



ЕВРОПА

Какие уроки были извлечены странами, где было резко сокращено число больничных коек?

Август 2003 г.

РЕФЕРАТ

Синтезированный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья (НЕН) о сокращении числа больничных коек

Во многих странах принято решение сократить число больничных коек. Некоторым из них удалось добиться успехов благодаря устойчивым инвестициям в альтернативные лечебно-профилактические учреждения, но в некоторых странах эти успехи зашли настолько далеко, что теперь там не хватает коек, вследствие чего растут очереди больных, нуждающихся в госпитализации, и возникают трудности с госпитализацией больных в экстренных случаях. Другим странам сокращение числа больничных коек дается труднее, особенно в тех случаях, когда собственниками больниц выступают несколько разных организаций. Некоторые страны Центральной и Восточной Европы столкнулись с проблемами, когда попытались осуществить реформы без приведения своей политики в полное соответствие с существующими у них конкретными социально-экономическими условиями, имеющимися людскими ресурсами и интересами различных заинтересованных сторон.

Настоящий доклад представляет собой ответ сети НЕН на вопрос одного из руководящих лиц, принимающих решения. В нем синтезированы самые точные и убедительные данные, имеющиеся на сегодняшний день, включая кратко изложенные основные результаты исследований и варианты политики, связанные с рассматриваемой проблемой.

Сеть НЕН, созданная по инициативе Европейского регионального бюро ВОЗ и координируемая им, является информационной службой, предназначенной для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медико-санитарной помощи в Европейском регионе ВОЗ. Услугами НЕН также могут пользоваться и другие заинтересованные стороны.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание:

McKee M (2003) Какие уроки были извлечены странами, где было резко сокращено число больничных коек? What are the lessons learnt by countries that have had dramatic reductions of their hospital bed capacity? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E82973.pdf>, accessed 29 August 2003)

Ключевые слова

ПЛАНИРОВАНИЕ БОЛЬНИЦ
БОЛЬНИЧНЫЙ КОЕЧНЫЙ ФОНД
ПОТРЕБНОСТИ МЕДИКО-
САНИТАРНЫХ СЛУЖБ И СПРОС НА
ИХ УСЛУГИ
РЕФОРМА СИСТЕМЫ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
НОРМИРОВАНИЕ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СПОСОБЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В
ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ
ЕВРОПА

Запросы, касающиеся публикаций Регионального бюро ВОЗ, просим направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу получения копий публикаций - по адресу: publicationrequests@euro.who.int;
по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: permissions@euro.who.int;
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: pubrights@euro.who.int.

По обычной почте Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

©Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме	5
Существо вопроса	5
Фактические данные	5
Рекомендация общего характера в отношении стратегии	6
Введение	7
Что означает коечный фонд?	7
В каких странах произошло резкое сокращение коечного фонда?	10
Явились ли изменения результатом реформирования системы медико-санитарной помощи?	11
Результаты исследований.....	13
Сколько необходимо иметь коек?	14
Как влияет на потребности в койках старение населения?	14
Как можно уменьшить потребность в больничных койках?.....	14
Как сокращение числа больничных коек экстренной помощи влияет на доступ к стационару и занятость коечного фонда?	15
Как сокращение коечного фонда влияет на уход за умирающими?.....	16
Уменьшает ли закрытие коек расходы?	16
Как сокращения коечного фонда влияют на остающийся медперсонал?.....	17
Каковы последствия закрытия маленьких сельских больниц?	17
Пробелы в имеющихся доказательствах	19
Справедливость выводов.....	19
Выводы	20
Рекомендация общего характера в отношении стратегии.....	21
Приложение: описание методов синтеза	22
Литература	23

Резюме

Существо вопроса

Подсчет койко-мест - это довольно неэффективный способ измерения потенциальных возможностей современной системы здравоохранения, особенно если принять во внимание как проблему, связанную с определением самого понятия “больничная койка”, так и множества имеющихся сейчас форм внестационарного медобслуживания.

Во многих странах было принято решение о сокращении числа больничных коек. Некоторые из них добились значительного успеха в этой области за счет устойчивого инвестирования в другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь. С другой стороны, некоторые страны настолько далеко зашли в этом направлении, что сейчас они испытывают ряд проблем в стационарном секторе, связанных, например, с ростом очередей пациентов, нуждающихся в лечении, а также с отсутствием достаточных возможностей в стационарах для принятия острых больных. В других странах, особенно там, где владельцами больниц являются несколько организаций, на пути снижения числа больничных коек возникли значительные трудности. В некоторых странах Центральной и Восточной Европы ряд проблем был связан с тем, что они пытались провести необходимые реформы без полного учета сложившихся социально-экономических условий, имеющихся кадровых ресурсов и конкретных особенностей заинтересованных сторон и партнеров.

Фактические данные

Согласно имеющимся фактическим данным, потребность в больничных койках может быть сокращена с помощью следующих подходов:

- координация программ борьбы с болезнями;
- направление пациентов в те лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), где им может быть оказана наиболее квалифицированная и оптимальная медицинская помощь;
- переход от стационарных к амбулаторным видам оказания медицинской помощи;
- принятие мер для содействия более ранней выписке из лечебного учреждения.

Однако согласно другим фактическим данным, сокращение числа и продолжительности госпитализаций может привести к повышению расходов в расчете на пациента. Более того, во многих случаях та экономия, на которую рассчитывали при сокращении числа койко-мест, может быть сведена на “нет” в связи с повышением расходов на альтернативные виды лечения.

Эмпирических фактических данных, касающихся общих последствий сокращения койко-мест в стационарах, весьма немного. Большинство исследований проводилось в Канаде и Соединенных Штатах и, в меньшей степени, в Соединенном Королевстве, поэтому возможность извлечь уроки из общеевропейского опыта ограничена. Фактические данные в основном касаются воздействия на медперсонал, доступности лечебно-профилактической помощи, а также оказания медицинской помощи в терминальной стадии болезни.

