

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ

УДК 614.21

СОКРАЩЕНИЕ БОЛЬНИЧНОЙ КОЙКИ: УРОКИ ИСТОРИИ

Э.М. ХОДОШ^{1,2}
О.А. ЕФРЕМОВА³

¹⁾ Харьковская медицинская академия
последипломного образования

²⁾ Харьковская городская клиническая
больница № 13, Украина

³⁾ Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет

e-mail: gen_khodosh@mail.ru

Предлагаемая читателю статья является попыткой расширить понимание деятельности стационаров, функция которых зависит во многом от объёма коечного фонда. Авторов побудила к этому исследованию современная тенденция мирового масштаба, заключающаяся в сокращении стационарных коек. Однако, несмотря на их повсеместное сокращение, «койки» постоянно напоминают о себе тем, что они не являются сухими и абстрактными «историческими категориями». Более того, несмотря на повсеместное сокращение коечного фонда, каждая страна столкнулась со своими «камнями преткновения», своими решениями и своим путём развития здравоохранения. То есть, проблема оказалась настолько сложной и неопределённой в историческом, экономическом, профессиональном, политическом, организационном и других аспектах, что разобрать все вопросы по реформированию стационарных коек в журнальном или газетном варианте, оказалось мало возможным.

Ключевые слова: больничная койка, реформа, сокращение, здравоохранение, перепрофилирование.

Чтобы рассмотреть суть предлагаемой темы, мы, прежде всего, должны осознать, что величие реформ заключается в величии прогностически выверенных и вместе с тем прагматически обусловленных решений и критериев. Достаточно вспомнить традиционную результативность здравоохранения, которая оценивается по социально-демографическим параметрам: заболеваемость, распространённость, смертность и др., а также медико-статистическим критериям: посещаемость, выполнение плана койко-дня и т.д. История отпустила этим показателям время для эволюционного развития. Правда, для их существования в системе Семашко Н.А. требовалась мобилизация государственных ресурсов и, прежде всего, индустриализация промышленности, интенсификация сельскохозяйственного производства, а также командно-административная система управления [1].

Тем не менее, на сегодняшний день, как и раньше, посещаемость и план койко-дня остаются основными экономическими показателями функционирования бюджетных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). А перечисленные выше параметры, отражающие деятельность здравоохранения, никогда не были анонимны, так как по своей сути не могли сводиться только к цифровым показателям или «теоретическим разгадываниям». Они всегда были персонифицированы через больного человека. Вот почему следует понять, сформирована ли вообще перспективная модель здравоохранения на Украине и понимание того, какая реформистская роль в ней отводится сокращению коечного фонда?

Как известно, понятие больничной койки не является однозначным, так как это не только единица мебели, состоящая на балансе того или иного ЛПУ. Понятие больничной койки, с точки зрения лечебно-диагностического процесса, рассматривается в контексте соответствующей инфраструктуры, которая включает административную и медицинскую службу, институт ухода, медикаменты и



инженерно-технический персонал. Кроме того, существует множество различных типов больничных коек в зависимости от того, каким больным они предназначены. В целом, больничные койки включают, прежде всего, стационары в государственных и частных учреждениях общего профиля и специализированных больницах, а также реабилитационных центрах. Обычно учитываются «койки» для больных с острыми и хроническими заболеваниями [2].

В то же время, реабилитационная койка по поводу любой патологии значительно отличается от «койки» для больного с полиорганной недостаточностью, которому может потребоваться ИВЛ, инфузионная коррекция и т.д., а хирургическая койка не во всём равнозначна терапевтической. В некоторых странах понимание 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 хирургии одного дня. А куда относить койки дневного стационара в отечественных поликлиниках? Наконец, есть некоторые предметы мебели, которые не являются койками, но могут быть причислены к ним, например, кресла, в которых находится больной при проведении гемодиализа.

Так или иначе, но больничная койка, а вернее всё, что за ней кроется (организационного, лабораторного, клинического и т.д.), требует кропотливой, рациональной и трудоёмкой деятельности, основанной на стандартах, так как течение болезни может иметь положительный и отрицательный вектор, что, в свою очередь требует своевременного и адекватного ответа. То есть, больничная койка – это не отрасль экономики; это сплав творчества, бесконечного пути познания и способности осознавать клиническую ситуацию и больного как биологически, так и социально.

