

Серия изданий
Европейской обсерватории
по системам здравоохранения

Реформа больниц в новой Европе

Реформа больниц
в новой Европе

Под редакцией
Мартина Макки
Джудит Хили

Под редакцией Мартина Макки,
Джудит Хили



Реформа больниц в новой Европе

Серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения

Редакторы серии

Жозеп Фигерас — руководитель секретариата и директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения, а также руководитель Европейского центра политики в области здравоохранения Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения.

Мартин Макки — директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и профессор кафедры европейского общественного здравоохранения Лондонской школы гигиены и тропической медицины, а также один из директоров Европейского центра по вопросам охраны здоровья в странах с переходной экономикой при этой школе.

Элайас Моссиалос — директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и рецензент Мемориального фонда им. Брайана Абея-Смита по тематике политики в области здравоохранения на факультете социальной политики Лондонской школы экономики и политических наук, а также один из директоров Лондонской школы здравоохранения и социального обеспечения.

Ричард Б. Солтман — директор по вопросам исследований Европейской обсерватории по системам здравоохранения и профессор по вопросам политики в области здравоохранения и управления Школы общественного здравоохранения им. Роллинса, Университет Эмори, Атланта, Джорджия.

О настоящей серии

Основное внимание в изданиях данной серии посвящено ключевым вопросам формирования политики в области здравоохранения в Европе. В каждом исследовании рассматриваются концептуальная основа, полученные результаты и уроки в отношении развития более справедливых, эффективных и действенных систем здравоохранения в Европе. С учетом этой направленности целью данной серии является содействие развитию в большей степени ориентированного на существующие реалии подхода к формулированию политики в секторе здравоохранения.

Данные исследования будут иметь важное значение для всех занимающихся разработкой или оценкой национальной политики здравоохранения и, в частности, будут полезны для лиц, ответственных за вопросы политики в области здравоохранения и их консультантов, которые испытывают постоянно растущее давление в плане рационализации структуры и финансирования систем здравоохранения. Данная серия будет полезна также для научных работников и студентов, занимающихся вопросами политики в области здравоохранения, которые пытаются лучше разобраться в сложных альтернативных вариантах, существующих в рамках систем здравоохранения в Европе.

Опубликованные работы

(на русском языке вышли в свет в издательстве «Весь Мир»)

Мартин Макки, Джудит Хили и Джейн Фолкингэм (ред.): *Здравоохранение в Центральной Азии.*

Элайас Моссиалос, Анна Диксон, Жозеп Фигерас и Джо Кутцин (ред.): *Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы.*

Ричард Б. Солтман, Райнхард Буссе и Элайас Моссиалос (ред.): *Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран.*

Европейская обсерватория по системам здравоохранения представляет собой уникальный проект, основывающийся на стремлении всех участвующих в его осуществлении партнеров к совершенствованию систем здравоохранения. Этими партнерами являются:

- Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
- Правительство Греции
- Правительство Норвегии
- Правительство Испании
- Европейский инвестиционный банк
- Институт открытого общества
- Всемирный банк
- Лондонская школа экономики и политических наук
- Лондонская школа гигиены и тропической медицины

ЕОСЗ оказывает помощь и поддержку в разработке политики здравоохранения на основе имеющихся данных и всестороннего подробного анализа динамики систем здравоохранения в Европе.

Серия изданий Европейской обсерватории по системам здравоохранения

Под редакцией Жозепа Фигераса, Мартина Макки, Элайаса Моссиалоса и Ричарда Б. Солтмана



Реформа больниц в новой Европе

Под редакцией
**Мартина Макки
и Джудит Хили**

Опубликовано от имени Европейской обсерватории
по системам здравоохранения

Издательство «Весь Мир»

2003

УДК 614
ББК 51.1
Реф 45

Оригинальное издание опубликовано «Оупен Юниверсити Пресс» от имени Европейской обсерватории по системам здравоохранения под названием Hospitals in a Changing Europe (European Observatory on Health Care Systems Series)

Published by Open University Press on behalf of the European Observatory on Health Care Systems in 2002 under the title Hospitals in a Changing Europe (European Observatory on Health Care Systems Series)
© World Health Organization 2002

Права на публикацию русского издания предоставлены издательству «Весь Мир» Директором Европейского регионального бюро ВОЗ.