Имеется множество фактических данных о том, что сокращение числа койко-мест в стационарах неблагоприятно сказывается на медперсонале – особенно на работниках, переводимых в иные ЛПУ. Главным образом это связано с плохой коммуникацией между администрацией и персоналом и увеличением нагрузки на оставшихся медрботников. С другой стороны, мы располагаем фактическими данными о том, что если медперсонал перемещается продуманно и осмотрительно, то это может даже привести к повышению чувства удовлетворенности работой и уменьшению случаев психического истощения.

Характер тех последствий, которые сокращение числа койко-мест может оказать на пациентов, главным образом зависит от первоначального числа больничных коек и ресурсных возможностей и особенно от наличия резервных возможностей или альтернативных лечебно-профилактических учреждений. Имеется ограниченное число фактических данных, свидетельствующих о том, что в тех случаях, когда имеются достаточные резервные возможности, относительно небольшое сокращение числа койко-мест не оказывает отрицательного воздействия ни на качество медицинской помощи, ни на состояние здоровья населения, и что это может иметь лишь минимальные нежелательные последствия с точки зрения доступа пожилых к медицинской помощи.

Когда же имеющиеся возможности уже и так ограничены, существенное уменьшение числа койко-мест может значительно сократить способность больниц принимать больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи. Кроме того, имеется небольшой объем фактических данных о том, что резкое сокращение числа больничных коек приведет к значительному сокращению продолжительности госпитализации больных в конце их жизни, тем самым существенно увеличивая число больных, умирающих вне стационара.

Рекомендация общего характера в отношении стратегии

При принятии стратегий, направленных на сокращение коечного фонда больниц, следует принять во внимание общую ситуацию, характеризующую медицинские и социальные службы на рассматриваемой территории. Кроме того, такие стратегии должны предусматривать:

- устойчивое направление инвестиций на развитие альтернативных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ);
- тщательное планирование перевода медперсонала в другие ЛПУ;
- создание механизмов, позволяющих сократить число необоснованных госпитализаций и содействующих более быстрой выписке больных.

Автором настоящего синтезированного доклада Сети HEN является:

Martin McKee

Профессор европейского общественного здравоохранения

Директор отдела научных исследований,

Лондонский институт гигиены и тропической медицины

Европейская обсерватория по системам здравоохранения

Keppel Street, London, WC1E 7HT, United Kingdom

Тел.: +44 20 7927 2229

Факс: +44 20 7580 8183

Электронная почта: martin.mckee@lshtm.ac.uk

Введение

Во многих странах произошел определенный сдвиг от экстренной помощи и длительного лечения в стационаре в сторону амбулаторному лечению 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. Сегодня вызывает большой интерес вопрос о том, как страны подходили к сокращению коечного фонда и какое влияние такие изменения оказали на заинтересованные стороны.

Этот вопрос возник в процессе консультаций со старшими должностными лицами, вырабатывающими политику в области здравоохранения. Как и в случае большинства других вопросов в области здравоохранения, сама его формулировка содержит важные подсказки в отношении того ответа, который требуется получить. Именно поэтому представляется необходимым остановиться на минуту и разложить данный вопрос на его различные составляющие и проверить справедливость подразумеваемых в нем исходных допущений.

Что означает 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.

Кроме того, если определять койку с точки зрения вспомогательной инфраструктуры, существует много разных типов больничных коек, которые отражают различия в типах больных, для лечения которых они предназначаются. Койка для больного, проходящего реабилитацию после инсульта, совсем не такая, как койка, на которой размещается больной с одновременной недостаточностью нескольких органов, которому нужны вентиляция легких, диализ и вспомогательное кровообращение. Картина еще больше осложняется тем, что в больницах имеется много предметов мебели, которые выглядят как "койки", но могут не считаться таковыми. К ним относятся кровати для родственников, которые ночуют вместе с больными (особенно детьми), кровати для нормальных новорожденных и койки для больных, которым делают амбулаторные хирургические операции. Точно также есть некоторые предметы мебели, которые не похожи на койки, но могут считаться таковыми, например, кресла, в которых больным проводят диализ.

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 (1). В некоторых странах, например, в Бельгии в 1982 году (2) 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 являются ли кажущиеся сокращения койко-мест простым переименованием учреждений?) и в разных странах (включены ли в сравнение однотипные учреждения?).

Учитывая проблемы, создаваемые различиями в точках сопряжения между больничным лечением и социальным уходом, мы решили сосредоточить внимание на том, что принято называть койками экстренной помощи. Кроме того, имеется обширная узкоспециальная литература, посвященная проблеме закрытия коек длительного стационарного психиатрического лечения, которая может стать предметом отдельного синтетического доклада.

Однако следует отметить, что сравнения между странами чреваты проблемами даже и в тех случаях, когда применяется это более ограниченное определение койки, что объясняется различиями в том, как организовано стационарное лечение в разных странах. Как показано в таблице 1, страны могут значительно отличаться друг от друга в том, что именно они сообщают международным организациям. Так, в некоторых странах из сообщений исключаются целые секторы, например, частная медицинская помощь, медицинское обслуживание в вооруженных силах или в тюрьмах. И хотя некоторые страны разработали системы более детальной классификации различных типов "коек", в международных сравнениях эти системы не используются.