Ясно, что ответы на поставленные вопросы можно дать только с учетом упомянутых выше и множества других позиций и лучше в историческом аспекте, что и следует далее. Так или иначе, но статистика, анализируемая Всемирной организацией здравоохранения, посвящённая сокращению больничных коек, показала, что с 1990 г. их число сократилось во многих странах мира. В абсолютных числах наибольшие сокращения коснулись тех стран, в которых в 1990 г. было наибольшее число коек. Это, прежде всего, республики бывшего Советского Союза, которые в 90-х гг. прошлого столетия столкнулись с наибольшими экономическими проблемами. Тем не менее, в процентном отношении существенные сокращения прошли 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 уменьшение количества коек односторонне, так как непонятно, произошло сокращение тех коек, которые были непрофильными (например, хирургические койки, которые могут заполняться «консервативными» больными) или вообще из-за невыполненного плана койко-дня или низкой оперативной активности или из-за экономической несостоятельности здравоохранения. Тем не менее, в ряде стран, в частности в Нидерландах, число коек сократилось не намного, однако значительно снизилась занятость койки, то есть увеличился её оборот. Хотя данных о том, сопровождался ли увеличенный оборот койки увеличением штатного ресурса, не было представлено.

Не менее интересно и то: были ли эти сокращения целью реформы здравоохранения или её следствием, или вообще по каким-то другим причинам? Естественно ситуация везде разная. В Швеции и Финляндии значительная доля сокращений обуславливалась переводом определённой части здравоохранения в социальный сектор. В Швеции это было целью реформы (1992 г.), в результате, которой обязанности по уходу и лечению за многими хроническими больными были возложены на муниципалитеты [3]. Это привело к репрофилированию существующих стационаров и созданию новых, более удобных учреждений долговременной помощи внебольничного сектора. Однако репрофилирование больничных коек при дефиците кадров может принести больше вреда, чем пользы, считают некоторые эксперты. Усугубляется проблема сокращения и территориальным фактором: сокращение единственной в населенном пункте «неэффективной» поликлиники не сделает доступнее качественную медицину. То есть, «...ни один оперативный план не может быть неизменным после первой встречи с главными силами противника» (Мольтке).

Таким образом, не вызывает никакого сомнения, что простое сравнение количества коек, даже, в одном стационаре и отдельно в каждой стране, без оперативного плана, не всегда является информативным, как это видно на примере Дании. Строительство новых домов для престарелых и инвалидов там было прекращено в 1987 г., так как в дальнейшем инвестиции направлялись на строительство жилья гостиничного типа для престарелых и инвалидов, а также на развитие социальной и сестринской помощи на дому [4]. В результате сокращение числа больничных коек в Дании не сопровождалось увеличением коек в медико-социальном секторе, поскольку помощь организовывалась иначе.

В Англии анализ преобразований стационарной помощи [5] выявил, что сокращение длительности госпитального периода сопровождалось значительным ростом числа коек в частных домах престарелых и инвалидов, из-за чего общее число коек немного выросло.

В Украине, напротив, сокращение числа коек не было запланировано, а произошло, по большей части, вследствие прекращения центрального финансирования множества сельских участковых больниц (СУБ), родильных домов и отделений (из-за снижения рождаемости), а также фтизиатриче-



ских коек. Три четверти СУБ недостаточно загруженных и способных оказывать лишь первичную медицинскую помощь были закрыты в период с 2000 г. по настоящее время. Правда, в дальнейшем многие из них были преобразованы в пункты первичной медицинской помощи, которые, по-прежнему, малооборудованы, что не даёт возможности реализовывать стандарты диагностики и лечения, то есть снижает доступность здравоохранения [6]. В этом смысле отечественное, всё ещё советское, здравоохранение работает "от противного", то есть, то или иное ЛПУ лидирует не за счет своего преимущества, а за счет слабости коллег. Для того чтобы ЛПУ было лучшим, не нужно, чтобы там было все хорошо — нужно, чтобы у оппонента было хуже.

