий лишь дополняет больничную помощь, а не заменяет ее, общий объем работы при этом увеличивается. К тому же помощь на дому обходится не дешевле больничной помощи, а часто превосходит ее по стоимости.

Кохрановский обзор эффективности планирования помощи при выписке [36] показал, что оно позволяет сократить длительность госпитализации, и может снижать частоту повторных госпитализаций. Хотя экономический анализ не выявил снижения затрат на медицинскую помощь при таком планировании. В другом обзоре сравнивалось обычное стационарное лечение со схемами, сочетающими лечение в больнице с лечением на дому [37]. Сделан вывод, что хотя такие схемы и сокращают длительность госпитализации, они продлевают общую продолжительность лечения и к экономии средств также не приводят.

Все больше исследований посвящено стандартизованному лечению, которое применяется при распространенных заболеваниях и заключается в строгом выполнении протокола. Такое лечение требует системной реорганизации и согласованной работы всех необходимых служб [38, 39]. Показано, что стандартизованное лечение сокращает сроки госпитализации и расходы.

Влияние сокращения больничных коек на доступность и качество медицинской помощи

Влияние сокращения больничных коек на доступность больничной помощи населению изучалось почти исключительно в Канаде. С 1991 по 1993 гг. в Виннипеге (провинция Манитоба) было сокращено почти 10% больничных коек. Исследование показало, что доступность больничной помощи не уменьшилась, так как возросло число амбулаторных операций и ранних выписок [40]. Качество медицинской помощи (оцениваемое по смертности в тече-

ние трех месяцев после госпитализации), частота повторных госпитализаций (в течение 30 дней после выписки) и обращаемость к врачам (в течение 30 дней после выписки) не изменились. Не изменилось и состояние здоровья населения Виннипега, оцениваемое по преждевременной смертности.

Контрольное исследование [41] было проведено в 1995—1996 г. Оно подтвердило сокращение стационарной помощи наряду с ростом амбулаторных операций, ранних выписок и заметным увеличением коечного фонда домов престарелых и инвалидов. Существенно увеличилось количество некоторых вмешательств, включая операции на сердце и удаление катаракты. Как и в первом исследовании, качество помощи (оцениваемое по смертности и частоте повторных госпитализаций) после сокращения коек не изменилось. В исследовании пристальное внимание было уделено двум уязвимым группам населения — пожилым и малоимущим. Показано, что доступность и качество помощи обеим группам остались прежними.

В другом канадском исследовании [42] проанализировано влияние тридцатипроцентного сокращения коек в отделениях краткого пребывания на доступность помощи для пожилого населения Британской Колумбии. Анализировались две когорты больных. В первую входили те, кому было больше 65 лет в 1986 г., т. е. до значительного сокращения коечного фонда, во вторую — такие же больные в 1993 г., т. е. после сокращения. Общие изменения в оказании медицинской помощи были небольшими, что свидетельствует о том, что сокращение больничных услуг почти не отразилось на пожилых. Что касается полнообъемной длительной стационарной помощи, во второй когорте больных стандартизованная по возрасту смертность была выше. Это может говорить о том, что длительно в стационаре лечились более тяжелые больные, чем раньше.

В Англии, напротив, долговременная программа сокращения числа коек серьез-

но отразилась на способности системы здравоохранения к неотложной госпитализации больных [43]. Наибольшие трудности возникали зимой, во время вспышек респираторных заболеваний, в связи с чем появилось выражение «зимние перегрузки». В одном подробном исследовании, касающемся английских больниц в середине 80-х гг. [44], показано, что сокращение относительно небольшого числа терапевтических и хирургических коек незамедлительно привело к неспособности больниц принять больных с острыми заболеваниями. Одна из причин особой уязвимости Великобритании к таким трудностям заключается в давнем стремлении к повышению «эффективности» больниц, трактуемой как занятость коек 90% и более (хотя математические модели показывают, что занятость коек свыше 85% значительно увеличивает риск периодической нехватки коек и неспособности госпитализировать больных с острыми заболеваниями) [45].

Как сказывается сокращение больничных коек на помощи умирающим?

