

В.В. Агаджанян

*ФГЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
г. Ленинск-Кузнецкий*

ЧТО ДАЕТ СОКРАЩЕНИЕ ЧИСЛА БОЛЬНИЧНЫХ КОЕК: ОПЫТ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН

Во многих странах произошел определенный сдвиг от экстренной помощи и длительного лечения в стационаре в сторону амбулаторного лечения и другим вариантам медицинской помощи. Сравнение между странами показывает, что существуют широкие различия в числе больничных коек, при этом относительно высокая стоимость содержания больниц привела к тому, что по политическим соображениям выдвигаются требования о сокращении коечного фонда больниц [20]. Сегодня вызывает большой интерес вопрос о том, как страны подходили к сокращению коечного фонда и какое влияние такие изменения оказали на заинтересованные стороны.

Так что же такое коечный фонд?

Уже сам этот вопрос вызывает новые вопросы. Во-первых, что такое больничная койка? Ответить на такой, казалось бы, простой вопрос практически невозможно. Хотя нередко число коек используется в качестве критерия потенциальных возможностей системы здравоохранения, койка сама по себе — это всего лишь предмет мебели, на котором может лежать больной. Для того, чтобы от койки была реальная польза для поддержания способности лечебно-профилактического учреждения лечить кого-то, койке должна сопутствовать соответствующая больничная инфраструктура, включающая обученный медицинский и управленческий персонал, оборудование и лекарственные препараты.

Второй вопрос: что такое больница? Здесь главное — это точка сопряжения между медико-санитарной и социальной помощью. Традиционно многие больницы «экстренной» помощи оказывают помощь значительному числу больных, которые получают длительный уход. Сегодня многие такие больные получают медицинскую помощь в альтернативных учреждениях, таких, как частные лечебницы или учреждения медико-социального ухода, хотя между странами имеются существенные различия в уровне оказываемой помощи, не связанные с возрастной структурой их контингентов [22]. В некоторых странах, например, в Бельгии в 1982 году [17] лечебно-профилактические учреждения, которые когда-то называли больницами, были переименованы в центры медико-социального ухода. Это имеет значение при сравнении количества койко-мест в разные периоды времени (не является ли кажущееся сокращение койко-мест простым переименованием учреждений?).

В абсолютном выражении эти сокращения были наибольшими в тех странах, в которых изначально было большое удельное количество коек, а именно в странах бывшего Советского Союза и, в частности, в республиках Кавказа и Центральной Азии, которые в 90-е годы прошлого столетия столкнулись с наибольшими экономическими трудностями. Масштабные изменения произошли также в Финляндии и Швеции, но в относительном выражении (46 % и 41 %, соответственно). В большинстве же стран Западной Европы сокращения составили от 10 до 20 %, и только в одной Бельгии в 90-е годы произошло увеличение числа коек экстренной помощи, хотя и там этому предшествовало значительное сокращение в 80-е годы.

Явились ли эти изменения результатом реформирования системы медико-санитарной помощи?

И снова этот вопрос влечет за собой еще один: даже если закрытие коек явилось результатом реформирования системы медико-санитарной помощи, было ли сокращение числа коек целью реформирования, или же оно стало нечаянным следствием? Или оно произошло по другим причинам?

Следующий вопрос, касающийся реформ с целью сокращения коечного фонда: увенчались ли реформы успехом, и если нет, то почему? Картина тут довольно пестрая. Некоторые западноевропейские страны зашли в своих успехах в сокращении числа коек экстренной помощи слишком далеко и теперь видят, что им не хватает коек. Например, с проблемой растущих очередей на госпитализацию или с трудностями госпитализации больных, нуждающихся в экстренной помощи, столкнулись Ирландия [6], Дания, Соединенное Королевство [7] и Австралия [4], и теперь они пытаются увеличить коечный фонд (несмотря на увеличение общего числа больничных коек в Англии, о чем говорилось выше). Тем не менее, в Соединенном Королевстве решению этой задачи угрожает введение новой системы финансирования капитального строительства, при которой увеличение затрат означает, что новые больницы оказываются меньше, чем те, взамен которых они строятся [28], а ожидаемых улучшений в эффективности (которая измеряется числом пропускаемых через больницу пациентов) не происходит [8].