Какую же роль в данном соотношении сил играет сокращение больничных коек? В Эстонии сокращение части коек произошло в результате закрытия плохо оснащенных небольших больниц, однако в данном случае это было результатом продуманной политики по введению в 1994 г. системы аккредитации, которую эти больницы не прошли. [7, 8]. В Республике Молдова местные органы власти преобразовали многие небольшие больницы в учреждения первичной медицинской помощи [9]. В Албании толчком к переменам стала угроза развала системы здравоохранения во время повсеместных противостояний в стране в начале 90-х гг. В это время многие медицинские работники вынуждены были покидать сельские районы, где они работали в маленьких полуразрушенных больницах [10]. Впоследствии, благодаря крупному займу Всемирного банка многие из этих больниц были преобразованы в учреждения первичной медицинской помощи, а другие закрыты. Однако с 1994 г. реформы в стране замедлились, в том числе из-за непрекращающихся споров о том, какие учреждения следует финансировать, а какие закрыть.

Каковы же результаты закрытия маленьких сельских больниц? Во всем мире существование маленьких сельских больниц остаётся под угрозой. В 1993 г. было прекращено финансирование 52 сельских больниц в провинции Саскачеван (Канада), в каждой из которых насчитывалось менее 8 коек [11]. 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 [12], напротив, выявило существенные отрицательные последствия сокращения сельских больниц. Возникла 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 поездок 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 перепрофилирования сельских больниц в Техасе в 1985-1990 гг. [13], 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. 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. Из 132 закрытых больниц полностью не использовались только 38%, большинство же было перепрофилировано 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 перепрофилирование 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. [14], показало, что перепрофилирование 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 перепрофилировались при закрытии, чем частные некоммерческие.



В России с 2000 по 2012 год число больниц сократилось на 42% – с 10,7 до 6,2 тыс., а поликлиник на 23% – с 21,3 до 16,5 тыс. И, естественно, на 19% сократилось число больничных коек. Если в 2000 году на 10 тыс. человек в стране приходилось 115 коек, то в 2012 году их было уже – 93. Такие данные обнародовал Росстат в ежегодном статистическом сборнике «Здравоохранение в России». В одной только Новосибирской области зарегистрировано 17,52 койки на 1 тыс. жителей, что сравнимо со Швейцарией – там 18,3 (Организации экономического сотрудничества и развития – ОЭСР). Впрочем, подобная статистика не делает качество российского здравоохранения лучше, чем оно есть. В Европе, с ее известными успехами в области амбулаторного лечения, нет смысла в большом количестве стационаров. В то же время на Украине, да и в России, зачастую, госпитализируются больные из-за несостоятельности участковой службы, и поэтому пациент имеет все шансы оказаться на раскладушке в коридоре, так как коек на всех не хватает [15].

В Украине зарегистрирована 81 койка на 10 тысяч населения. Сумская область опережала, имея 87 коек на 10 000 человек, и чтобы не проводить сокращение мест для больных, проведено перепрофилирование излишка коек в хосписы. На сегодняшний день данная область имеет всего 30 таких койко/мест, притом, что в ней насчитывается около 13 тысяч лежачих одиноких больных.

Какое же коечное соотношение Украины с другими странами? Первое место в мире по количеству больничных коек на 10 тысяч жителей занимает Япония (139). Далее в этом списке следуют КНДР (132 койки) и Белоруссия (112 коек). По информации ВОЗ, на каждые 10 тысяч жителей РФ приходится 97 мест в стационарах. Согласно ОЭСР на 1 000 населения больничных коек в Германии – 9,2, Франции – 8,4, Великобритании – 4,1, США – 3,6 и в Швейцарии – 5,0 (2011). В 1991 г в Швейцарии количество коек на 1 000 населения составляло – 19,9.