Выраженные в настоящей публикации мнения, а также мнения редакторов и лиц, предоставивших соответствующие материалы, не обязательно отражают решения или политику, принятую организациями, не являющимися участниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Реф 45 **Реформа больниц в новой Европе** / Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б. / Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002. — 320 с.

© World Health Organization 2002
ISBN 5-7777-0183-3

В книге рассматривается роль больниц в оказании медицинской помощи. Исследуются проблемы инвестиций, реформирования больниц и повышения эффективности лечения.

*Перевод на русский язык — Издательство «Практика»
Верстка — Издательство «Весь Мир»*

Отпечатано в России

ISBN 5-7777-0183-3

Оглавление

Указатель рисунков, таблиц и рамок	vii
Список авторов	xii
От редакторов	xiv
Предисловие	xvi
Выражение признательности	xviii
Часть 1. Среда функционирования больниц	1
<i>Глава 1.</i> Значение больниц: введение	3
<i>Глава 2.</i> Эволюция больничных систем	15
<i>Глава 3.</i> Факторы, способствующие переменам	38
<i>Глава 4.</i> Роль и функция больниц	63
Часть 2. Влияние внешних факторов на функционирование больниц	89
<i>Глава 5.</i> Больница и внешняя среда: опыт Великобритании	91
<i>Глава 6.</i> Можно ли считать, что чем больница больше, тем она лучше?	110
<i>Глава 7.</i> Инвестирование в больницы	132
<i>Глава 8.</i> Механизмы оплаты больничных услуг: теория и практика в странах с переходной экономикой	165
<i>Глава 9.</i> Установление связей между организационной структурой и внешней средой: опыт реформы больниц в странах с переходной экономикой	196

Часть 3. Внутренние стратегии перемен	225
<i>Глава 10.</i> Совершенствование работы больницы	227
<i>Глава 11.</i> Меняющийся персонал европейских больниц	250
<i>Глава 12.</i> Внедрение новых технологий	265
<i>Глава 13.</i> Оптимизация клинической деятельности	279
<i>Глава 14.</i> Организация больниц и больничная культура	292
Часть 4. Выводы	309
<i>Глава 15.</i> Больницы будущего	311
Предметный указатель	316

Указатель рисунков, таблиц и рамок

Рисунок 1.1	Больница как система: возможности для перемен	13
Рисунок 2.1	Число больниц на 100 000 населения в странах Европейского союза, Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	20
Рисунок 2.2	Число больничных коек на 100 000 населения в странах Европейского союза, Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	21
Рисунок 2.3	Число больничных коек на 100 000 населения в отдельных странах Западной Европы	21
Рисунок 2.4	Число госпитализаций на 100 человек населения в странах Европейского союза, Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	22
Рисунок 2.5	Средняя продолжительность пребывания в больнице в странах Европейского союза, Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	23
Рисунок 2.6	Коэффициент использования коек (в %) в странах Европейского союза, Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	24
Рисунок 2.7	Число койко-дней на 100 человек населения в странах Европейского союза, Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР	25

