

А. М. ВЯЗЬМИН, А. Ю. СОКОЛОВ, М. В. ЩАВЕЛЕВА, Л. В. ШВАБ, С. Ф. НОВИЦКАЯ

ОПТИМИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ЕВРОПЕЙСКОГО ОПЫТА

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Среди наиболее активно обсуждаемых проблем здравоохранения особое место занимает вопрос о совершенствовании медицинской помощи в стационарных условиях. Являясь фактически ключевым элементом системы здравоохранения, больницы потребляют (в разных странах) от 40 до 70% консолидированного бюджета здравоохранения; здесь трудится значительная часть врачебного и сестринского персонала. В условиях стационара оказывается большой объем специализированной медицинской помощи и реализуется абсолютное большинство высоких технологий. Как правило, на базах стационаров организуется работа университетских кафедр, наиболее активно ведется инновационная и внедренческая деятельность. В то же время стационарная помощь по сравнению с амбулаторной менее доступна для населения. Нигде в мире практически не решен вопрос о выборе оптимальной парадигмы соотношения помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях. Общеизвестно, что одна из составляющих его решения — оптимизация работы стационаров, в основе которой должны лежать базисные принципы политики в области здравоохранения — доступность, качество и эффективность оказываемой помощи. В статье с использованием базы данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» и официальных статистических сборников Министерства здравоохранения Республики Беларусь проанализированы некоторые тенденции развития медицинской помощи в условиях стационара, в том числе сложившиеся в Республике Беларусь.

Ключевые слова: здравоохранение, стационар, больничная помощь, реструктуризация, коечный фонд.

Improvement of the inpatient medical care is among the most actively discussed healthcare problems. Hospitals as a key element of the healthcare system consume 40% to 70% of the consolidated healthcare budget (in different countries); a considerable part of medical and nursing staff is employed there. A large volume of the specialized medical care is provided at inpatient settings with the majority of high technology interventions being done inpatient. As a rule, the departments of medical universities are located in inpatient settings and the innovative and implementation work is actively conducted there. At the same time, the inpatient care is often less available to the population as compared to the outpatient care. An optimum paradigm of the inpatient-to-outpatient care ratio is not proposed anywhere in the world. It is generally accepted that one of the components of solving this problem is the inpatient service activity optimization basing on the main principles of the healthcare policy — the provided care availability, quality and efficiency. In the article, the database of the WHO Regional Office for Europe "Health for All" and official statistical reports of the Ministry of Public Health of the Republic of Belarus are used in order to analyze some trends in developing the inpatient medical care (in the Republic of Belarus including).

Key words: healthcare, inpatient setting, hospital care, restructuring, bed fund.

HEALTHCARE. 2018; 4: 22—27.

OPTIMIZING INPATIENT MEDICAL CARE TAKING INTO ACCOUNT EUROPEAN EXPERIENCE

A. M. Vyazmin, A. Yu. Sokolov, M. V. Schaveleva, L. V. Shvab, S. F. Novitskaya

Смещение акцентов при оказании медицинской помощи со стационарного на амбулаторное звено, которое в ряде случаев может быть обозначено как деинституционализация, является одним из наиболее реализуемых, изучаемых и обсуждаемых вопросов развития здравоохранения. На практике это выражается прежде всего в действиях по сокращению и реструктуризации коечного фонда стационаров. В то же время необходимо отметить, что процессы, имеющие место в мировом здравоохранении и касающиеся «статуса» стационарной помощи, по ряду причин не получили единого во всех странах тренда. На постсоветском пространстве стационарная помощь, длительное время формировавшаяся в условиях гиперпатерна-

листской системы государственного здравоохранения СССР, играла более важную роль, чем в странах Восточной, Центральной и особенно Западной Европы, раньше других пришедших к осознанию экономической целесообразности сокращения коечного фонда. База данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» [1] позволяет увидеть межгосударственные различия в вопросе сокращения количества больничных коек как в странах бывшего Советского Союза, так и в странах Западной и Восточной Европы (рис. 1—3).