В других странах осуществить перемены оказалось труднее. Обзор опыта Западной Европы пока-

зал, что сокращения коечного фонда (измеряемого либо числом коек, либо числом больниц) было достичь труднее там, где собственниками и распорядителями лечебно-профилактических учреждений были разные организации [14]. Вероятность успеха была особенно высока там, где, как, например, во Франции [18] и в Испании [24], предоставление медико-санитарной помощи рассматривалось сквозь призму организации на региональном уровне, учитывающей всю систему больниц и других лечебно-профилактических учреждений, и где изменения сопровождались устойчивыми капиталовложениями в альтернативные учреждения.

В отличие от Западной Европы, некоторые страны Центральной и Восточной Европы, где исторически сложились системы с высоким уровнем обеспечения стационарным лечением, столкнулись с трудностями на пути сокращения коечного фонда. Для сокращения числа фактических коек позднее потребовалось разработать (с использованием сложной формулы, учитывающей численность населения, медико-санитарные и социально-экономические индикаторы и роль различных учреждений на региональном и общенациональном уровнях) общенациональный план использования коечного фонда, при осуществлении которого проводились консультации с заинтересованными сторонами на местном уровне.

В результате изучения опыта реорганизации больницы системы был выявлен ряд проблем, которым редко находили адекватное решение, в том числе непринятие во внимание специфических условий, в которых проводились реформы, чрезмерный расчет на то, что рыночные механизмы сами приведут к переменам.

Несмотря на важную роль, принадлежащую больницам в системе здравоохранения, исследований по вопросу их реорганизации опубликовано крайне мало, главным образом в Канаде и США. Это является отражением нескольких факторов. Во-первых, как было отмечено выше, большая часть исследований работы больниц сосредоточена буквально в считанных странах [19], что отчасти объясняется желанием финансирующих учреждений финансировать исследования организационных вопросов в секторе здравоохранения. Во-вторых, для исследований оценочного характера требуется наличие развитых систем сбора данных, регистрируемых в обычном порядке, в идеале на популяционном уровне, а кроме Скандинавии мало у каких стран в Европе имеются такие системы.

Прежде чем подходить к главному вопросу о том, какие уроки можно извлечь из опыта стран, которые претерпели крупные сокращения числа больничных коек экстренной помощи, было бы, видимо, полезно вкратце остановиться на двух вопросах, касающихся потребности в больничных койках.

Сколько необходимо иметь коек и как можно уменьшить потребность в больничных койках?

Этот вопрос, пожалуй, задают чаще всего, когда спрашивают о больницах. В то же время, это такой вопрос, на который невозможно дать легкий от-

вет — разве что сказать, что это зависит от многих разных факторов, из которых одни нельзя легко изменить, как, например, структура заболеваемости и социальная структура населения [23], а другие изменяются легко, как, например, эффективность диагностики и лечения [13] и предоставление альтернатив стационарному лечению [15]. Существует много моделей, которые стремятся учесть все эти многообразные факторы [21, 12, 16]. Они могут быть полезными для проверки различных исходных допущений, но для них требуются большие объемы данных и данные, которых часто нет в наличии [10].

Самым действенным, хотя и самым сложным способом снижения потребности в больничных койках является укрепление здоровья населения. Однако в краткосрочной перспективе эффективными могут быть две широкие категории вмешательств: предупреждение госпитализации и содействие скорейшей выписке. Данные, касающиеся эффективности различных мер вмешательства, рассмотрены в работе Hensher et al. [2]. Говоря вкратце, случаев неправильной экстренной госпитализации легче всего можно избежать за счет создания разнообразных систем, в том числе отделений терапевтического наблюдения, которые могут направлять больных в места, более соответствующие их состоянию. Несрочную госпитализацию можно предупреждать посредством сдвига от стационарных хирургических операций и обследований в сторону амбулаторных.

Однако главный выигрыш должны дать крупномасштабные меры, направленные на содействие скорейшей выписке. Для этого требуется создать широкий спектр альтернатив стационарному лечению, включая учреждения медико-социального ухода и интенсивное вмешательство на дому у больного. Тем не менее, авторы пришли к заключению, что большинство вмешательств, задуманных как альтернативы стационарному лечению, на самом деле дополняют его, так что общий объем проводимой работы увеличивается еще больше. К тому же многие вмешательства, предназначенные для обеспечения жизни больных в обществе, обходятся так же дорого, как и стационарное лечение, а то и еще дороже.