Рисунок 2.8	Расходы на стационарное лечение в процентах ко всем расходам на здравоохранение в отдельных странах Западной Европы	25
Рисунок 2.9	Тенденции изменения численности коек (на 1000 человек населения) в Великобритании, 1977–1996 гг.	27
Рисунок 3.1	Факторы, способствующие переменам в больницах	39
Рисунок 3.2	Показатель рождаемости (среднее число детей у одной женщины) в отдельных странах Европы	40
Рисунок 3.3	Прогнозируемая доля лиц старше 65 лет среди населения различных регионов Европы	40
Рисунок 3.4	Смертность от рака легких, бронхов и трахеи на 100 000 населения в Финляндии и Португалии, 1970–1998 гг.	44
Рисунок 3.5	Смертность от инсульта на 100 000 населения во Франции, в Польше, Португалии и Испании, 1985–1998 гг.	44
Рисунок 3.6	Общие расходы на здравоохранение в процентах к ВВП стран «семерки» (ведущих индустриальных стран мира), 1960–1996 гг.	53
Рисунок 4.1	Функции больницы	64
Рисунок 4.2	Процент операций по удалению катаракты, осуществленных амбулаторно, в 10 индустриальных странах (данные по последнему году, по которому имеется информация)	66
Рисунок 4.3	Возможные роли окружной больницы общего профиля в системе здравоохранения	72
Рисунок 5.1	Взаимодействие больницы с внешней средой: связи, направленные извне	93
Рисунок 5.2	Взаимодействие больницы с внешней средой: связи, направленные вовне	100
Рисунок 6.1	Долгосрочные средние издержки, теоретическая кривая	111
Рисунок 6.2	Кривая, отражающая наблюдаемые долгосрочные средние издержки	115
Рисунок 7.1	Внешние рычаги совершенствования больничной деятельности	133
Рисунок 7.2	Число операций на сердце (шунтирование, установка стентов и ангиопластика) на миллион населения	151
Рисунок 7.3	Отношение числа операций на сердце (на миллион населения) к смертности от ишемической болезни сердца	152
Рисунок 7.4	Интегрированная программа обеспечения качества: схема обеспечения качества в Англии	159
Рисунок 8.1	Группы, сформированные по составу случаев: итеративный процесс	174
Рисунок 8.2	Системы оплаты стационарного лечения в России	181
Рисунок 9.1	Факторы, определяющие поведение больниц	198
Рисунок 9.2	Среда функционирования больниц в коммунистическую эпоху	202

Рисунок 9.3	Среда функционирования больниц в переходный период	203
Рисунок 10.1	Совершенствование лечения внутри больницы	228
Рисунок 10.2	Факторы, влияющие на структуру больницы	229
Рисунок 10.3	Виды планировки больниц	229
Рисунок 11.1	Доля женщин в составе рабочей силы 12 западноевропейских стран: 1980 и 1997 гг.	252
Рисунок 11.2	Доля женщин среди практикующих врачей в восьми странах Западной Европы: 1980, 1997 или 1998 гг.	252
Рисунок 11.3	Отношение числа дипломированных или квалифицированных медсестер к общему числу практикующих врачей в девяти странах Западной Европы: 1980 и 1997 или 1998 гг.	255
Рисунок 14.1	Организация больницы, обеспеченность средним медицинским персоналом и результативность	297
Рисунок 14.2	Вероятность смерти для больных СПИДом в течение 30 дней после поступления в 40 отделений 20 больниц США, в зависимости от типа учреждения	300
Рисунок 14.3	Нескорректированное и скорректированное влияние типа больничного подразделения на степень удовлетворенности больных СПИДом в 40 отделениях 20 больниц США	301
Таблица 1.1	Число статей, посвященных больницам, в поисковой системе Medline	8
Таблица 2.1	Историческая эволюция больниц	16
Таблица 4.1	Альтернативные значения больниц	75
Таблица 4.2	Описание больницы: аспекты и показатели	80
Таблица 5.1	Число стационарных и дневных случаев в системе Государственной службы здравоохранения Англии, 1982–98 гг.	99
Таблица 5.2	Число коек в системе Государственной службы здравоохранения Англии, 1982 и 1998 гг.	99
Таблица 5.3	Связь между ростом числа коек в частных домах престарелых и снижением числа коек в больницах системы Государственной службы здравоохранения Англии, 1984–97 гг.	102
Таблица 5.4	Изменения в характере информационных потоков и взаимосвязей между врачами общей практики и больничными консультантами (врачами-специалистами) через «интерфейс» между первичной помощью и больницей	104
Таблица 6.1	Распределение больниц в Англии согласно их размеру (включая больницы в системе объединенных трестов Государственной службы здравоохранения)	115