Необходимость в определённом количестве больничных коек обусловлено и количеством населения стран. По состоянию на 1 августа 2014 года, в Украине проживало менее 43 млн. человек, сообщили в Госслужбе статистики. Более точно, – 42 млн. 981 тыс. 850 жителей без учета населения Крыма. Кроме того, численность населения продолжает падать на фоне естественной убыли и военного конфликта в восточных регионах. Так, по состоянию на 1 июля 2014 г. по сравнению с августом 2013 года украинцев стало меньше на 132,2 тыс. человек. В Госстате рассказали, что за первое полугодие 2014 г. в Украине умерло 379 691 тыс. человек, а родилось 276 512 тыс. детей [16].

Следующий вопрос касается результатов реформ. Увенчались ли успехом реформы по сокращению числа больничных коек? Если нет, то почему? Ответ опять-таки неоднозначен. Некоторые страны Западной Европы перестарались в сокращении числа больничных коек, и теперь испытывают их нехватку. К примеру, Ирландия [17], Дания, Великобритания [18] и Австралия [19] столкнулись с растущими очередями на госпитализацию, что привело к увеличению числа коек. Правда, сегодняшнему здравоохранению Украины это не грозит, так как госпитализация в бюджетные стационары круглосуточная, невзирая на силы и средства отдельно взятого стационара и здравоохранения в целом.

В Соединённом королевстве ситуация осложняется и тем, что в каждой из четырех её частей (Англия, Шотландия, Уэльс и Северная Ирландия) существует свой подход к решению данной проблемы. Например, увеличению числа больничных коек препятствует новая система финансирования капитального строительства, так как возрастание затрат на строительство сопряжено с тем, что новые больницы оказываются меньше прежних [20].

Ещё одна существенная проблема функционирования больничной койки – надежды на повышение эффективности работы больниц, благодаря сохранению потока пациентов, что, в целом, не оправдалось. С такими трудностями Англия столкнулась при открытии новых корпусов для плановых операций. Кое-где преобразования оказались еще более труднодостижимы. Опыт Западной Европы показал, что труднее всего сокращать количество коек в тех больницах, которыми владеют одни организации, а управляют – другие. Можно ожидать, что отмечающееся во многих странах увеличение самостоятельности больниц препятствует преобразованиям, так как интересы отдельного учреждения ставятся выше интересов системы здравоохранения той или иной страны.

Больше всего шансов на успех преобразований оказались во Франции [21] и Испании [22]. Вопросы здравоохранения в этих странах решались и 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 конечного 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 клинико-затратных групп. Кроме того, поощряли местные инициативы по созданию альтернатив больничной помощи и повышению ее эффективности [23]. 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 [24].



Опыт реструктуризации больничного сектора в Центральной и Восточной Европе [25] 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. Сказалась также недостаточная согласованность механизмов стимулирования с проводимой политикой, а также нехватка кадров для осуществления реформ.

Одним из основных показателей, отражающим уровень развития страны, является обеспечение населения врачами. Германия опередила страны Европейского Союза по количеству врачей, сообщает Евростат. В этой стране более 281 тыс. практикующих врачей. Италия и Франция немного отстают – у них около 215 и 214 тыс. работников медицинской отрасли. По данным ВОЗ число врачей на 10 тыс. населения в среднем в Европе составляет 36, в странах Восточной Европы – 33,2. Средний показатель для стран СНГ – 37,2. В Украине показатель обеспеченности врачами составляет 26,5 на 10 тыс. населения, сообщает пресс-служба МОЗ Украины. Ещё плачевнее обеспеченность средним медицинским персоналом, который составляет отношение врач-медицинская сестра – 1:1, в то время как в мире это отношение представлено 1:3-5. Не развит у нас и институт ухода за стационарными больными.

Несмотря на важную роль больниц в системе здравоохранения, исследований по преобразованию больниц проводится очень мало, причем большинство из них исходит из Канады и США. Тому есть несколько причин. Во-первых, лишь в некоторых странах имеется заинтересованность финансирующих организаций в исследованиях в области здравоохранения. Во-вторых, эти исследования требуют налаженной системы сбора информации, 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, не имеющей обязательного медицинского страхования и поэтому малоприменимом 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 больничных коек, вследствие закрытия 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. Первое. Сколько вообще нужно коек в том или ином регионе? На него нет однозначного ответа. Сказать можно только то, что 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 как бы легче, например, на эффективность диагностики и лечения [27] и предоставление альтернатив больничной помощи [28]. Существует множество моделей, пытающихся учесть эти многочисленные факторы [29, 30]. Эти модели могут быть полезными, однако требуют множества превосходящих параметров, которые оказываются, зачастую, недоступными. Таким образом, учитывая сложность взаимосвязей, точное определение потребности в больничных койках остается крайне затруднительным.