Таблица 1. Определения больничных коек экстренной помощи в отдельных странах

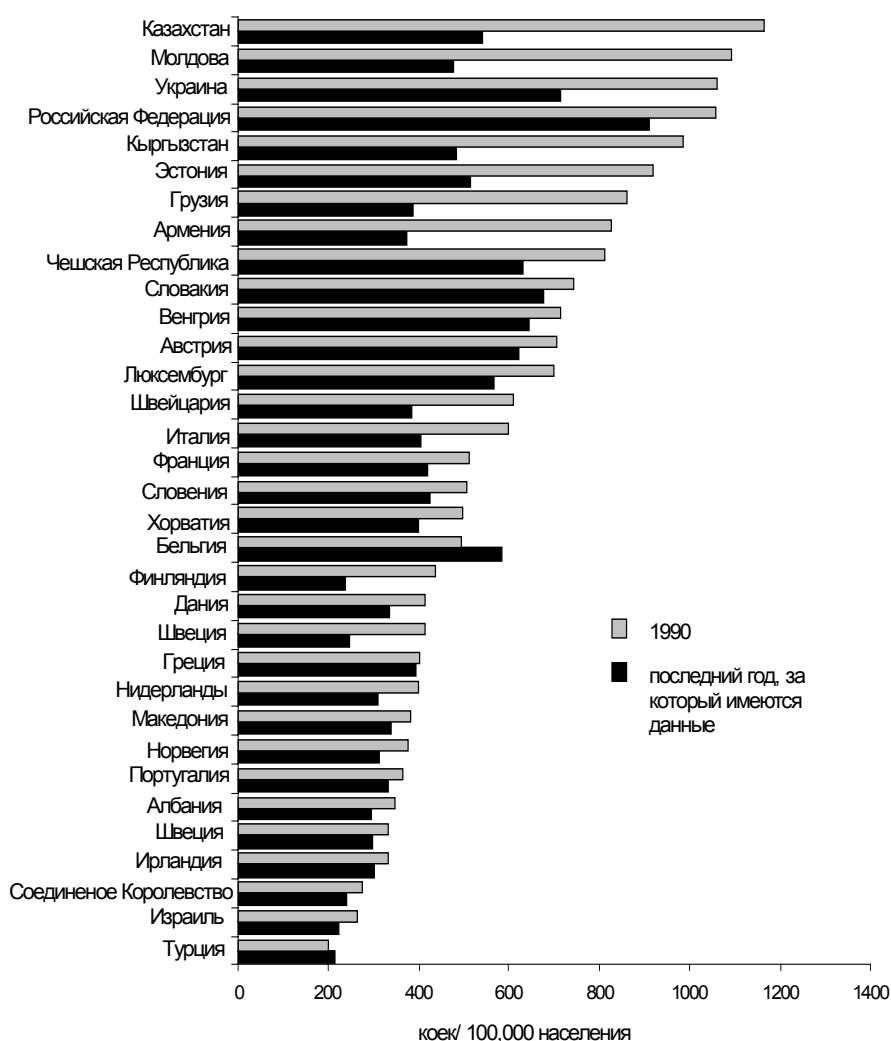
Страна	Содержание	Включаются ли койки дневного ухода?
Австрия	Койки в больницах со средней продолжительностью пребывания до 18 дней.	Некоторые
Бельгия	Больницы общего профиля без обслуживания больных, страдающих хроническими заболеваниями, гериатрической помощи или специализированных видов помощи.	Нет
Чешская Республика	Все койки в больницах общего профиля (включая койки психиатрического профиля).	Нет
Дания	Койки, остающиеся после вычитания числа коек в отделениях со средней продолжительностью пребывания более 18 дней из числа коек в больницах, ведущих лечение соматических заболеваний.	Нет
Финляндия	Отделения соматических заболеваний в	Нет

	специализированных больницах, часть центров здоровья и медпункты.	
Германия	Койки не психиатрического профиля и не для длительного лечения.	Нет
Исландия	Рассчитываются по числу койко-дней, исходя из коэффициента занятости 90%; койки в терапевтических и хирургических отделениях центральных больниц и в смешанных отделениях небольших больниц.	Нет
Ирландия	Число дней в стационаре и койко-дней в больницах экстренной помощи, финансируемых за счет госбюджета (продолжительность пребывания менее 30 дней), включая благотворительные (некоммерческие) больницы и больницы, находящиеся в ведении управлений здравоохранения.	Да
Италия	Включаются койки стационарного лечения в психиатрических больницах и койки психиатрических отделений в других больницах.	Нет
Нидерланды	Отделения соматических болезней в больницах, оказывающих специализированную помощь (за исключением психиатрических больниц), включая кровати для нормальных новорожденных и койки дневного ухода.	Да
Норвегия	Больницы общего профиля по лечению соматических заболеваний и специализированные больницы по лечению соматических заболеваний.	?
Португалия	Больницы общего профиля, родильные дома, другие специализированные больницы, центры здоровья.	Нет
Испания	Больницы общего профиля, родильные дома, другие специализированные больницы, центры здоровья.	Нет
Швеция	Койки для кратковременного лечения, находящиеся в ведении окружных советов и трех независимых коммун (кратковременное лечение включает лечение в терапевтических, хирургических отделениях, смешанных терапевтико-хирургических отделениях, пребывание в приемном отделении и отделении интенсивной терапии).	Нет
Турция	Государственные больницы, центры здоровья, родильные дома, центры сердечно-сосудистой и торакальной хирургии, ортопедические хирургические стационары.	Да
Соединенное Королевство	Койки в терапевтических, хирургических и родильных отделениях больниц, находящихся в ведении Национальной службы здравоохранения (за исключением Северной Ирландии).	?

В каких странах произошло резкое сокращение коечного фонда?

Несомненно, давая ответ на этот вопрос, нужно иметь в виду те многочисленные оговорки, которые были сделаны выше. Однако по тем цифрам, которые были представлены во Всемирную организацию здравоохранения, можно увидеть, что, если взять в качестве исходного уровень 1990 года, некоторые страны пережили резкое сокращение числа больничных коек (рисунок 1).

Рисунок 1. Число больничных коек экстренной помощи на 100 тыс. населения в 1990 году и в последний год, за который имеются данные



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

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. Конечно, в этих цифрах учитывается только один аспект деятельности больницы; в некоторых странах было проведено лишь незначительное сокращение числа коек, но имело место значительное снижение средней занятости койки.