Таблица 6.2	Данные о связи между объемом и качеством для различных лечебных процедур, услуг или болезней	118
Таблица 7.1	Вложения и политические рычаги: образцы стратегий	134
Таблица 8.1	Оценка избранных моделей оплаты больничных услуг согласно объективным критериям	173
Таблица 8.2	Системы оплаты больничных услуг в странах Восточной Европы, по которым доступна информация	174
Таблица 8.3	Особенности систем посуточной оплаты за больничные услуги в избранных странах Восточной Европы	176
Таблица 8.4	Особенности систем оплаты больничных услуг из расчета за каждый отдельный случай в избранных странах Восточной Европы	178
Таблица 8.5	Изменение доли ВВП, предназначенной для нужд здравоохранения, и доли государственных расходов на стационарное лечение по отношению ко всем государственным расходам на здравоохранение в 15 странах, ныне входящих в Европейский союз (по данным на 1980—95 гг.)	190
Таблица 9.1	Шкала организационной структуры больниц	201
Таблица 9.2	Форма собственности на больницы и правовой организационный статус больниц в 11 избранных странах	204
Таблица 9.3	Полномочия по принятию кадровых решений, по избранным странам	208
Таблица 9.4	Система стимулов, действующих внутри больниц в переходный период	219
Таблица 10.1	Меры по управлению персоналом	237
Таблица 11.1	Меняющийся состав персонала европейских больниц	251
Таблица 11.2	Тенденции в управлении персоналом больниц	254
Таблица 11.3	Меняющийся персонал европейских больниц	262
Таблица 13.1	Показатели медицинского вмешательства (в %) среди больных 306 районов, участвовавших в исследовании Cooperative Cardiovascular Project	283
Таблица 14.1	Средние значения по трем шкалам характеристик медицинской практики для 40 подразделений двадцати больниц США согласно типам организации	299
Таблица 14.2	Воздействие специализированных подразделений для больных СПИДом и «больниц-магнитов» на утомляемость среднего медицинского персонала, измеренную по шкале эмоционального истощения (Maslach Burnout Inventory)	302
Рамка 1.1	Две больницы	6
Рамка 2.1	Ла-Питье-Сальпетриер	17
Рамка 3.1	Борьба с больничными инфекциями	46

Рамка 3.2	Прогнозирование программ в Западной Европе	57
Рамка 4.1	Специализированные больницы в республиках Центральной Азии	82
Рамка 7.1	Типы права собственности на больницы	135
Рамка 7.2	Британский план, известный как частная финансовая инициатива (Private Finance Initiative)	139
Рамка 7.3	Дело о Бристольской королевской больнице	145
Рамка 7.4	Показатели клинической деятельности: Англия	146
Рамка 7.5	Этапы оценки потребностей в медицинском вмешательстве	152
Рамка 10.1	Типовая «хартия детей» английского Министерства здравоохранения	232
Рамка 10.2	Инициатива «Больница, помогающая младенцам»: 10 шагов к успешному кормлению грудью	241
Рамка 10.3	Ключевые элементы тотального управления качеством	243
Рамка 11.1	Подходы к структуре и взаимозаменяемости среднего медицинского персонала	256
Рамка 11.2	Основные элементы структурной перестройки больниц («сосредоточенной на больном» медицинской помощи)	258
Рамка 12.1	Эволюция технологических подходов к лечению язвенной болезни	270

Список авторов

Линда Айкен — профессор Университета штата Пенсильвания, Филадельфия, США.

Джеймс Бьюкен — лектор Университетского колледжа королевы Маргариты, Эдинбург, Великобритания.

Найджел Эдуардс — политический директор Конфедерации Государственной службы здравоохранения, Великобритания.

Ник Фримантл — профессор Бирмингемского университета, Великобритания.

Эйприл Хардинг — старший специалист Всемирного банка.

Энтони Харрисон — сотрудник Королевского фонда, Лондон, Великобритания.