Учитывая значительную занятость больничных коек умирающими больными, возникает вопрос: не скажется ли сокращение коек на этой группе больных? Проведенное в 90-х гг. в Альберте (Канада) исследование [46] показало, что сокращение коек на 50% привело к сокращению смертей в больнице на 18,5% и уменьшению длительности последней госпитализации на 83,3%. Эти показатели частично уменьшились, когда число коек стало снова расти. Более половины больных, умерших во время своего последнего пребывания в больнице, получали только сестринский уход без каких-либо диагностических и лечебных вмешательств. Авторы пришли к выводу, что доступность коек влияла только на частоту и среднюю продолжительность госпитализаций, а выбор лечения у тяжелобольных и умирающих от нее не зависел.

Приводит ли сокращение коек к экономии средств?

Проведенные в 80-х гг. в Великобритании исследования показали, что в связи с затратами на альтернативную помощь, экономия средств от сокращения коек составила лишь 20% от расчетной [47]. В нескольких североамериканских исследованиях показано, что вопреки ожиданиям, сокращение коечного фонда больниц привело к повышению затрат на стационарное лечение одного больного. В одном случае это было результатом закрытия маленькой больницы, из-за чего больные стали лечиться в более дорогих больницах на базе учебных учреждений [48]. В другом случае сокращение коек привело к снижению числа госпитализаций, однако средняя продолжительность пребывания в больнице выросла [49]. В результате затраты на лечение одного больного увеличились. Сходным образом в 80-х гг. в Калифорнии сокращение числа госпитализаций на 11% привело к повышению затрат на одного больного на 22% [50]. Эти исследования отражают важный факт: первые дни пребывания в больнице связаны с наибольшими затратами, а стоимость последующего пребывания в больнице обычно невелика. Поэтому ранняя выписка больных дает лишь небольшую экономию. При ранней выписке в больницах увеличивается доля только что поступивших и наиболее тяжелых больных, из-за этого нагрузка на персонал, связанная с оказанием помощи одному больному, возрастает.

Как влияет сокращение коечного фонда на персонал?

Множество данных указывает на то, что сокращение коечного фонда больницы отрицательно сказывается на оставшемся персонале [51, 52], особенно переведенном на другие рабочие места [53]. Эти нежелательные последствия усиливаются плохой кадровой работой и возрастающей нагрузкой [54]. Однако при заботливом отноше-

нии к персоналу кадровые перестановки могут быть успешными. В этом случае сотрудники, переведенные на другую должность, получают больше удовлетворения от работы и испытывают меньшие перегрузки [55].

Каковы последствия закрытия маленьких сельских больниц?

Во всем мире существование маленьких сельских больниц находится под угрозой. В 1993 г. было прекращено финансирование 52 сельских больниц в провинции Саскачеван (Канада), в каждой из которых насчитывалось менее 8 коек [56]. Большинство этих больниц впоследствии было преобразовано в центры первичной медицинской помощи. Выражались опасения, что закрытие больниц отрицательно скажется на здоровье населения, но, судя по отзывам местных жителей, этого не произошло. Хотя некоторые населенные пункты столкнулись с определенными сложностями, другие приспособились достаточно хорошо. Успеха удалось достичь там, где сильное местное руководство поддерживало принятие инновационных решений, и где создавались доступные службы альтернативной медицинской помощи. Авторы пришли к выводу, что очень маленькие больницы мало влияют на уровень медицинской помощи в сельских районах. Наилучшая организация медицинской помощи достигается через творческий подход к организации первичной помощи, создание качественных служб неотложной помощи и эффективное обсуждение предполагаемых и осуществляемых реформ с населением.

Исследование, проведенное в США [57], напротив, выявило существенные отрицательные последствия сокращения сельских больниц. Возникли нехватка и текучка врачей, появились трудности в связи с утратой местных пунктов неотложной помощи, увеличилось расстояние до ближайшей больницы. По мнению медицинских работников, больше всего это сказалось на

уязвимых группах населения — пожилых, инвалидах и малоимущих, причем эти группы были в неблагоприятных условиях даже там, где больницы продолжали работать. Отсутствие транспорта и тяготы поездки снижают доступ к медицинской помощи для уязвимых групп. Авторы пришли к выводу, что необходимо решать проблемы с транспортом не только там, где больницы закрылись, но и там, где сельские больницы продолжают работать.