Эмпирические исследования, посвященные влиянию сокращения числа коек на их занятость на популяционном уровне, почти все проводились в Канаде. В период с 1991 по 1993 гг. в г. Виннипег в провинции Манитоба было закрыто почти 10 % больничных коек экстренной помощи [25]. Авторы пришли к выводу, что это не оказало отрицательного влияния на доступ к стационарному лечению, так как сокращение коечного фонда привело к росту числа хирургических операций в амбулаторных условиях и к более ранней выписке.

В результате контрольного исследования в 1995-1996 гг. [3] был подтвержден отход от стационарного лечения, сопровождавшийся увеличением числа хирургических операций, выполняемых в амбулаторных условиях, более ранней выпиской и заметным расширением коечного фонда в учреждениях медико-социального ухода.

Иная картина наблюдалась в Англии, где долгосрочная программа сокращения коечного фонда серьезно повлияла на возможность принимать больных в экстренных случаях.

По данным исследований, проведенных в Соединенном Королевстве в 80-е годы прошлого столетия, в действительности было реализовано всего лишь около 20 % той экономии затрат, которая ожидалась от закрытия коек, что объясняется затратами на альтернативные способы лечения [1]. В результате нескольких исследований в Северной Америке было установлено, что, вопреки ожиданиям, сокращение коечного фонда больниц привело к повышению стоимости стационарного лечения. В одном случае это объяснялось тем, что закрытие небольшой больницы привело к тому, что больных стали лечить в более дорогих базовых больницах медицинских учебных заведений [27], а в другом случае сокращения числа коек привели к сокращению госпитализации, но также и к сокращению сроков пребывания в стационаре и, следовательно, к увеличению расходов на одного больного [26].

Аналогичным примером является ситуация в штате Калифорния, где сокращение на 11 % числа поступлений в 80-е годы было связано с увеличением на 22 % расходов на одного больного [5]. Эти исследования подчеркивают одно важное обстоятельство: во многих случаях наиболее ресурсоемкими оказываются первые несколько дней после поступления в стационар, а потом расходы на каждый день пребывания часто бывают незначительны. Следовательно, сокращение сроков пребывания благодаря ускоренной выписке часто дает лишь небольшую экономию расходов, если оно не ведет к закрытию целых учреждений или отделений в больнице.

Влияние закрытия больниц не ограничивается только их персоналом и пациентами, если учесть роль больницы как положительного фактора развития местной экономики и как символа гражданского статуса [19]. Более 90 % мэров считали, что закрытие больницы существенно повредило местной экономике.

Общей темой во всех этих примерах было преобразование больниц в альтернативные лечебно-профилактические учреждения, в котором видится один из способов сохранения медицинских услуг в сельских районах [11]. Необходимо, однако, еще раз подчеркнуть, как важно учитывать общую ситуацию, в которой осуществляются все изменения, отдавая себе отчет в том, что доказательства, полученные в США, могут в целом быть неприменимыми к условиям Европы и, в особенности, к странам бывшего Советского Союза.

Как это ни парадоксально, несмотря на то, что практически во всех странах признается необходимость в перестройке системы оказания медико-санитарной помощи таким образом, чтобы это отражало меняющиеся потребности, и что все согласны с тем, что такие изменения обычно носят спорный характер и только выиграют от наличия соответствующих доказательств, в печати опубликовано на удивление

мало исследований с оценкой последствий наиболее крупных изменений в Европе и Центральной Азии, хотя не исключено, что информация имеется в неопубликованных отчетах.

Имеется очень мало информации о воздействии сокращений числа коек на то бремя, которое несут родственники больных и другие лица, осуществляющие уход за ними.

В результате, как показали Edwards и Harrison, многие направления политики в отношении больницы основаны на ошибках и непонимании реалий [9].

Таким образом, в стратегиях по сокращению коечного фонда должна учитываться общая структура служб здравоохранения и социального обеспечения в данном географическом районе, и их осуществление должно сопровождаться следующими мерами:

- 1) координация программ борьбы с болезнями;
- 2) направление пациентов в те лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), где им может быть оказана наиболее квалифицированная и оптимальная медицинская помощь;
- 3) переход от стационарных к амбулаторным видам оказания медицинской помощи;
- 4) устойчивое направление инвестиций на развитие альтернативных лечебно-профилактических учреждений;
- 5) тщательное планирование перевода медперсонала в другие учреждения или отделения внутри этой же больницы;
- 6) создание механизмов, позволяющих сократить число необоснованных госпитализаций и содействующих ускоренной выписке больных.