В Западной Европе лидером по числу функционирующих коек выступает Германия, где подушевой показатель обеспеченности больничными койками в полтора раза выше, чем

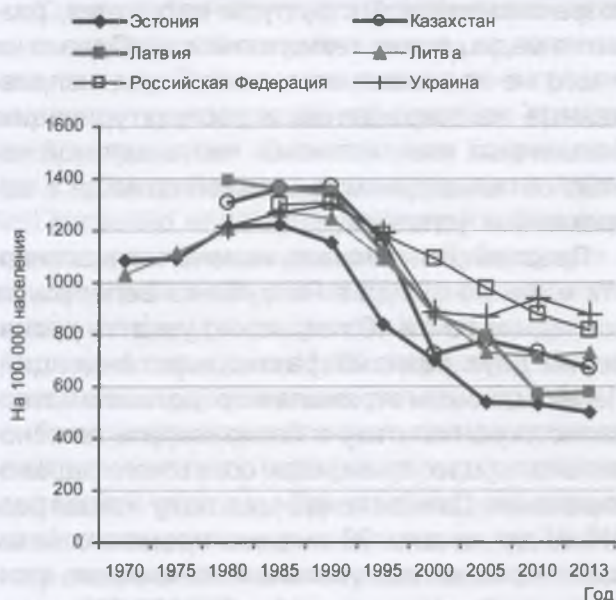


Рис. 1. Обеспеченность больничными койками некоторых постсоветских государств в 1970—2013 гг.

в среднем по ЕС. С конца 70-х — начала 80-х годов прошлого века большие сокращения (до 50%) коечного фонда произошли в Финляндии и Швеции. В среднем по странам Западной Европы за этот период сокращено до 20% коек [2]. В то же время в таких странах, как Великобритания, Дания и др., отмечен рост очередей на госпитализацию, вызванный сокращением числа коек. Применительно к этой ситуации в литературе появился термин «усыхание стационаров» [3]. В ряде европейских государств все отчетливее звучат призывы пересмотреть политику в отношении сокращения коечного фонда.

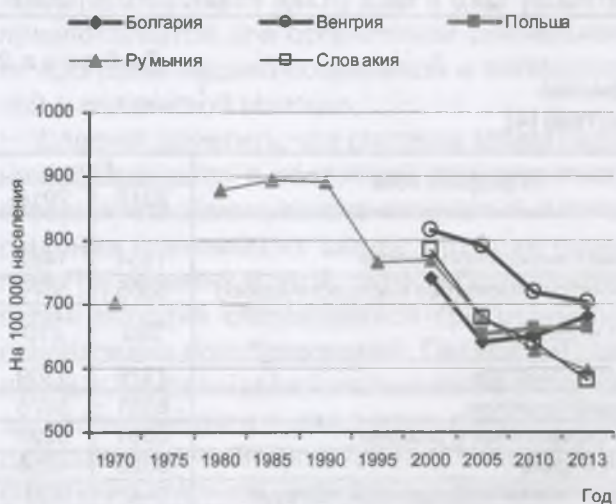


Рис. 3. Обеспеченность больничными койками некоторых государств Восточной Европы в 1970—2013 гг.