Hensher et al. (3) выполнили более подробный анализ международных тенденций в работе больниц в период со середины 80-х до середины 90-х годов. Объем данного доклада не позволяет сделать полный анализ, но важно отметить, что степень изменений была разной в зависимости от специализации коек: значительные возможности (порой неиспользованные) имелись, например, для сокращения числа коек родовспоможения, так как во многих странах произошел резкий спад рождаемости.

Явились ли 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?

Как всегда, ситуация в странах неодинакова. И в Швеции, и в Финляндии значительную часть сокращений числа коек можно отнести на счет решений о передаче части системы медико-санитарной помощи в ведение сектора социального обеспечения. В Швеции в этом заключалась цель "реформы Ädel" 1992 года, в результате которой муниципалитеты приняли на себя ответственность за предоставление помощи многим больным, нуждающимся в длительном лечении (4). Это привело как к переименованию лечебно-профилактических учреждений, так и к принятию программы строительства учреждений, более соответствующих новым потребностям, вне больничного сектора, хотя это также совпало с более широкими экономическими изменениями, которые способствовали сокращению коечного фонда больниц. Впрочем, простое сравнение числа коек в каждом секторе тоже может быть некорректным, о чем свидетельствует опыт Дании. Там строительство новых учреждений медико-социального ухода в 1987 году было прекращено, а инвестиции с той поры направлялись на содержание домов гостиничного типа для престарелых и инвалидов и оказание медико-социальной поддержки людям, живущим у себя дома (5). Следствием этого стало то, что сокращение числа коек в больничном секторе Дании не сопровождалось увеличением коек в секторе социального обеспечения, так как теперь уход обеспечивается другими методами.

В Англии подробный анализ изменений в структуре деятельности больниц позволил выявить многие различные факторы, способствующие этим изменениям, при которых продолжительность пребывания в больницах экстренной помощи сократилась, но значительно увеличилось число коек в частных учреждениях медико-социального ухода, так что общее количество коек в итоге даже немного увеличилось (6).

В Казахстане, напротив, сокращение числа коек не планировалось и в значительной степени явилось следствием прекращения финансирования многих небольших больниц в сельской местности. В период с 1991 по 1997 год три четверти этих больниц, которые

использовались не на полную мощность и были способны предоставлять лишь самую элементарную медико-санитарную помощь, были закрыты (7).

В Эстонии сокращение тоже произошло отчасти вследствие закрытия маленьких, плохо оснащенных больниц, хотя здесь это стало результатом ясно сформулированной политики введения в 1994 году системы аккредитации, которую эти больницы пройти не смогли (8). В Молдове причиной сокращения стало то, что местные органы власти взялись за реорганизацию многих маленьких больниц и превращение их в учреждения первичной медицинской помощи (9). В Албании изменения первоначально возникли вследствие почти полного развала системы здравоохранения в период повсеместных гражданских беспорядков в начале 90-х годов. Это заставило многих медицинских работников покинуть сельские районы, где они работали в маленьких ветхих сельских больницах (10). Позже с помощью крупного займа, предоставленного Всемирным банком, многие лечебно-профилактические учреждения были закрыты, другие были реорганизованы в учреждения первичной медицинской помощи. Однако реальных достижений с 1994 года мало, отчасти потому, что невозможно было прийти к согласию о том, в какие учреждения нужно вкладывать средства, а какие нужно закрыть.

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 (11), Дания, Соединенное Королевство (12) и Австралия (13), 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 (14), а ожидаемых улучшений в эффективности (которая измеряется числом пропускаемых через больницу пациентов) не происходит (15).

В других странах осуществить перемены оказалось труднее. Обзор опыта Западной Европы показал, 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 (16). Вероятность успеха была особенно высока там, где, как, например, во Франции (17) и в Испании (18), предоставление медико-санитарной помощи рассматривалось сквозь призму организации на региональном уровне, учитывающей всю систему больниц и других лечебно-профилактических учреждений, и где изменения сопровождалась 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. Например, в Венгрии целая череда меняющихся механизмов привела к весьма ограниченным успехам. Эти механизмы включали материальное стимулирование, основанное на групповых выплатах в зависимости от диагнозов, спускаемые из центра плановые показатели снижения числа коек для каждой больницы и региональную инициативу по созданию

вариантов замены стационарного лечения и по повышению эффективности работы больниц (19).

Опыт Венгрии описан в рабочем документе сети HEN (20), в котором показано, как первоначальное сокращение числа коек по существу представляло собой статистическую корректировку – вычитание неиспользуемых коек из общего числа. 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 Польше, где до конца 90-х годов изменений в количестве коек было очень мало, сокращение числа коек экстренной помощи на 13033 в период с 1998 по 2000 год (5,6% от общего числа) было частично компенсировано увеличением на 5200 числа коек для длительного лечения (21). В результате изучения опыта реорганизации больничной 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, недостаточное признание широкого круга заинтересованных сторон, которых затрагивает реорганизация, непринятие мер по обеспечению согласованности между материальными стимулами и направлениями политики и отсутствие необходимых людских ресурсов для осуществления изменений (22).

Результаты исследований

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 (23), 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.

Хотя местом проведения значительной части опубликованных исследований о работе больниц являются Соединенные Штаты, возможности извлечь из этих исследований уроки для Европы ограничены, если не считать несколько узко определенных областей, таких, как последствия для медицинских работников, поскольку большая доля исследований отражает особенности рыночно-ориентированной американской системы здравоохранения. Поэтому самым важным источником информации с европейской точки зрения является Канада – страна, которая пережила крупные сокращения коечного фонда, но в которой, в отличие от других стран, эти изменения были изучены во всех подробностях.

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?

Этот вопрос, пожалуй, задают чаще всего, когда спрашивают о больницах. В то же время это такой вопрос, на который невозможно дать легкий ответ – разве что сказать, что это зависит от многих разных факторов, из которых одни нельзя легко изменить, как, например, структура заболеваемости и социальная структура населения (24), а другие изменяются легко, как, например, эффективность диагностики и лечения (25) и предоставление альтернатив стационарному лечению (26). Существует много моделей, которые стремятся учесть все эти многообразные факторы (27,28,29). Они могут быть полезными для проверки различных исходных допущений, но для них требуются большие объемы данных и данные, которых часто нет в наличии (30), и, поскольку в этом задействованы многочисленные и сложные системы обратной связи, делать прогнозы трудно.