Следующий немаловажный вопрос. Какими методами можно снизить потребность в больничных койках? Самый эффективный, порой фантастический, способ – это улучшить здоровье населения, что мало вероятно и не зависит только от здравоохранения. 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. [31]. В целом, необоснованные госпитализации легче всего предупредить путем аудита, то есть создания учреждений медицинского контроля и других служб для направления больных в нужные учреждения и по объективным показаниям. 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 [32] 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 [33]. Сделан вывод, что хотя такие схемы и сокращают длительность госпитализации, но 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 стандарта. Такое лечение требует системной реорганизации и согласованной работы всех необходимых служб. Показано, что стандартизованное лечение сокращает сроки госпитализации и расходы.



Ещё одна важная проблема – влияет ли сокращение больничных коек на доступность и качество медицинской помощи? Ответ на этот вопрос изучался, в основном, в Канаде в Виннипеге (провинция Манитоба), то есть в том городе, где были предложены критерии антибактериальной терапии инфекционного обострения ХОБЛ («Виннипегские критерии»). Безусловно, и прежде всего, следует учитывать, что Канадская система здравоохранения финансируется государством, то есть имеет обязательное медицинское страхование, а медицинское обслуживание находится в ведомстве местных провинциальных властей, а не федерального правительства. Системы здравоохранения каждой провинции или территории связаны едиными принципами, которые устанавливаются на общегосударственном уровне. Так вот, с 1991 по 1993 гг. в Виннипеге было сокращено до 10% больничных коек. Исследование показало, что доступность больничной помощи не уменьшилась, так как увеличилось число амбулаторных операций и ранних выписок [34]. Качество медицинской помощи (оцениваемое по смертности в течение трёх месяцев после выписки из госпиталя), 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 [35] было проведено в 1995-1996 гг. Оно подтвердило сокращение стационарной помощи наряду с ростом амбулаторных операций, ранних выписок и заметным увеличением коечного фонда домов престарелых и инвалидов. Также 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 обоим группам остались прежними. В другом канадском исследовании [36] проанализировано влияние тридцатипроцентного сокращения коек в отделениях краткого пребывания на доступность помощи для пожилого населения Британской Колумбии. Анализировались две группы больных. В первую входили те, кто был старше 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 группе 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 серьёзно отразилась на способности системы здравоохранения к неотложной госпитализации больных [37]. Наибольшие трудности возникали во время вспышек острых респираторных заболеваний, особенно зимой, в связи с чем появилось выражение «зимние перегрузки». В одном подробном исследовании, касавшемся английских госпиталей в середине 80-х гг. [38], было 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) [39].

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 [40] 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. Правда нет информации, был ли у них уже установлен диагноз, и вообще какой процент клинко-патологоанатомических расхождений. Тем не менее, 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.

Актуален и другой вопрос: приводит ли сокращение стационарных 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 [41]. В нескольких североамериканских исследованиях раскрыто, 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 [42]. В другом случае сокращение коек привело к снижению числа госпитализаций, однако средняя продолжительность пребывания в больнице выросла [43]. В результате затраты на лечение одного больного увеличились. Аналогичным образом в 80-х гг. в Калифорнии сокращение числа госпитализаций на 11% привело к повышению за-



трат на одного больного на 22% [44]. 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.

А как же влияет сокращение коечного фонда на персонал? Множество данных указывает на то, что сокращение коечного фонда больницы отрицательно сказывается на оставшемся персонале, особенно переведенным на другие рабочие места [45]. Эти нежелательные последствия усиливаются плохой кадровой политикой и возрастающей производственной нагрузкой [46]. Однако при внимательном и объективном отношении к персоналу ротационные перестановки могут быть плодотворными. В этом случае сотрудники, переведенные на другую должность, получают больше удовлетворения от работы и испытывают меньшие перегрузки [47].