Джудит Хили — старший научный сотрудник Европейской обсерватории по системам здравоохранения, почетный лектор Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Великобритания.

Мартин Хеншер — консультант Европейского союза при Министерстве здравоохранения, Претория, ЮАР.

Мелитта Якаб — сотрудник Всемирного банка.

Джон К. Лангенбруннер — старший экономист Всемирного банка.

Мартин Макки — научный руководитель Европейской обсерватории по системам здравоохранения, профессор Лондонской школы гигиены и тропической медицины, Великобритания.

Фиона О'Мэй — сотрудник Университетского колледжа королевы Маргариты, Эдинбург, Великобритания.

Джон Поснетт — директор Йоркского консорциума по экономике здравоохранения, Йоркский университет, Великобритания.

Александр С. Прекер — сотрудник Всемирного банка, Вашингтон, США.

Ребекка Розен — сотрудник Королевского фонда, Лондон, Великобритания.

Дуглас Слоун — ассоциированный профессор Университета штата Пенсильвания, Филадельфия, и ассоциированный профессор Американского католического университета, Вашингтон, США.

Мириам Уили — руководитель Центра по изучению политики в области здравоохранения, старший научный сотрудник Института социальных наук, Дублин, Ирландия.

От редакторов

Лица, ответственные за государственную политику в странах Европы, придерживаются единого мнения о коренных задачах здравоохранения. Перечень этих задач краток: доступ к медицинским услугам для всех граждан, улучшение здоровья населения, эффективное использование средств, высокое качество услуг, отзывчивость на нужды больных. С этой формулой согласны представители всех политических сил; она неоднократно — иногда с теми или иными вариациями — звучала в ходе большинстве недавних избирательных кампаний в европейских странах.

Этот консенсус, однако, существует только на уровне абстрактных политических рассуждений. Стоит лицам, принимающим политические решения, сделать шаг по пути проведения деклараций в жизнь, как общие принципы сразу же распыляются, превращаясь в ряд несхожих, иногда противоречащих друг другу подходов. И это вполне естественно. В странах с различными историческими, культурными и политическими традициями на протяжении долгого времени складывались совершенно различные институциональные структуры финансирования и предоставления медицинских услуг.

В связи с подобным многообразием естественно возникает вопрос о том, каковы сильные и слабые стороны отдельных систем и какой подход предпочтительнее в том или ином контексте, для решения тех или иных приоритетных политических задач. Заинтересованность политиков в ответах на этот вопрос породила волну реформ, охватившую системы здравоохранения стран Европы в 1990-х годах. Реформы, в свою очередь, способствовали расширению научно-методологической базы как для политиков, так и для специалистов по клинической медицине, и породили возможность хотя бы частично преодолеть организационные трудности на пути к более целенаправленной и обоснованной политике в области здравоохранения для всей Европы.

Книги, публикуемые в серии Европейской обсерватории по системам здравоохранения, посвящены комплексному анализу политики в области здравоохранения. Авторы серии — академические ученые и специалисты по разработке политического курса, работающие в различных учреждениях ряда стран; каждый из них вносит свой вклад в синтетическую картину современного здравоохранения. В каждой из книг подробно рассматриваются теоретические основы, итоги и уроки движения европейских систем здравоохранения к более справедливому распределению услуг, большей эффективности и экономичности. Задача серии в целом — способствовать формированию более научно обоснованного подхода к формулировке политических задач для здравоохранения. В исследованиях уделяется должное внимание культурным, социальным и экономическим различиям между странами и разрабатывается ряд политических альтернатив для принятия решений в будущем. Анализ сильных и слабых сторон различных политических подходов служит решению главной задачи, ради которой и была предпринята вся серия: создать своего рода мост между академической наукой и реальной политикой и стимулировать разработку стратегических мер по реформированию здравоохранения в соответствии с насущными требованиями.