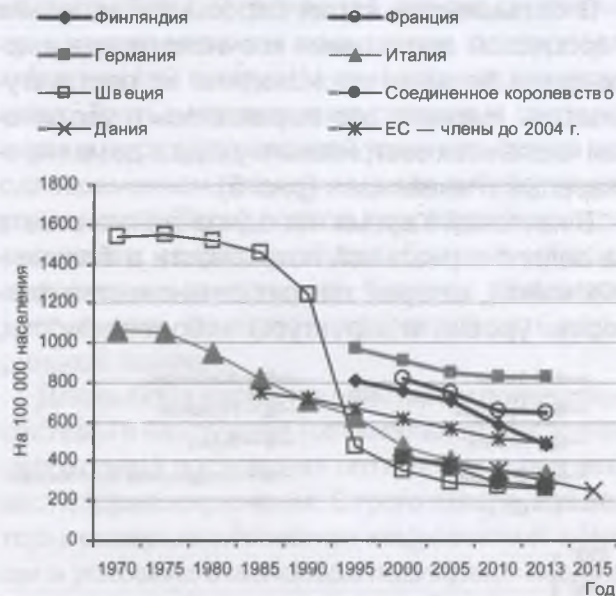


Рис. 2. Обеспеченность больничными койками некоторых государств Западной Европы в 1970—2015 гг.

В странах Восточной Европы, особенно на постсоветском пространстве, с изначально высоким уровнем государственного патернализма и «койкообеспеченности» сокращение численности больничных коек началось позже, чем в Западной Европе (см. рис. 3).

Вполне понятно, что по мере сокращения коечного фонда уменьшается и количество больниц (рис. 4). Естественно, тренды сокращения числа больниц не могут полностью совпадать с динамикой уменьшения числа больничных коек, но они позволяют составить представление о сроках и масштабах этого процесса в разных странах.

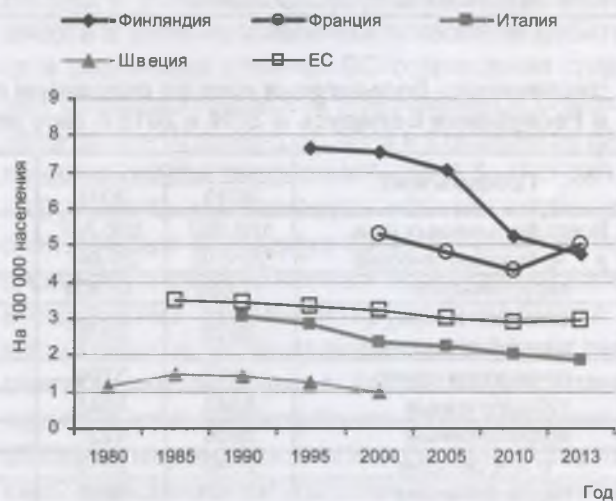


Рис. 4. Обеспеченность больничными организациями некоторых стран ЕС в 1980—2013 гг.

В большинстве стран Европы параллельно с процессом сокращения коечного фонда и количества больниц происходила их реструктуризация. Нередко это выражалось в увеличении числа коек сестринского ухода в домах престарелых и инвалидов (рис. 5).

В настоящее время нет однозначного ответа на вопрос о реальной потребности в больничных койках, которая зависит от множества факторов: уровня и структуры заболеваемости,

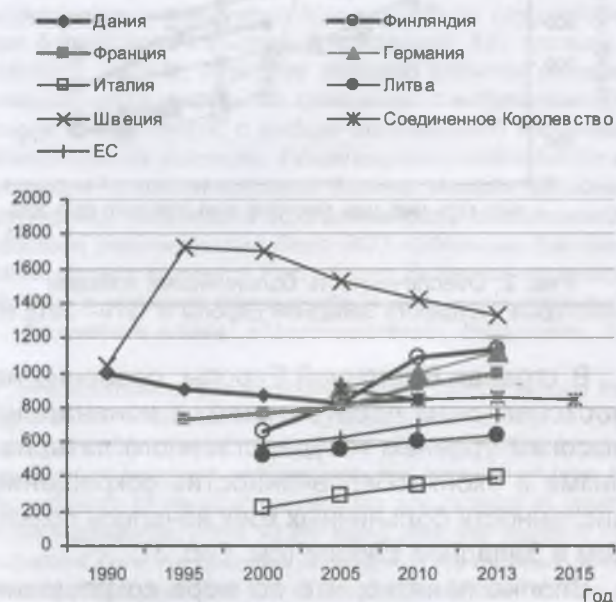


Рис. 5. Численность коек сестринского ухода в домах престарелых и инвалидов в некоторых странах европейского региона в 1990–2015 гг.