ВЫВОДЫ:

1. Число коек, необходимых в стране, зависит от многих факторов, включая структуру заболеваемости и наличие альтернативных мест оказания помощи. Однако в настоящее время в одних странах явно наблюдается излишек коечного фонда, а в других происходит возвращение к прежнему, ранее сокращенному числу коек. Способность безболезненно перенести сокращение числа коек экстренной помощи зависит от первоначального коечного фонда больниц.
2. Стратегии сокращения коечного фонда должны включать крупномасштабные меры, направленные на снижение числа случаев необоснованной госпитализации, улучшение эффективности стационарного лечения и ухода и содействие ускоренной выписке. Для осуществления этих мер часто требуется создание альтернативных лечебно-профилактических учреждений и услуг, поэтому, хотя число коек может и сократиться, общие расходы системы здравоохранения могут при этом не уменьшиться.
3. Сокращение коечного фонда часто имеет неблагоприятные последствия для медицинских работников, хотя эти последствия можно смягчить, ес-

ли проводить надлежащую разъяснительную работу с людьми и по достоинству оценивать воз-

растающую нагрузку, которая сопровождает сокращение коечного фонда.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Beech, R. Estimating the financial savings from maintaining the level of acute services with fewer hospital beds /R. Beech, J. Larkinson //International Journal of Health Planning and Management. – 1990. – N 5. – P. 89-103.
2. Better out than in? Alternatives to hospital care /M. Hensher et al. //British Medical Journal. – 1999. – V. 319. – P. 1127-1130.
3. Brownell, M.D. Monitoring the impact of hospital downsizing on access to care and quality of care /M.D. Brownell, N.P. Roos, C. Burchill //Medical Care. – 1999. – V. 37, N 6. – P. JS135-150.
4. Cameron, P.A. Access block: problems and progress /P.A. Cameron, D.A. Campbell //Medical Journal of Australia. – 2003. – V. 178. – P. 99-100.
5. Comparison of hospital costs in California /J. Zwanziger et al. //Health Affairs (Millwood). – 1993. – N 12. – P. 130-139.
6. Department of Health and Children. Acute hospital bed capacity: A national review. – Dublin, 2002.
7. Department of Health. 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.
8. Dunnigan, M.G. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study /M.G. Dunnigan, A.M. Pollock //British Medical Journal. – 2003. – V. 326. – P. 905-908.
9. Edwards, N. Planning hospitals with limited evidence: a research and policy problem /N. Edwards, A. Harrison //British Medical Journal. – 1999. – N 319. – P. 1361-1363.
10. Green, L.V. How many hospital beds? /L.V. Green //Inquiry. – 2003. – V. 39, N 4. – P. 400-412.
11. Hart, L.G. Causes and consequences of rural small hospital closures from the perspectives of mayors /L.G. Hart, M.J. Pirani, R.A. Rosenblatt //Journal of Rural Health. – 1991. – N 7. – P. 222-245.
12. Health service capacity modeling /P. Trye et al. //Australian Health Review. – 2002. – V. 25. – P. 159-168.
13. Healy, J. Improving performance within the hospital /J. Healy, M. McKee //Hospitals in a changing Europe /eds.: M. McKee, J. Healy. – Buckingham: Open University Press, 2002. – P. 205-225.
14. Healy, J. The evolution of hospital systems /J. Healy, M. McKee //Hospitals in a changing Europe /eds.: M. McKee, J. Healy. – Buckingham: Open University Press, 2002. – P. 14-35.
15. Hensher, M. The hospital and the external environment: experience in the United Kingdom /M. Hensher, N. Edwards //Hospitals in a changing Europe /eds.: M. McKee, J. Healy. – Buckingham: Open University Press, 2002. – P. 83-99, 205-225.
16. Jones, S.A. Forecasting demand of emergency care /S.A. Jones, M.P. Joy, J. Pearson //Health Care Management Science. – 2002. – N 5. – P. 297-305.
17. Kerr, E. Health Care Systems in Transition /E. Kerr, V. Sibrand. – Copenhagen, 2000.
18. McKee, M. Réorganisation des systèmes hospitaliers: leçons tirées de l'Europe de l'Ouest /M. McKee, J. Healy //Revue Médicale de l'Assurance Maladie. – 2002. – V. 33. – P. 31-36.
19. McKee, M. The significance of hospitals: an introduction /M. McKee, J. Healy //Hospitals in a changing Europe /eds.: M. McKee, J. Healy. – Buckingham: Open University Press, 2002. – P. 3-13.
20. McKee, M. What are the lessons learnt by countries that have had dramatic reductions of their hospital bed capacity? /M. McKee //Health Evidence Network report. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003. <http://www.euro.who.int/Document/E82973.pdf>, accessed 29 August 2003.
21. Modelling Hospital Resource Use: A Different Approach to the Planning and Control of Health Care Systems /eds.: P.H. Millard, S. McClean. – London: Royal Society of Medicine Press, 1994.
22. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings /M.W. Ribbe et al. //Age and Ageing. – 1997. – V. 26, N 2. – P. 3-12.