Как влияет на потребности в койках старение населения?

Широко распространено мнение о том, что старение населения увеличивает потребность в больничных койках экстренной помощи, но это мнение может быть необоснованным. Хотя старение и привело к повышению занятости коек во многих странах, это в значительной степени объясняется ростом числа людей с затянувшимся процессом болезни, в частности, вследствие ухудшения умственной деятельности, для которых экстренное лечение неэффективно, а больше подходят альтернативные формы помощи, такие, как медико-социальный уход (31). Общеизвестная зависимость между возрастом и потребностью в экстренном лечении в действительности есть отражение роста потребности по мере приближения смерти, когда наибольшие ресурсы нужны людям в тот год, в который они умирают. Следовательно, влияние стареющего населения невелико (32).

Как можно уменьшить потребность в больничных койках?

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. (33). 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.

В обзоре базы данных Кочрейна, посвященном эффективности планирования выписки, найдены доказательства того, что оно может привести к сокращению продолжительности пребывания в стационаре, а в некоторых случаях и к уменьшению повторной госпитализации (34). Каких-либо доказательств того, что планирование выписки позволяет снизить расходы на оказание медицинской помощи, не найдено, хотя исследований, в которых был бы выполнен формальный экономический анализ, проведено мало. Еще в одном обзоре сравнивались схемы лечения типа "больница на дому" с обычным стационарным лечением, и был сделан вывод о том, что хотя такие схемы и могут приводить к снижению числа койко-дней экстренной помощи, общий срок лечения удлинняется и никакой экономии затрат не достигается (35).

И наоборот, все больше оценок комплексных планов лечения, при которых ведение общераспространенных состояний осуществляется по протоколам и которые подкрепляются системной реорганизацией с целью координации требующихся ресурсов (36,37), показывают, что комплексные планы уменьшают продолжительность пребывания в стационаре и снижают затраты.

Как сокращение числа больничных коек экстренной помощи влияет на доступ к стационару и занятость коечного фонда?

Эмпирические исследования, посвященные влиянию сокращения числа коек на их занятость на популяционном уровне, почти все проводились в Канаде. В период с 1991 по 1993 год в г. Виннипег в провинции Манитоба было закрыто почти 10% больничных коек экстренной помощи (38). 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. Не пострадало и качество лечения, поскольку не было отмечено повышения смертности (в течение 90 дней после поступления), общего коэффициента преждевременной смертности, показателей повторной госпитализации (в течение 30 дней после выписки) или обращений к врачу после выписки (в течение 30 дней).

В результате контрольного исследования в 1995-96 гг. (39) 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. Произошло значительное увеличение числа стандартных операций, включая операции на сердце и удаление катаракты. Как и в предыдущем исследовании, закрытие коек не повлияло на качество лечения, определяемое по показателям смертности и повторной госпитализации. В исследовании подробно изучались две уязвимые категории населения – лица пожилого возраста и малоимущие. Для обеих категорий доступ к медицинской помощи и ее качество остались без изменения.

В другом канадском исследовании изучалось влияние сокращения на 30% коечного фонда в "отделениях кратковременного пребывания" в провинции Британская Колумбия на использование коек лицами пожилого возраста (40). Для формирования двух когорт из лиц старше 65 лет в 1986 и в 1993 году, соответственно до и после крупных изменений в количестве коек, была применена существующая в провинции сложная система увязывания регистрационных карт больных по определенным параметрам. В целом изменения в пользовании медицинской помощью были незначительны, что указывает на то, что последствия сокращения услуг экстренной помощи для лиц пожилого возраста были минимальны. Более высокие показатели смертности с поправкой на возраст в позднейшей когорте, получавшей круглосуточную помощь, позволяют предположить, что длительная госпитализация становится уделом категории лиц пожилого возраста с более серьезными расстройствами здоровья, чем в прошлом.

Иная картина наблюдалась в Англии, где долгосрочная программа сокращения коечного фонда серьезно повлияла на возможность принимать больных в экстренных случаях. Особенно большие проблемы возникают зимой, совпадая с пиками респираторных заболеваний, откуда пошло выражение "зимние обвалы" (41). В одном подробном исследовании больницы в Англии, проведенном в середине 80-х годов, было показано, как закрытие относительно небольшого числа терапевтических и хирургических коек немедленно привело к возрастанию вероятности того, что больница не сможет принимать экстренных больных (42). Одна из причин, по которым Соединенное Королевство оказалось в особенно неблагоприятном положении, состоит в извечной погоне за "эффективностью", которая понимается как достижение показателей занятости коек 90% и выше, хотя математическое моделирование показывает, что коэффициенты занятости выше 85% резко повышают риск периодических кризисов нехватки коек, ведущих к невозможности принимать экстренных больных (43).

Как сокращение коечного фонда влияет на уход за умирающими?

Учитывая, что больничные койки широко используются умирающими больными, оказало ли сокращение коечного фонда неблагоприятное влияние на эту категорию больных? В результате исследования, проведенного в 90-е годы в канадской провинции Альберта (44), было установлено, что сокращение на 50% числа коек экстренной помощи связано с уменьшением на 18,5% числа случаев смерти в больницах и уменьшением на 83,3% продолжительности пребывания больных на последней стадии болезни. Частично эти тенденции были изменены на противоположные, когда в больницах вновь начали открывать койки. Свыше половины всех больных, умирающих во время своего последнего пребывания в стационаре, получали только сестринский уход, без какой-либо диагностики или терапевтического лечения перед смертью. Авторы исследования пришли к заключению, что наличие свободных коек влияло на госпитализацию больных и продолжительность их пребывания в стационаре, но не на решения относительно лечения, которые могли бы повлиять на тяжело больных и умирающих пациентов.