Однако в исследовании, изучавшем потоки больных после закрытия и реперофилирования сельских больниц в Техасе в 1985—1990 гг. [58], этих проблем обнаружено не было. В ряде случаев уменьшилось количество врачей и больничных коек, но в целом доступность больничной помощи снизилась незначительно. Как и в провинции Саскачеван, развитие альтернативных медицинских учреждений позволило сохранить доступ к медицинской помощи в отдаленных сельских районах.

Учитывая статусную роль больниц и их вклад в местную экономику, ясно, что закрытие больниц сказывается не только на медицинском персонале и больных [59]. В США проводился опрос мэров тех поселков, где между 1980 и 1988 гг. были закрыты (и больше не открывались) единственные больницы. Типичная больница располагала 31 койкой, в сутки было занято в среднем 12 коек, половина всех больных проживала не менее чем в 32 километрах от другой больницы [60]. Из 132 закрытых больниц полностью не использовались только 38%, большинство же было реперофилировано в другие медицинские учреждения, такие как амбулатории, дома престарелых и инвалидов и пункты неотложной помощи. Более 75% мэров этих поселков высказали мнение, что доступ к медицинской помощи после закрытия больниц ухудшился и что в наибольшей степени пострадали пожилые и малоимущие. Более 90% мэров считали, что закрытие больниц нанесло чувствительный удар по местной экономике.

Общим в приведенных примерах явилось реперофилирование больниц в другие медицинские службы, которые и стали основным видом медицинской помощи в сельских районах. Техасское исследование, изучавшее больницы, закрытые в период с 1985 по 1990 гг. [61], показало, что реперофилирование больниц в альтернативные медицинские учреждения чаще происходило там, где местная экономика была более благополучной, и где до этого существовало меньше альтернативных медицинских служб. Государственные больницы реже реперофилировались при закрытии, чем частные некоммерческие.

Нехватка информации

Почти все страны признают необходимость реструктуризации системы здравоохранения в связи с изменениями потребностей в медицинских услугах. В то же время сведения об этих переменах и их последствиях зачастую противоречивы и нуждаются в проверке и осмыслении. При этом в странах Европы и Средней Азии по этой теме опубликовано крайне мало исследований, хотя не исключено, что некоторые данные существуют, но не опубликованы.

Явный недостаток данных обусловлен несколькими причинами. Во-первых, в большинстве стран Европы, в отличие от Северной Америки, такие исследования не проводятся из-за отсутствия финансирования и слабой исследовательской базы. Редкое исключение составляет Великобритания. Во-вторых, стран, которые значительно сократили коечный фонд, не так много, и в их число входит несколько бывших республик Советского Союза, в которых преобразования были следствием кризиса. В-третьих, лишь небольшое число европейских стран располагает такой четкой системой сбора данных, какой располагает Канада.

Один вопрос, касающийся сокращения коечного фонда, практически не изучен.

Как изменилась нагрузка на родственников больных и других лиц, бесплатно ухаживающих за больными? Информации об этом крайне мало.

Наконец, следует принять во внимание, что данный тип исследований исключительно труден даже в самых благоприятных условиях. Методологически сложно количественно выразить нагрузку, лежащую на тех, кто ухаживает за больными. Подчас бывает трудно выявить причинно-следственные связи [62]. Поэтому, как показывают Эдуардз и Харрисон [63], многие программы реструктуризации больниц основываются на заблуждениях и ложных выводах.

Практическое значение данных

Применимость приведенных в этом реферате данных в огромной степени зависит от обстоятельств. Совершенно очевидно, что последствия сокращения больничных коек будут зависеть от исходного соотношения спроса и предложения больничных услуг. Как отмечено выше, даже небольшое сокращение коек может существенно ограничить доступ к медицинской помощи, если ситуация изначально была напряженной. Именно этим, по-видимому, и объясняются различия результатов реформ в Канаде и Великобритании. Обстоятельства порой меняются очень быстро. Изменения в одном секторе здравоохранения часто компенсируются изменениями в других. Например, сокращение больничных коек в некоторых странах сопровождалось увеличением числа коек в домах престарелых и инвалидов. Однако бывает непросто определить, где причина, а где следствие, тем более что связь обычно бывает двусторонней.