возрастно-половой структуры населения, развития медицинских технологий и др. Однако ни у кого не возникает сомнений: меры, направленные на сокращение и реструктуризацию больничных коек, являются неотъемлемой частью оптимизации медицинской помощи в современных условиях.

Прослеживая динамику изменения численности коечного фонда в Республике Беларусь за последние почти 40 лет, можно увидеть проявление двух разнонаправленных тенденций. Первая целиком отражала и продолжала патерналистскую политику и базировалась на основополагающих принципах советского здравоохранения. Данная тенденция, получившая развитие до начала 90-х годов прошлого века, характеризовалась увеличением коечного фонда как в абсолютных цифрах (со 120 785 коек в 1980 г. до 135 067 в 1990 г.), так и в интенсивных показателях (со 125,0 до 132,2 на 10 000 населения). С начала 90-х годов по настоящее время прослеживается генеральная направленность на уменьшение числа коек (табл. 1, 2).

Так, с 2010 г. по 2016 г. общее количество больничных коек (все ведомства) сократилось со 108 667 до 100 747 (то есть на 7,3%), или со 114,6 до 106,0 на 10 000 населения. Причем в большей степени сокращению подверглись койки терапевтического (на 12,8%) и хирургического (на 6,9%) профилей.

Таблица 1

Обеспеченность койками населения БССР/Республики Беларусь в 1980–2016 гг. (все ведомства, на 10 000 населения) [4]

Год	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016
Количество коек на 10 000 населения	125,0	130,3	132,2	124,0	126,3	111,6	114,6	107,9	106,0

Таблица 2

Численность больничных коек по основным профилям в Республике Беларусь в 2010 и 2016 г. (все ведомства) [4]

Профиль коек	Год		Профиль коек	Год	
	2010	2016		2010	2016
Всего больничных коек	108 667	100 747			
в т. ч. терапевтические	29 616	25 847	дерматовенерологические	1834	1482
хирургические	17 502	16 309	психиатрические (без наркологических)	6605	5870
онкологические и радиологические	3815	3978	в т.ч. детские	380	410
гинекологические	4213	3798	наркологические	1770	1309
туберкулезные	5345	4645	неврологические	6581	5975
инфекционные	5006	4221	для беременных и рожениц	5381	5225
в т. ч. детские	2542	2118	сестринские	3358	4655
педиатрические	11 171	9689	паллиативной медицинской помощи	—	427
офтальмологические	1410	1334	медико-социальные	—	367
отоларингологические	1529	1404	прочие	3531	4212

Следует подчеркнуть, что изменение числа коек, в частности их уменьшение, не является спонтанным. При этом чаще всего явно прослеживается происходящий параллельно процесс реструктуризации. Значительное сокращение (до 13,1%) претерпели фтизиатрические койки, что косвенно иллюстрирует успехи в реализации государственных программ «Туберкулез» и поиске адекватных организационных технологий оказания помощи при данной патологии. Также в указанный период на 11,4% сокращено количество психиатрических коек для взрослых [4].

Реструктуризация коечного фонда проявляется и в контексте видовых характеристик медицинской помощи. Так, за 6-летний период число сестринских коек возросло на 38,6%, коек медико-социальной медицинской помощи — с 0 до 367, паллиативной медицинской помощи — с 0 до 427 [4].

Можно утверждать, что, даже принимая во внимание накопленный опыт адекватных структурных изменений коечного фонда, здравоохранение республики находится только в начале этого пути. При этом если совершенствование структуры с точки зрения заболеваемости — обычная практика, то процесс увеличения доли коек для оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи, а также сестринских коек требует дальнейшего развития. В мире существуют различные модели структурного соотношения коек в соответствии с принадлежностью к разным видам медицинской помощи: специализированной, высокотехнологичной, медико-социальной и паллиативной. В силу демографических изменений все большая часть коек в этих моделях предполагается для организации деятельности программ медико-социальной и паллиативной медицинской помощи.