Серия Европейской обсерватории по системам здравоохранения создается совместными усилиями трех международных агентств, трех национальных правительств, двух научно-исследовательских учреждений и одной международной неправительственной организации. В создании серии участвуют Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (эта организация формирует секретариат Европейской обсерватории по системам здравоохранения), правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа гигиены и тропической медицины и Лондонская школа экономических и политических наук.

Более подробную информацию о книжной серии и других публикациях, выпускаемых Европейской обсерваторией по системам здравоохранения, можно найти на сайте www.observatory.dk.

*Жозеп Фигерас, Мартин Макки,
Элайас Моссиалос и Ричард Б. Солтман*

Предисловие

Публикация доклада Всемирной организации здравоохранения за 2000 г., озаглавленного «Системы здравоохранения: совершенствование деятельности», стимулировала тех, кто разрабатывает политику, еще раз взглянуть на устройство своих систем здравоохранения. Прогресс в науке, технологии и фармакологии резко повышает возможности здравоохранения по улучшению здоровья населения. К сожалению, во многих странах этот потенциал все еще остается нереализованным. Системы здравоохранения часто не могут обеспечить эффективного лечения и не удовлетворяют законные ожидания больных.

Больница играет центральную роль в оказании медицинской помощи. Однако академические ученые и политические деятели слишком долго не уделяли ей должного внимания. Отчасти это было связано с тем, что реформа больниц считалась весьма сложной проблемой. Больницы — сложные учреждения, нередко окруженные таинственным ореолом. Территориальное распределение и структура больниц часто отражают потребности предшествующих поколений; нередко больницы кажутся весьма устойчивыми к переменам. Тем не менее им приходится так или иначе приспосабливаться к изменениям в составе населения и в картине заболеваемости, а также к техническому прогрессу и к новым общественным ожиданиям. Как больницы, так и политики должны реагировать на эти факторы, побуждающие к переменам.

Какую же роль должна играть больница в будущем? В этой книге формулируются разнообразные задачи больницы; особое внимание обращено на центральную роль больницы в содействии здоровью. Подчеркнуто, что исполнительная власть обязана инвестировать средства в то, что является предпосылкой эффективного лечения, а именно в людей, мощности и знания. Указано на необходимость установить взаимосвязи между различными частями системы здравоохранения в рамках структурной схемы, основанной не на противоречиях, а на сотрудничестве.

Настоящая книга — плод совместных усилий ведущих академических ученых и деятелей, ответственных за разработку политики в области здравоохранения; объединившись под эгидой Европейской обсерватории по системам здравоохранения, они создали труд, призванный стать основой для более эффективной деятельности по разработке политических мер.

Марк Данзон
Директор Европейского регионального бюро
Всемирной организации здравоохранения

Выражение признательности

Эта книга входит в серию Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Мы благодарны нашим авторам, которые оперативно предоставили свои тексты, а затем совершенствовали их.

За подробные и конструктивные замечания мы особенно благодарны нашим рецензентам Филиппу Берману, Антонио Дурану, Жужанне Якаб, Чарлзу Норманду, Константино Сакелларидесу, Ричарду Б. Солтману, Игорю Шейману, Перу-Гуннару Свенсону и Эндрю Вудхеду. Дополнительный материал для обзора предоставили Эллен Нольте, Райнхард Буссе, Элайас Моссиалос и Джеффри Стурчо. Мы благодарим также партнеров Обсерватории за их вклад в создание и совершенствование текста.

Анн-Пьер Пикар оказала неоценимую исследовательскую поддержку на ранних стадиях создания книги. Каролин Уайт осуществила верстку всех версий отдельных глав. Мы благодарны также всем нашим коллегам в Обсерватории. Особая благодарность — Жозепу Фигерасу за его подробные замечания к двум вариантам книги и за одобрение нашей работы, равно как и за постоянные напоминания о сроках. Спасибо также Райнхарду Буссе за его комментарии к нескольким главам. Искренней благодарности заслуживают Суси Лессоф (за координацию исследований), Джеффри Лейзарус, Дженн Кейн и Филлис Даль (за

организацию производства), Мириам Андерсон и Сью Гаммерман (за административную поддержку). Мы благодарны также Дэвиду Бройеру за окончательное редактирование рукописи перед публикацией.