Особая трудность заключается в почти полном отсутствии данных о бывших социалистических странах Центральной и Восточной Европы и республиках бывшего

Советского Союза. Опыт североамериканских исследований к этим странам можно применять лишь с крайней осторожностью. Некоторые выводы можно сделать из отчетов по реструктуризации больниц в среднеазиатских республиках. Например, в Кыргызстане подсчитали, что в Бишкеке можно будет сократить число коек на 52% за 10 лет путем более интенсивного использования коек, небольшого сокращения длительности госпитализации, активизации амбулаторной помощи и постепенного закрытия некоторых из 26 больниц, обслуживающих город с населением 700 000 человек [64]. Сходным образом анализ данных о загруженности сельских больниц Казахстана [65] показал, что можно значительно сократить число коек (на треть в каждом районе), закрыв каждую третью сельскую больницу. Авторы отметили несколько путей еще большего сокращения больничных коек, которое позволит улучшить качество медицинской помощи, если применять правильные методы управления. Эти методы заключаются в более интенсивном использовании оставшихся коек, множество из которых длительное время пустует; во внедрении протоколов лечения, которые сокращают необоснованно длительную госпитализацию; в отказе от многочисленных неэффективных способов лечения, применяющихся с советских времен и в переходе на амбулаторное лечение многих распространенных заболеваний. Однако авторы указывают также, что на пути преобразований стоит множество препятствий нормативного порядка.

Выводы

Хотя в 90-е гг. число больничных коек сократилось во многих странах, международные сравнения проводить трудно из-за различий в методах подсчета. Кроме того, число коек — плохой показатель возможностей системы здравоохранения, поскольку койка только тогда отражает эти возмож-

ности, когда подкреплена необходимым персоналом и оборудованием.

Потребность страны в больничных койках зависит от множества обстоятельств, включая структуру заболеваемости и доступность альтернативных учреждений медицинской помощи. Сегодня некоторые страны имеют избыток больничных коек, а другие, наоборот, восполняют нехватку, вызванную предшествовавшими сокращениями. Успешность сокращения коечного фонда зависит от исходного количества коек. Сокращение коек должно сочетаться с

политикой, направленной на предупреждение ненужных госпитализаций, повышение эффективности стационарной помощи и содействие быстрой выписке. Для этого часто требуется развитие альтернативных медицинских служб, поэтому общие затраты на здравоохранение не уменьшаются.

Сокращение больничного коечного фонда часто отрицательно сказывается на медицинском персонале. Популяризация реформ и понимание того, что сокращения приведут к росту нагрузки на работников, могут помочь в решении этих проблем.

Литература

1. McKee M. *What are the lessons learnt by countries that have had dramatic reductions of their hospital bed capacity?* Copenhagen, World Health Organization, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/hen/hospitalbeds.pdf>, последнее обновление 26 мая 2004).
2. Ribbe MW et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age and Ageing*, 1997, 26(Suppl. 2):3-12.
3. Kerr E, Sibbrand V. *Health care systems in transition: Belgium*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 (http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_51, последнее обновление 5 июля 2003).
4. *OECD health data 2003: a comparative analysis of 30 countries*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development, 2003.
5. *European health for all database* [database online]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://hfabd.who.dk/hfa>, последнее обновление 5 июля 2003).
6. Hensher M, Edwards N, Stokes R. International trends in the provision and utilisation of hospital care. *BMJ*, 1999, 319:845-848.
7. Hjortberg C, Ghatnekar O. *Health care systems in transition: Sweden*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2001 (http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_11, последнее обновление 5 июля 2003).
8. Vallgarda S, Krasnik A, Vrangbsek K. *Health care systems in transition: Denmark*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2001 (http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_44, последнее обновление 5 июля 2003).
9. Hensher M, Edwards N. Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s. *BMJ*, 1999, 319:911-914.
10. Kulzhanov M, Healy J. *Health care systems in transition: Kazakhstan*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 1999 (http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_34, последнее обновление 5 июля 2003).
11. Jesse M. *Health care systems in transition: Estonia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 (http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_42, последнее обновление 5 июля 2003).
12. Cercone J, Godhino J. The elements of health care system reform in Moldova. *Eurohealth*, 2001, 7(3):40-41.
13. Nuri B. Restructuring hospitals in Albania. *Eurohealth*, 2001, 7(3):47-50.
14. Department of Health and Children. *Acute hospital bed capacity: a national review*. Dublin, Stationery Office, 2002.
15. *Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services* [consultation document on the findings of The National Beds Inquiry]. London, Department of Health, 2000.
16. Cameron PA, Campbell DA. Access block: problems and progress. *The Medical Journal of Australia*, 2003, 178:99-100.
17. Gaffney D et al. The private finance initiative: NHS capital expenditure and the private finance initiative — expansion or contraction? *BMJ*, 1999, 319:48-51.
18. Dunnigan MG, Pollock AM. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study. *BMJ*, 2003, 326:905-908.