Следует отметить, что системы здравоохранения находятся в состоянии перманентного совершенствования, поиска оптимальных путей решения сложнейших задач, стоящих перед ними [5]. Именно в этой связи в большинстве стран сегодня обсуждаются три основных направления преобразований. Первое направление — эффективное использование ресурсов здравоохранения и прежде всего коечного фонда стационаров. Второе базовое направление формулируется как организация движения денежных средств в пределах системы здравоохранения с целью стимулирования рентабель-

ности работы организаций здравоохранения при одновременном повышении доступности медицинской помощи и качества медицинских услуг. Третье направление связано с сокращением и реструктуризацией коечного фонда при одновременном повышении роли амбулаторного компонента. Такой подход к определению стратегических направлений преобразований основывается на триединстве базовых принципов: доступность, качество и эффективность медицинской помощи.

Для выбора варианта действий и приведения системы в наилучшее (оптимальное) состояние необходима постоянная оптимизация деятельности здравоохранения. Строго говоря, все векторы совершенствования медицинской помощи в условиях стационара подпадают под значение термина «оптимизация» и фактически отражают его содержание:

- сокращение и реструктуризация коечного фонда;
- эффективное использование коечного фонда;
- ресурсосбережение;
- преемственность стационара и амбулаторной сети;
- показания к госпитализации и контроль за соблюдением этих показаний;
- формирование оптимальной системы кадрового обеспечения;
- другое.

Оптимизация работы стационара прежде всего связана с повышением эффективности использования коечного фонда. Приоритетный вектор — повышение интенсивности диагностического, лечебного и реабилитационного процессов в условиях стационаров. Постоянная работа в этом направлении позволила добиться в различных странах ЕС сокращения средней продолжительности пребывания в стационаре до 4—10 дней (рис. 6), а в стационаре для лечения острой патологии — до 3,5—7,5 дня.

В Республике Беларусь объемы медицинской помощи и средние сроки лечения в стационарах государственных организаций здравоохранения регламентируются нормами и нормативами, устанавливаемыми Министерством здравоохранения. Так, ежегодно утверждаются среднереспубликанские нормативы объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь

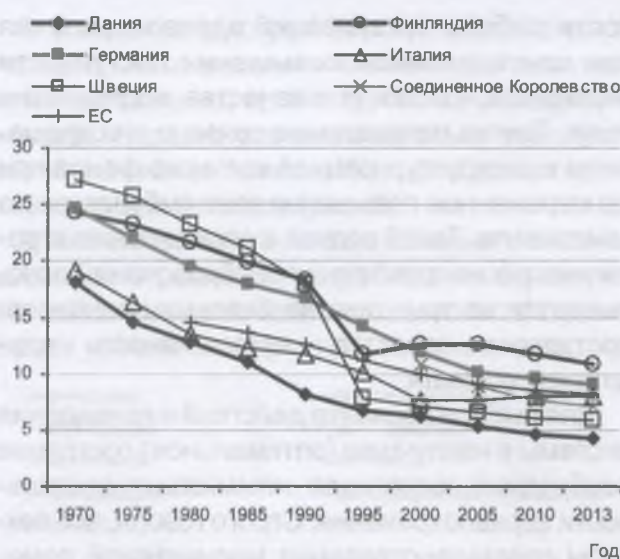


Рис. 6. Динамика средней продолжительности пребывания в стационаре в ряде стран европейского региона (дни) в 1970—2013 г. (все виды стационаров)

за счет средств бюджета. Они содержат такие регламентирующие показатели, как число проведенных койко-дней и средняя длительность лечения, которые служат основой для планирования территориальных нормативов объемов медицинской помощи в условиях стационара. Утверждаемый норматив средней длительности лечения несколько выше, чем в большинстве стран ЕС и применительно к койкам разной длительности пребывания колеблется от 8,5 до 9,25 дня [6]. Сроки лечения при конкретных заболеваниях регламентируются клиническими протоколами ведения пациентов, также утверждаемыми Министерством здравоохранения.