Выводы:

Хотя в 90-е гг. прошлого столетия 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 возможности, когда подкреплена необходимым персоналом и оборудованием. Потребность страны в больничных койках зависит от множества условий, 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.

В заключение следует также отметить, что опыт сокращения стационарных коек часто не оправдывал ожидания, а качество помощи, особенно её доступность, снижалось. Более того, обещанные экономические выгоды, так и не были достигнуты (Информационная сеть по вопросам здравоохранения Health Evidence Network, 2003 г.).

Литература

1. Динамика численности медицинских учреждений за последнее двадцатилетие. Медико-правовой портал " 2014 – Режим доступа : 103-law.org.ua", свободный. – Загл. с экрана.
2. Ходош, Э. М. Больница и больничная койка / Э. М. Ходош // Новости медицины и фармации. 2014. – № 3 (487) – С. 22-24.
3. Hjortsberg C, Ghatnekar O. Health care systems in transition: Sweden. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems. – 2001 Режим доступа : http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_11, последнее обновление 5 июля 2003 – свободный. – Загл. с экрана.
4. Vallgarda S, Krasnik A, Vrangbsek K. Health care systems in transition: Denmark. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems. – 2001 – Режим доступа : http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_44, последнее обновление 5 июля 2003, свободный. – Загл. с экрана.
5. Hensher M, Edwards N. Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s. / M. Hensher, N. Edwards // *BMJ*. – 1999. – № 319. – P. 911-914.
6. «Реформа здравоохранения: уроки «пилотирования» – отчет «CASE Украина» 2015 – Режим доступа : <http://www.the-medical-practice.com/news/case1>, свободный. – Загл. с экрана.
7. Jesse M. Health care systems in transition: Estonia. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000 – Режим доступа : http://euro.who.int/observatory/hits/20020524_42, последнее обновление 5 июля 2003, свободный. – Загл. с экрана.
8. Здравоохранение в Эстонии. 16 ноября 2013 – Режим доступа <http://uborshizzza.livejournal.com/2775269.html>, свободный. – Загл. с экрана.
9. Cercone, J. The elements of health care system reform in Moldova / J. Cercone, J. Godhino // *Eurohealth*, 2001. – № 7 (3). – P. 40-41.
10. Nuri, B. Restructuring hospitals in Albania. / B. Nuri // *Eurohealth*. – 2001. – № 7 (3). – P. 47-50.
11. Impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada / L. Liu [et al.] *Social Science & Medicine*, 2001. – № 52. – P. 1793-1804.
12. 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. – P. 202-209.
13. McKay, N.L. Access implications of rural hospital closures and conversions / N.L. McKay, J.A. Coventry // *Hospital & Health Services Administration*. – 1995. – № 40. – P. 227-246.