Уменьшает ли закрытие коек расходы?

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 (45). 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 (46), 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 (47). 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 (48). 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. Однако оно существенно влияет на контингент больных, остающийся в стационаре, что проявляется в возрастании нагрузки на медперсонал, поскольку больший процент их больных находится на стадии непосредственно после поступления в стационар, когда для лечения требуется больше ресурсов.

Как сокращения коечного фонда влияют на остающийся медперсонал?

Имеется много данных, доказывающих, что сокращения коечного фонда неблагоприятно сказываются на положении остающегося медперсонала (49,50), особенно тех работников, которых переводят в другие учреждения или отделения внутри больницы (51). Неблагоприятные последствия для медперсонала усугубляются слабой работой с кадрами, в том числе разъяснительной, внутри организации и возрастающей нагрузкой на работников (52). Однако, если по-настоящему проявить заботу о людях, возможно безболезненное перемещение работников, которое может привести к повышению удовлетворенности сотрудников своей работой и уменьшению степени физической и моральной перегрузки (53).

Каковы последствия закрытия маленьких сельских больниц?

Во всем мире угрозой для выживания маленьких больниц в сельской местности создает целое сочетание факторов. В провинции Саскачеван в 1993 году было прекращено финансирование экстренной стационарной помощи в 52 маленьких сельских больницах, в каждой из которых было меньше восьми коек (54); впоследствии большинство этих больниц были превращены в медпункты по оказанию первичной помощи. И хотя было много опасений о том, что закрытие больниц неблагоприятно скажется на здоровье, в высказываниях жителей этих населенных пунктов подобные опасения не подтверждались. Хотя в некоторых населенных пунктах и в самом деле возникали проблемы с предоставлением помощи, остальные адаптировались к новой ситуации вполне успешно. К числу критических факторов успеха относились наличие сильных лидеров в местных общинах, создание системы приемлемых альтернативных услуг и поддержка новаторских решений со стороны местного населения. Авторы сделали вывод о том, что совсем маленькие больницы с малым количеством оборудования и коек мало что давали для здравоохранения в сельской местности. Была предложена более удачная модель,

основанная на творческих подходах к предоставлению первичной помощи и на высококачественных экстренных услугах и подкрепляемая эффективной работой с населением по разъяснению намерений и результатов изменений.

А вот исследованием в Соединенных Штатах было выявлено больше негативных последствий (55). К числу проблем относились трудности с набором и сохранением в штате врачей, озабоченность по поводу закрытия местных кабинетов экстренной помощи и увеличение времени на то, чтобы добраться до больницы. Степень остроты проблем зависела от расстояния до ближайшей больницы. Медицинские работники считали, что наибольшее влияние на уязвимые категории населения, такие, как лица пожилого возраста, инвалиды и малоимущие, оказало увеличение времени, необходимого для того, чтобы добраться до больницы, хотя указанные категории также рассматривались как находящиеся в менее благоприятных условиях и в тех районах, где больницы не закрывались. Главные препятствия, мешающие доступу уязвимых категорий к больнице, заключались в транспортном сообщении и в тяготах дороги. Авторы сделали вывод о том, что необходимо улучшить транспортное сообщение как в населенных пунктах, где больницы были закрыты, так и там, где они сохранились. Все эти опасения не подтвердились в исследовании по количественному определению потоков больных после закрытия и реорганизации сельских больниц в штате Техас в период с 1985 по 1990 год (56), в результате которого было выявлено совсем незначительное неблагоприятное влияние на доступ к услугам, хотя в нескольких случаях количество имеющихся больничных коек и врачей действительно сократилось. Как и в канадской провинции Саскачеван, сохранению доступа к услугам здравоохранения в отдаленных сельских районах способствовало создание альтернативных лечебно-профилактических учреждений.

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 (57). В одном американском исследовании проводился опрос мэров небольших городов, где в период с 1980 по 1988 год была закрыта единственная больница и впоследствии так и не была открыта вновь (58). В типичной больнице такого типа была 31 койка, среднее ежедневное число больных составляло 12 человек, и половина таких больниц находилась на расстоянии 32 км и более от ближайшей другой больницы. Из 132 закрытых больничных зданий не использованными в том или ином качестве остались только 38%, а большинство были превращены в лечебно-профилактическое учреждение другого типа, например, в амбулаторию, дом медико-социального ухода для престарелых или инвалидов или кабинет неотложной помощи. Более 75% мэров городов считали, что доступ к медицинской помощи в их населенных пунктах после закрытия больницы ухудшился, причем непропорционально большое влияние это оказало на лиц пожилого возраста и малоимущих. 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 (59). В тexasском исследовании (56) было установлено, что с большей вероятностью польза от альтернативной медицинской помощи достигается там, где местная экономика находится в лучшем состоянии и когда взамен предлагается меньше новых форм медицинских услуг. Возможность преобразования была меньше в случае государственных больниц, чем в случае частных некоммерческих поставщиков медицинских услуг. 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.

Пробелы в имеющихся доказательствах

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.

Есть несколько причин столь явного недостатка доказательств. Одной из них является недостаток первичных исследований (отражающий как отсутствие финансирования, так и ограниченные возможности) по вопросу предоставления медико-санитарных услуг и организации здравоохранения в большинстве стран Европы, в отличие от Северной Америки. Одним из редких исключений является Соединенное Королевство. Вторая причина состоит в том, что мало в каких странах фактически проводились крупные сокращения коечного фонда больниц, а где они проводились, как в некоторых странах бывшего Советского Союза, это было сделано в качестве меры реагирования на кризисную ситуацию. В-третьих, мало в каких странах Европы имеются такие же современные и сложные системы данных на популяционном уровне о пользовании медицинской помощью, как в Канаде.