Регламентируется и структурный компонент больничной помощи. Министерство здравоохранения определило районным больницам примерные нормативы по введению профильных коек в соответствии с численностью обслуживаемого населения. Так, при численности населения района до 20 000 человек в структуру коечного фонда больничных организаций районного уровня должны входить шесть профилей коек: терапевтические, хирургические, педиатрические, гинекологические, реанимационные и сестринские. Введение других профильных коек целесообразно по мере увеличения численности населения района: инфекционные — более 20 000 человек; неврологические — более 30 000 человек и т. д. [7]. При этом необходимо учитывать территориальную структуру заболеваемости и другие факторы,

влияющие на величину потребности в медицинской помощи, а представленные выше примерные нормативы должны рассматриваться как средство ресурсосбережения — один из главных компонентов системы управления эффективностью и качеством медицинской помощи.

Важную роль в обеспечении доступности, особенно сельскому населению республики, специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, сыграла проведенная реструктуризация медицинской помощи по уровням ее оказания в соответствии с Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003—2007 гг. [8]. В результате система оказания медицинской помощи в Республике Беларусь представлена четырьмя территориальными технологическими уровнями: 1-й — районный, 2-й — межрайонный (городской), 3-й — областной, 4-й — республиканский. Межрайонные центры специализированной медицинской помощи — база для поддержания должного уровня медицинской помощи в первую очередь по социально значимой патологии.

Преимуществом в деятельности больниц и других организаций здравоохранения позволяет решить по крайней мере две задачи: повысить доступность, качество и эффективность стационарного лечения и направить не нуждающихся в нем в другие медицинские учреждения. Акцентируя внимание на преемственности, мы добиваемся не только медицинского и социального, но и конкретного экономического эффекта от деятельности системы здравоохранения. В процессе реализации принципа преемственности одной из основных точек соприкосновения является комплекс отношений между амбулаторными организациями здравоохранения, службой скорой помощи и больницами. Именно они задают логику маршрута пациента [9]. Строго говоря, все показания к госпитализации можно выразить в четырех обобщающих позициях, включающих необходимость проведения интенсивной терапии, постоянного врачебного наблюдения, сложных диагностических и лечебных мероприятий, проведение которых невозможно в амбулаторных условиях, оперативного вмешательства. Нередки случаи, когда осуществляется госпитализация пациентов без достаточных оснований [7, 9, 10]. Серьезную проблему представляет госпитализация по социальным показаниям, которая в разных странах достигает 30—45% от всех случаев госпитализации.

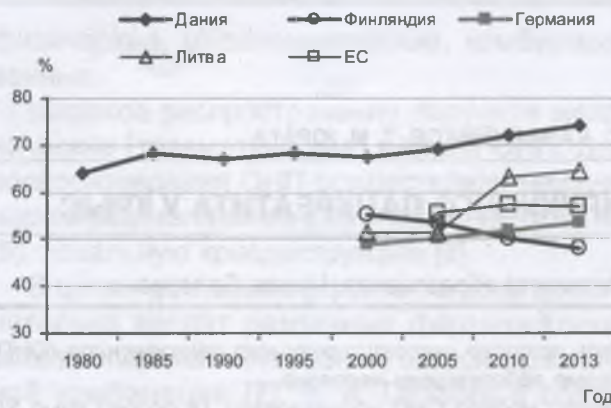


Рис. 7. Доля врачей, работавших в стационарах, в некоторых странах европейского региона в 1980—2013 гг.

Среди причин госпитализации по социальным показаниям преобладают ограниченные возможности службы социальной защиты населения, недостаточное количество коек и отделений медико-социальной помощи, а также невысокая платежеспособность части населения.