14. McKay, N.L. Rural hospital closures: determinants of conversion to an alternative health care facility / N.L. McKay, J.A. Coventry // *Medical Care*, 1993. – №. 31. – P. 130-140.
15. *Здравоохранение: последние изменения 24.02.2014*. Рубрика основана на материалах работы Александра Гражданкина и Сергея Кара-Мурзы «Белая книга России. Строительство, перестройка и реформы: 1950-2012 гг.» 2015 – Режим доступа : <http://centero.ru/whitebook/zdravookhranenie-poslednie-izmeneniya>, свободный. – Загл. с экрана.
16. Реформа с прицелом, мишень — человек. 07.07.2014. Сергей Кузбасский.
17. Department of Health and Children. Acute hospital bed capacity: a national review. Dublin, Stationery Office, 2002.
18. 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.
19. Cameron, P.A. Access block: problems and progress. *The Medical Journal of Australia* / P.A. Cameron. – 2003. – № 178. – P. 99-100.
20. The private finance initiative: NHS capital expenditure and the private finance initiative — expansion or contraction? / D. Gaffney [et al.] // *BMJ*, 1999, 319:48-51.
21. McKee, M. Rãorganisation des systèmes hospitaliers: leçons tirées de l'Europe de l'Ouest / M. McKee, J. Healy // *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. – 2002. – № 33. – P. 31-36.
22. 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).
23. Orosz, E. Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms. *Eurohealth* / E. Orosz, I. Holli. – 2001. – № 7 (3). – P. 22-25.
24. Kozierkiewicz, A. Hospital sector reform in Poland. *Eurohealth* / A. Kozierkiewicz, J. Karski // 2001. – № 7 (3). – P. 32-35.
25. Healy, J. Implementing hospital reform in central and eastern Europe / J. Healy, M. McKee // *Health Policy*, 2002. – № 61. – P. 1-19.
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. Health service capacity modelling / P. Trye [et al.] // *Australian Health Review*, 2002. – № 25. – P. 159-168.
31. Better out than in? Alternatives to hospital care / M. Hensher [et al.]. – *BMJ*, 1999. – № 319. – P. 1127-1130.
32. Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(2).
33. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in patient hospital care (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003(2).
34. 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.
35. 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.
36. Hospital downsizing and trends in health care use among elderly people in British Columbia / S. B. Sheps [et al.] // *Canadian Medical Association Journal*, 2000. – № 163. – P. 397-401.
37. Hanratty, B. Coping with winter bed crises / B. Hanratty, M. Robinson // *BMJ*, 1999. – № 319. – P. 1511-1512.
38. Petty, R. Acute medical admissions: changes following a sudden reduction in bed numbers at Northwick Park Hospital. / R. Petty, M. Gumpel // *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 1990. – № 24. – P. 32-35.
39. Bagust, A. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model / A. Bagust, M. Place, J. W. Posnett // *BMJ*, 1999. – № 319. – P. 155-158.
40. Wilson, D. M. Does the availability of hospital beds affect utilization patterns? The case of end of life care / D. M. Wilson, C. D. Truman // *Health Services Management Research*, 2001. – № 14. – P. 229-239.
41. Beech, R. Estimating the financial savings from maintaining the level of acute services with fewer hospital beds. / R. Beech, J. Larkinson // *The International Journal of Health Planning and Management*, 1990. – № 5. – P. 89-103.
42. 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. – № 18. – P. 513-549.
43. 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.
44. Comparison of hospital costs in California, New York, and Canada / J. Zwanziger [et al.] // *Health Affairs*, – 1993. – № 12. – P. 130-139.
45. Downsizing initiated job transfer of hospital nurses: how do the job transferees fare? / Stassen M. Armstrong // *Journal of Health and Human Services Administration*, 2001. – № 23(4). – P. 470-489.
46. The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital based nurses / H. Davidson [et al.] // *Medical Care*. – 1997. – № 35. – P. 634-645.
47. Burke, R. J. Work experiences and psychological well-being of former hospital based nurses now employed elsewhere. / R. J. Burke // *Psychological Reports*. – 2002. – № 91 (3 Pt 2). – P. 1059-1064.



THE HOSPITAL BED REDUCTION: HISTORY LESSONS

E.M. HODOSH^{1,2}

O.A. EFREMOVA³

*¹⁾ Kharkov Medical Academy
of Postgraduate Education*

*²⁾ Kharkiv City Clinical Hospital №13,
Ukraine*

*³⁾ Belgorod National
Research University*

e-mail: gen_khodosh@mail.ru

The present paper is an attempt to expand the understanding of hospital performance, the function of which depends largely on the amount of beds. The authors of this study were led by the current trend of global scale, which consists in hospital beds reducing. However, despite their widespread decline, "Hospital beds" constantly remind about themselves that they are not pure and abstract "historical categories." Moreover, despite the widespread decline in the beds number, each country faced its own "stumbling block", their decisions and their own way of the healthcare development. That is why, as the problem is so complex and uncertain in the historical, economic, professional, political, organizational, and other aspects that it wasn't possible to make out all the questions on the reform of hospital beds in a magazine or newspaper version.

Key words: hospital bed, reform, reduction, health care, profile re-orientation.