Мы хотели бы поблагодарить фирму Рэндом-хауз за разрешение воспроизвести отрывок из книги Колина Тэброна «В Сибири» (издательство Чатто и Уиндас) и издательство Джона Марри за разрешение воспроизвести отрывок из книги Дервлы Мёрфи «Когда Инд молод».

Наконец, мы благодарны нашим партнерам Дороти Макки и Тони Мак-Майклу за поддержку и снисходительность.

Мартин Макки и Джудит Хили

часть ПЕРВАЯ

Среда функционирования больниц

глава ПЕРВАЯ

Значение больниц: введение

Мартин Макки и Джудит Хили

Зачем нужна книга о больницах?

Больницы — важный элемент систем здравоохранения, без которого невозможно представить себе процесс реформ; вместе с тем исследователи и те, кто разрабатывает политику в области здравоохранения, почему-то не обращают на институт больниц особого внимания. Значимость больниц в системе здравоохранения обуславливается несколькими причинами. Во-первых, на больницы уходит значительная часть бюджета здравоохранения: около 50% во многих странах Западной Европы и 70% и выше в странах бывшего СССР. Во-вторых, положение больниц на вершине системы здравоохранения означает, что принятая ими политика, определяющая доступ к специализированным медицинским услугам, оказывает значительное влияние на услуги здравоохранения в целом. В-третьих, специалисты, работающие в больницах, составляют ведущую «прослойку» медиков-профессионалов. Наконец, благодаря прогрессу медицинской технологии и фармацевтической промышленности и возрастающему значению доказательной медицины больницы становятся особенно важным фактором, влияющим на здоровье населения в целом (McKee, 1999). Если больницы организованы недостаточно эффективно, их потенциально положительное влияние на здоровье населения может снизиться или даже переродиться в свою противоположность.

Настала пора отнестись к больницам внимательнее: ведь по всей Европе на больницы оказывается все более и более сильное давление, направленность которого к тому же постоянно меняется. На функционирование больниц влияют такие факторы, как изменение численности и состава населения, картина заболеваемости, возникновение новых возможностей медицинского вмешательства по мере научного и технического прогресса, общественные и политические ожидания. Новые формы и типы лечения требуют новых зданий и помещений, по-новому обученного персонала, новых методов работы. Необходимо пересмотреть разграничение между больничным лечением и

4 Реформа больниц в новой Европе

первичной медицинской помощью: больницы часто критикуются за то, что они слишком медленно адаптируются к новому и не пользуются преимуществами, которые стали возможны благодаря развитию такой альтернативы, как общественная медицина.

Вместе с тем больницы меняются. С начала 1980-х годов многие страны стремятся сократить емкость (или пропускную способность) больниц, делая основной упор на альтернативных формах организации медицинской помощи. (Saltman and Figueras 1997; Brownell et al. 1999; Pollock et al. 1999; Street and Hacock 1999). Больницы постепенно ограничивают свою деятельность лечением острых случаев, принимая только таких больных, которые нуждаются в относительно интенсивной помощи, в постановке сложного диагноза или в сложном лечении. Больницы должны перестроиться, чтобы приспособиться к этим новым обстоятельствам.

Лица, ответственные за внедрение новых форм организации медицинской помощи, далеко не всегда имеют в своем распоряжении готовую программу действий. По мнению авторов настоящей книги, чтобы выработать оптимальную стратегию улучшения деятельности больниц, следует начать с объективного анализа научных данных; необходимо также извлечь уроки из опыта других стран. Ныне нам доступна достаточно богатая информация о том, какие меры эффективны, а какие — нет; впрочем, оценка отдельных случаев часто затруднительна. Свою задачу мы видим в том, чтобы преподнести объективную информацию в относительно легко обозримом виде; тем самым мы надеемся внести определенный вклад в дело реформирования больниц.