Важной проблемой является утвержденная нормативными документами зависимость «штаты — койки». Практика многих десятилетий развития стационарной помощи в Советском Союзе утвердила зависимость количества штатных должностей от числа больничных коек. Сокращение коек автоматически ведет к сокращению ставок врачей и медицинских сестер. В такой ситуации проблематично осуществлять интенсификацию лечебно-диагностического процесса. Заметим, что в ряде стран ЕС при сокращении коечного фонда больниц доля врачей стационаров не уменьшается (рис. 7). Вместе с тем такое соотношение зависит в том числе и от сложившейся системы организации оказания медицинской помощи в данных странах. Поскольку понимание проблемы существует, поиск адекватных механизмов ее решения мог бы стать примером оптимизации системы кадрового обеспечения.

Подводя итоги, считаем важным отметить, что здравоохранение Республики Беларусь находится в состоянии перманентной модернизации, что характеризует его как живую саморегулируемую систему. Медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях, находится в тренде изменений, диктуемых непрекращающимся процессом оптимизации отрасли [11]. Это позволяет обеспечивать ее доступность, качество и эффективность для населения нашей страны.

Контактная информация:

Вязьмин Александр Михайлович — профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения. Белорусская медицинская академия последипломного образования.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, корп. 3; сл. тел.: +375 17 331-44-82.

Участие авторов:

Концепция и дизайн: А. М. В., А. Ю. С., М. В. Щ.

Написание текста: А. М. В., А. Ю. С., Л. В. Ш., С. Ф. Н.

Редактирование текста: М. В. Щ., С. Ф. Н.

Конфликт интересов отсутствует.

REFERENCES

1. Database of the WHO Regional Office for Europe «Health for all» (HFA — DB) July 2016. Available at: http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html. (in Russian)
2. McKee M. Reducing hospital beds: what are the lessons to be learned? *Evropeyskaya observatoriya po sistemam i politike zdravookhraneniya*. 2004; 6. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/108848/E85032.pdf?ua=1. (in Russian)
3. Kaygorodova T. V., Mikheyev P. A. Restructuring the inpatient care: обзор Dokumentacionnogo centra VOZ. *Informacionnyy byulleten dlya rukovoditeley zdravookhraneniya*. 2006; 21. Available at: <http://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/25.html>. (in Russian)
4. Public Health in the Republic of Belarus: oficialnye statisticheskie sborniki za 2000—2015 gg. Minsk: GU RNMB. (in Russian)
5. Mladovsky Ph., Srivastava D., Cylus J. i dr. Health policy responses to the financial crisis in Europe. *Evropeyskaya observatoriya po sistemam i politike zdravookhraneniya*. 2012. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/185056/e96643-final-Rus.pdf?ua=1. (in Russian)
6. On national average standards of medical care volumes provided to citizens by state healthcare organizations of the Ministry of Public Health of the Republic of Belarus from budget funds for...: prikazy Ministerstva zdravookhraneniya Respubliki Belarus za 2003 — 2016 gg. (in Russian)
7. Zharko V. I. About the results of the work of healthcare bodies and organizations of the Republic of Belarus in 2013 and the main activities for 2014. *Voprosy organizacii i informatizacii zdravookhraneniya*. 2014; 1: 4—15. (in Russian)
8. Public health development concept in the Republic of Belarus for 2003—2007: Postanovlenie Soveta Ministrov Respubliki Belarus ot 08.10.2003 № 1276. (in Russian)
9. Zharko V. I. About the results of the work of healthcare bodies and organizations of the Republic of Belarus in 2014 and the main activities for 2015. *Voprosy organizacii i informatizacii zdravookhraneniya*. 2015; 1: 4—16. (in Russian)
10. On approving the indications for hospitalizing patients to healthcare organizations: prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Respubliki Belarus ot 09.09.2009 № 865 (v red. prikaza Minzdrava ot 23.01.2010 № 53). (in Russian)
11. About the results of the work of healthcare bodies and organizations of the Republic of Belarus in 2016 and the main activities for 2017: postanovlenie kollegii Ministerstva zdravookhraneniya Respubliki Belarus ot 25.01.2017 № 1.1. (in Russian)

Поступила 11.07.17.