19. Healy J, McKee M. The evolution of hospital systems. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002:14-35.
20. McKee M, Healy J. Réorganisation des systèmes hospitaliers: leçons tirées de l'Europe de l'Ouest. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 2002, 33:31-36.
21. Rico A, Sabes R, Wisbaum W. *Health care systems in transition: Spain*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 (http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_13, последнее обновление 5 июля 2003).
22. Orosz E, Holló I. Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms. *Eurohealth*, 2001, 7(3):22-25.
23. Kozierekiewicz A, Karski J. Hospital sector reform in Poland. *Eurohealth*, 2001, 7(3):32-35.
24. Healy J, McKee M. Implementing hospital reform in central and eastern Europe. *Health Policy*, 2002, 61:1-19.
25. McKee M, Healy J. The significance of hospitals: an introduction. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002:3-13.
26. McKee M et al. Pressures for change. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002:36-58.
27. Healy J, McKee M. Improving performance within the hospital. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002:205-225.
28. Hensher M, Edwards N. The hospital and the external environment: experience in the United Kingdom. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002:83-99.
29. Millard PH, McClean S, eds. *Modelling hospital resource use: a different approach to the planning and control of health care systems*. London, Royal Society of Medicine Press, 1994.
30. Trye P et al. Health service capacity modelling. *Australian Health Review*, 2002, 25:159-168.
31. Jones SA, Joy MP, Pearson J. Forecasting demand of emergency care. *Health Care Management Science*, 2002, 5:297-305.
32. Green LV How many hospital beds? *Inquiry*, 2002/2003, 39(4):400-412.
33. Hertzman C et al. Flat on your back or back to your flat? Sources of increased hospital services utilization among the elderly in British Columbia. *Social Science & Medicine*, 1990, 30:819-828.
34. McGrail K et al. Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia. *Age and Ageing*, 2000, 29:249-253.
35. Hensher M et al. Better out than in? Alternatives to hospital care. *BMJ*, 1999, 319:1127-1130.
36. Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(2).
37. Shepperd S, Iiffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(2).
38. Stephen AE, Berger DL. Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection. *Surgery*, 2003, 133:277-282.
39. Discher CL et al. Heart failure disease management: impact on hospital care, length of stay, and reimbursement. *Congestive Heart Failure*, 2003, 9:77-83.
40. Roos NP, Shapiro E. Using the information system to assess change: the impact of downsizing the acute sector. *Medical Care*, 1995, 33(12 Suppl.):DS109-DS126.