Один пробел в доказательствах особенно бросается в глаза. Если не считать оценок конкретных инициатив по предоставлению альтернативных моделей лечения, таких, как больница на дому, имеется очень мало информации о воздействии сокращений числа коек на то бремя, которое несут родственники больных и другие лица, осуществляющие уход за ними.

Наконец, следует признать, что проводить такого рода исследования даже при самых благоприятных обстоятельствах чрезвычайно трудно, поскольку методика страдает такими недостатками, как трудность точного определения бремени по уходу, которое перекладывается на непрофессионалов, и объяснения причин и следствий из-за отсутствия контрольных субъектов исследования (60). В результате, как показали Edwards и Harrison, многие направления политики в отношении больниц основаны на ошибках и непонимании реалий (61).

Справедливость выводов

Представленные в настоящем докладе доказательства в огромной степени зависят от конкретных условий. Совершенно очевидно, что последствия сокращения числа больничных коек будут зависеть от исходного соотношения между предложением и

спросом. Например, как отмечалось выше, даже сравнительно небольшие сокращения числа коек могут иметь значительные последствия для доступа к лечению в тех случаях, когда коечный фонд и без того ограничен. Этим, по-видимому, и объясняется разница в результатах, которые получены в Канаде и в Соединенном Королевстве. Общая ситуация также чрезвычайно динамична. Изменения в наличии одной формы предоставления медицинской помощи часто компенсируются изменениями в наличии других форм. Так, сокращение числа коек экстренной помощи в нескольких странах были связаны с увеличением числа коек в учреждениях медико-социального ухода. Однако определить, что чем вызвано, не так-то просто, да и вообще во многих случаях эта связь носит, скорее всего, двухсторонний характер.

Особой проблемой является почти полное отсутствие данных из стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза. Всякие обобщения результатов исследований в Северной Америке применительно к этим странам необходимо делать с крайней осторожностью.

Определенное представление о ситуации можно получить из отчетов о проектах реорганизации больниц в республиках Центральной Азии. Проведенное в Кыргызстане моделирование показало, что сокращения коечного фонда в столице республики г. Бишкеке на 52% в течение 10 лет можно было бы достичь благодаря сочетанию более интенсивного использования коек, незначительных сокращений сроков пребывания в стационаре, постепенного сдвига в сторону амбулаторного лечения и поэтапного закрытия некоторых из 26 больниц, которые на момент моделирования обслуживали население численностью 700 тысяч человек (62). Точно так же в результате исследования с использованием данных о занятости коек в сельских больницах в Казахстане было установлено, что можно провести значительные сокращения коечного фонда, приводящие к закрытию одной трети коек в одном районе, включая закрытие одной из трех сельских больниц (63). Авторы отчета выделили несколько вопросов, которые необходимо решить для того, чтобы еще больше сократить коечный фонд, что при правильной организации дела позволит добиться повышения качества лечения. К ним относится более интенсивное использование существующего коечного фонда (значительная часть которого длительное время пустует), внедрение протоколов лечения, предполагающих сокращение чрезмерных сроков пребывания в стационаре, отмена многих неэффективных схем лечения, унаследованных от советских времен, и переход к амбулаторному лечению многих обычных болезней. Однако авторы также признают, что на пути изменений стоит много препятствий законодательно-нормативного характера.

Выводы

1. В 90-е годы число больничных коек экстренной помощи сократилось во многих, но не во всех странах, хотя делать сравнения тут сложно из-за различий в методике подсчета. К тому же число коек является плохим показателем мощности системы здравоохранения, поскольку койка приносит реальную пользу для оказания медицинской помощи только в том случае, когда она дополняется правильным сочетанием медперсонала и оборудования.

2. 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.
3. 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.
4. Сокращение коечного фонда часто имеет неблагоприятные последствия для медицинских работников, хотя эти последствия можно смягчить, если проводить надлежащую разъяснительную работу с людьми и по достоинству оценивать возрастающую нагрузку, которая сопровождает сокращение коечного фонда.

Рекомендация общего характера в отношении стратегии

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:

- устойчивое направление инвестиций на развитие альтернативных лечебно-профилактических учреждений;
- тщательное планирование перевода медперсонала в другие учреждения или отделения внутри этой же больницы;
- создание механизмов, позволяющих сократить число необоснованных госпитализаций и содействующих ускоренной выписке больных.

Приложение: описание методов синтеза

Материалы, на основании которых был написан данный синтетический доклад, были получены несколькими способами:

1. Поиск в базе данных PubMed с 1990 года по настоящее время по следующим ключевым словам:

'hospital' + 'beds' + 'closure' ("больница" + "койки" + "закрытие")
'hospital' + 'beds' + 'reduction' ("больница" + "койки" + "сокращение")
'hospital' + 'beds' + 'reconfiguration' ("больница" + "койки" + "реорганизация")
'hospital' + 'downsizing' ("больница" + "уменьшение")

2. Поиск в Интернете с помощью системы Google и тех же ключевых слов.
3. Справочные материалы, полученные при подготовке публикации *Hospitals in a changing Europe ("Больницы в меняющейся Европе")*, McKee M, Healy J (eds), Buckingham: Open University Press, 2002.
4. Поиск в "Библиотеке Кочрейна", в частности, в докладах группы Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group.
5. Информация о больницах из докладов "Система здравоохранения в переходном периоде", подготовленных Европейской обсерваторией по системам здравоохранения.
6. Серия ситуационных исследований по реструктуризации больниц в Центральной и Восточной Европе и странах бывшего Советского Союза, проведенных Европейской обсерваторией по системам здравоохранения в 2001 г. (64).
7. Фонд Бертельсманна. Веб-сайт "International Trends in Health Policy Reform" ("Международные тенденции в реформировании политики здравоохранения").
<http://www.healthpolicymonitor.org/>
8. База данных Йоркского университета "Health Technology Assessment" ("Оценка технологии здравоохранения") <http://agatha.york.ac.uk/htahp.htm>.