23. Pressures for change /M. McKee et al. //Hospitals in a changing Europe /eds.: M. McKee, J. Healy. – Buckingham: Open University Press, 2002. – P. 36-58.
24. Rico, A. Health Care Systems in Transition /A. Rico, R. Sabes, W. Wisbaum. – European Observatory on Health Care Systems, 2000.
25. Roos, N.P. Using the information system to assess change: the impact of downsizing the acute sector /N.P. Roos, E. Shapiro //Medical Care. – 1995. – V. 33, N 1. – P. DS109-126.
26. Shanahan, M. The unintended and unexpected impact of downsizing: costly hospitals become more costly /M. Shanahan, M.D. Brownell, N.P. Roos //Medical Care. – 1999. – V. 37, N 6. – P. JS123-134.
27. Shepard, D.S. Estimating the effect of hospital closure on area wide inpatient hospital costs: a preliminary model and application /D.S. Shepard //Health Services Research. – 1983. – N 18. – P. 513-549.
28. The private finance initiative. NHS capital expenditure and the private finance initiative-expansion or contraction? /Gaffney D. et al. //British Medical Journal. – 1999. – V. 319. – P. 48-51.



ОПРЕДЕЛЕНА БЕЗОПАСНАЯ ДИСТАНЦИЯ ДЛЯ КУРИЛЬЩИКОВ

Британские ученые развеяли убеждение, что пребывание рядом с курящим не вредит окружающим. Исследование показало, что уличные курильщики медленно убивают людей, находящихся рядом.

Две сигареты, выкуранные на улице за час рядом с сидящим в полуметре некурящим человеком, действуют на него так же, как если бы он сидел в закрытом задымленном помещении. Единственный плюс улицы в том, что можно отодвинуться от курящего на 2,5-3 метра и избежать воздействия дыма.

Сейчас в США более 700 штатов, графств и муниципалитетов имеют законы, ограничивающие курение на открытом воздухе. Обычно запрещено курить на детских площадках, при входах в здания и в общественных местах. Один из наиболее жестких законов такого рода действует в калифорнийском городе Санта-Моника. Там запрещено курить в парках, на пляжах, вблизи банкоматов, в очередях, а также в ресторанах, действующих под открытым небом.

В докладе Главного врача США за 2006 год указано, что пассивное курение является причиной смерти десятков тысяч американцев. Пребывание рядом с зажженной сигаретой оказывает негативное влияние на сердечно-сосудистую и респираторную систему человека.

В Париже с 1 февраля запрещено курить в общественных местах, к которым отнесены предприятия, учреждения, образовательные и медицинские заведения, все виды общественного транспорта, магазины и торговые центры, театры. Исключение, правда, временное, составят рестораны, кафе, казино и дискотеки: там запрет на курение вступит в силу с 1 января 2008 года.

Впервые запрет на курение даже в пабах был введен в Ирландии, но уже через два с половиной года вопрос был вынесен на обсуждение в масштабах всего Евросоюза. Вслед за Ирландией курить запретили во всех общественных местах Шотландии (летом к ней присоединится остальная часть Великобритании). По законам Швеции, Италии и Мальты в общественных местах разрешены изолированные "курилки" с собственной системой вентиляции. С июня будущего года аналогичные законы появятся в Эстонии и Финляндии. Также в Бельгии, Литве, Испании, на Кипре, в Словении и Нидерландах действуют запреты с некоторыми исключениями для гостиниц и баров.

Пассивное курение ежегодно убивает более 79 тысяч взрослых граждан Евросоюза. В то же время, вводимые в отдельных странах антитабачные меры дают хорошие результаты, и общественность все больше их поддерживает. Опросы, проведенные институтом "Евробарометр", свидетельствуют, что 90 % граждан выступают за запрет курения на рабочих местах и в общественных помещениях.

Источник: MIGnews.com