41. Brownell MD, Roos NP, Burchill C. Monitoring the impact of hospital downsizing on access to care and quality of care. *Medical Care*, 1999, 37(6 Suppl.):JS135-JS150.
42. Sheps SB et al. Hospital downsizing and trends in health care use among elderly people in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 163:397-401.
43. Hanratty B, Robinson M. Coping with winter bed crises. *BMJ*, 1999, 319:1511-1512.
44. Petty R, Gumpel M. Acute medical admissions: changes following a sudden reduction in bed numbers at Northwick Park Hospital. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 1990, 24:32-35.
45. Bagust A, Place M, Posnett JW Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *BMJ*, 1999, 319:155-158.
46. Wilson DM, Truman CD. Does the availability of hospital beds affect utilization patterns? The case of end-of-life care. *Health Services Management Research*, 2001, 14:229-239.
47. Beech R, Larkinson J. Estimating the financial savings from maintaining the level of acute services with fewer hospital beds. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1990, 5:89-103.
48. Shepard DS. Estimating the effect of hospital closure on area wide inpatient hospital costs: a preliminary model and application. *Health Services Research*, 1983, 18:513-549.
49. Shanahan M, Brownell MD, Roos NP. The unintended and unexpected impact of downsizing: costly hospitals become more costly. *Medical Care*, 1999, 37(6 Suppl.):JS123-JS134.
50. Zwanziger J et al. Comparison of hospital costs in California, New York, and Canada. *Health Affairs*, 1993, 12:130-139.
51. Valent P. The human costs to staff from closure of a general hospital: an example of the effects of the threat of unemployment and fragmentation of a valued work structure. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001, 35:150-154.
52. Armstrong-Stassen M, Cameron SJ, Horsburgh ME. The impact of organizational downsizing on the job satisfaction of nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 1996, 9:8-32.
53. Armstrong-Stassen M, Cameron SJ, Horsburgh ME. Downsizing-initiated job transfer of hospital nurses: how do the job transferees fare? *Journal of Health and Human Services Administration*, 2001, 23(4):470-489.
54. Davidson H et al. The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses. *Medical Care*, 1997, 35:634-645.
55. Burke RJ. Work experiences and psychological well-being of former hospital-based nurses now employed elsewhere. *Psychological Reports*, 2002, 91(3 Pt 2):1059-1064.
56. Liu L et al. Impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada. *Social Science & Medicine*, 2001, 52:1793-1804.
57. Reif SS, DesHarnais S, Bernard S. Community perceptions of the effects of rural hospital closure on access to care. *The Journal of Rural Health*, 1999, 15:202-209.
58. McKay NL, Coventry JA. Access implications of rural hospital closures and conversions. *Hospital & Health Services Administration*, 1995, 40:227-246.
59. McKee M, Healy J. The significance of hospitals: an introduction. In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002:3-13.
60. Hart LG, Pirani MJ, Rosenblatt RA. Causes and consequences of rural small hospital closures from the perspectives of mayors. *The Journal of Rural Health*, 1991, 7:222-245.
61. McKay NL, Coventry JA. Rural hospital closures: determinants of conversion to an alternative health care facility. *Medical Care*, 1993, 31:130-140.

62. Vingilis E, Burkell J. A critique of an evaluation of the impact of hospital bed closures in Winnipeg, Canada: lessons to be learned from evaluation research methods. *Journal of Public Health Policy*, 1996, 17:409-425.
63. Edwards N, Harrison A. Planning hospitals with limited evidence: a research and policy problem. *BMJ*, 1999, 319:1361-1363.
64. Street A, Haycock J. The economic consequences of reorganizing hospital services in Bishkek, Kyrgyzstan. *Health Economics*, 1999, 8:53-64.
65. Ensor T, Thompson R. Rationalizing rural hospital services in Kazakhstan. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1999, 14:155-167.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает и развивает научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные в результате глубокого и всестороннего изучения здравоохранения европейских стран. Она привлекает ученых, руководителей здравоохранения и практикующих врачей к анализу направления реформ в здравоохранении и созданию обзоров с использованием накопленного в Европе опыта. Подробно ознакомиться с этими публикациями, материалами конференций, обучающими программами и новыми направлениями работы Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения можно на сайте: www.observatory.dk

«Сокращение больничных коек: какие уроки следует вынести?» — шестой реферат Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Его можно прочитать также на сайте: www.observatory.dk. В этой серии ранее опубликованы рефераты: «Реформа больниц в новой Европе», «Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран», «Здравоохранение в Средней Азии», «Финансирование здравоохранения: возможности Европы», «Больница XXI века: путь преобразований».

В Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Лондонская школа экономических и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

© Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2004.