Кроме того, при необходимости проводились более узконаправленные поиски в Интернете и PubMed для уточнения наводящей информации, полученной при первоначальных широких поисках, а также поиски на веб-сайтах академических организаций и отдельных исследователей, выявленных как ведущие исследования в областях, представляющих интерес.

Литература

1. Ribbe MW et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age and Ageing* 1997, 26, 2:3-12.
2. Kerr E, Sibrand V. *Health Care Systems in Transition: Belgium*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000.
3. Hensher M, Edwards N, Stokes R. International trends in the provision and utilisation of hospital care. *British Medical Journal*, 1999, 319:845-848.
4. Hjortsberg C, Ghatnkar O. *Health Care Systems in Transition: Sweden*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2001.
5. Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K. *Health Care Systems in Transition: Denmark*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2001.
6. Hensher M, Edwards N. Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s. *British Medical Journal*, 1999, 319:911-914.
7. Kulzhanov M, Healy J. *Health Care Systems in Transition: Kazakhstan*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 1999.
8. Jesse M. *Health Care Systems in Transition: Estonia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000.
9. Cercone J, Godhino J. The elements of health care system reform in Moldova. *EuroHealth*, 2001, 7,3:40-41.
10. Nuri B. Restructuring hospitals in Albania. *EuroHealth*, 2001, 7,3:47-50.
11. Department of Health and Children. *Acute hospital bed capacity: A national review*. Dublin, Stationery Office, 2002.
12. 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.
13. Cameron PA, Campbell DA. Access block: problems and progress. *Medical Journal of Australia*, 2003, 178:99-100.
14. Gaffney D et al. The private finance initiative. NHS capital expenditure and the private finance initiative-expansion or contraction? *British Medical Journal*, 1999, 319:48-51.
15. Dunnigan MG, Pollock AM. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's case study. *British Medical Journal* 2003, 326:905-908.

16. 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.
17. 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.
18. Rico A, Sabes R, Wisbaum W. *Health Care Systems in Transition: Spain*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2000.
19. Orosz E, Holló I. Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms. *EuroHealth*, 2001, 7,3:22-25.
20. Gulácsi L, Boncz I, Dávid T. What are the lessons learned by the countries went through dramatic reductions of their hospital bed capacity as part of health care reforms from Hungarian perspective. HEN-working paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network) 2003.
21. Koziarkiewicz A, Karski J. Hospital sector reform in Poland. *EuroHealth*, 2001, 7,3:32-35.
22. Healy J, McKee M. Implementing hospital reform in central and eastern Europe. *Health Policy*, 2002, 61:1-19.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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, 205-225.
27. 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.
28. Trye P et al. Health service capacity modelling. *Australian Health Review*, 2002,25:159-168.
29. Jones SA, Joy MP, Pearson J. Forecasting demand of emergency care. *Health Care Management Science*, 2002, 5:297-305.
30. Green LV. How many hospital beds? *Inquiry*. 2002-2003, 39,4:400-412.
31. 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 and Medicine*, 1990, 30:819-828.

32. 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.
33. Hensher M et al. Better out than in? Alternatives to hospital care. *British Medical Journal*, 1999, 319:1127-1130.
34. Parkes J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003, 2. Oxford: Update Software.
35. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2003, 2. Oxford: Update Software.
36. 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.
37. Discher CL et al. Heart failure disease management: impact on hospital care, length of stay, and reimbursement. *Congestive Heart Failure*, 2003, 9:77-83.
38. Roos NP, Shapiro E. Using the information system to assess change: the impact of downsizing the acute sector. *Medical Care*, 1995, 33,12: DS109-126.
39. 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: JS135-150.
40. 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.
41. Hanratty B, Robinson M. Coping with winter bed crises. *British Medical Journal* 1999, 319:1511-1512.
42. 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.
43. Bagust A, Place M, Posnett JW. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *British Medical Journal*, 1999, 319:155-158.
44. 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.
45. Beech R, Larkinson J. Estimating the financial savings from maintaining the level of acute services with fewer hospital beds. *International Journal of Health Planning and Management*, 1990, 5:89-103.
46. 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.
47. Shanahan M, Brownell MD, Roos NP. The unintended and unexpected impact of downsizing: costly hospitals become more costly. *Medical Care*, 1999, 37,6:JS123-34.

48. Zwanziger J et al. Comparison of hospital costs in California, New York, and Canada. *Health Affairs* (Millwood), 1993, 12:130-139.
49. 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. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001, 35:15015-4.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. Burke RJ. Work experiences and psychological well-being of former hospital-based nurses now employed elsewhere. *Psychological Reports*, 2002, 91,3.2:1059-1064.
54. Liu L et al. Impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada. *Social Science and Medicine*, 2001, 52:1793-1804.
55. Reif SS, DesHarnais S, Bernard S. Community perceptions of the effects of rural hospital closure on access to care. *Journal of Rural Health*, 1999, 15:202-209.
56. McKay NL, Coventry JA. Access implications of rural hospital closures and conversions. *Hospital and Health Service Administration*, 1995, 40:227-246.
57. 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.
58. Hart LG, Pirani MJ, Rosenblatt RA. Causes and consequences of rural small hospital closures from the perspectives of mayors. *Journal of Rural Health*, 1991, 7:222-245.
59. McKay NL, Coventry JA. Rural hospital closures. Determinants of conversion to an alternative health care facility. *Medical Care*, 1993, 31:130-140.
60. 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.
61. Edwards N, Harrison A. Planning hospitals with limited evidence: a research and policy problem. *British Medical Journal*, 1999, 319:1361-1363.
62. Street A, Haycock J. The economic consequences of reorganizing hospital services in Bishkek, Kyrgyzstan. *Health Economics*, 1999, 8:53-64.

63. Ensor T, Thompson R. Rationalizing rural hospital services in Kazakstan. *International Journal of Health Planning and Management*, 1999, 14:155-167.

64. Healy J, McKee M (eds). Implementing hospital reform in central and eastern Europe and central Asia. *Eurohealth*, 2001, 7.