Эта книга предназначена для читателей, интересующихся политикой в области здравоохранения, особенно в применении к больницам. Мы надеемся, что среди наших читателей будут специалисты, занимающиеся анализом в целях выбора экономической политики, сотрудники правительственных органов и страховых фондов, чиновники региональных органов здравоохранения, а также руководители больниц, интересующиеся той политической средой, в которой им приходится работать. Впрочем, настоящую книгу не следует воспринимать как очередное руководство по управлению больницей.

Особенность настоящей публикации заключается в том, что здесь рассматривается влияние больниц, как части системы здравоохранения, на состояние здоровья населения в целом и анализируются реакции больниц на обоснованные потребности людей, пользующихся больничными услугами. Авторы признают важность финансового аспекта деятельности больниц; вместе с тем в книге не рассматриваются такие проблемы, как максимизация прибылей или доля на рынке. Подобные проблемы не имеют особого значения для Европы; те, кто хочет подробнее ознакомиться с ними, могут воспользоваться литературой по США.

В центре настоящей книги — больницы Европы, как Западной, так и Восточной. Мы сознаем, что эти термины слишком широки и не всегда приемлемы, но используем их для удобства. По необходимости мы говорим о «субрегионах» — таких, как страны Европейского союза (ЕС), страны Центральной и Восточной Европы, республики бывшего СССР и республики бывшей советской Средней Азии. Европа весьма разнородна; в системе здравоохранения каждой отдельной страны запечатлелись ее культура и история (McKee and Jacobson 2000). Многому можно научиться из опыта других стран; вместе с тем политика, эффективная в одном культурно-историческом контексте,

не должна некритически переноситься на другую почву. Сказанное может быть проиллюстрировано на примере часто задаваемого вопроса о том, какое число больничных коек является «правильным». Среди экспертов (по меньшей мере западноевропейских) существует согласие насчет того, что в советскую эпоху емкость больниц в странах Восточной Европы была чрезмерно высока и ныне ее следует сократить; вместе с тем сравнения с западноевропейскими нормами емкости должны проводиться весьма осторожно. Во-первых, социальные контексты различны: в странах Восточной Европы не было таких поддерживающих механизмов, как эффективная система социального обеспечения или супермаркеты. Во-вторых, некоторые эксперты считают, что сокращение емкости больниц в некоторых странах Запада — например, в Великобритании и США — зашло слишком далеко. В этих странах снижение численности персонала и сокращение удобств не сопровождалось соответствующим снижением объема работы; возросшее давление на персонал привело к ухудшению качества лечения (Hensher et al. 1999; Reissman et al. 1999). Наконец, не всегда ясно, действительно ли снижение емкости больниц приводит к желаемой экономии средств: ведь интенсивность лечения в других учреждениях может возрасти (Shanahan et al. 1999).

Что такое больница?

Прежде всего следует точно определить предмет настоящей книги. Что есть больница в точном смысле слова? Одно из определений гласит: это «учреждение, предоставляющее койки, питание и постоянный медицинский уход для своих больных, пока их лечат профессиональные врачи» (Miller 1997). Хотя это определение отражает суть понятия «больница», последнее в равной степени может относиться к самым разнообразным структурам. Больница может представлять собой здание с десятью койками и без проточной воды, как в сибирской деревне, или крупный многопрофильный центр, оснащенный самым современным оборудованием, как в западноевропейском городе (см. рамку 1.1). Подобное разнообразие неудивительно: в одних европейских странах на больницы отпускается менее 50 евро в год на душу населения, тогда как в других странах — до 14 000 евро в год.

Во-вторых, типологическая классификация больниц может представлять определенные трудности. Например, как квалифицировать учреждение, где небольшая служба лечения неотложных случаев соединяется с более обширной службой долгосрочного ухода? Каково различие между небольшой общественной больницей, предоставляющей в основном медицинский уход, и домом престарелых, который ежедневно посещается врачом? На эту дилемму обратила внимание писательница Дервла Мёрфи, заметившая по поводу больницы в Северном Пакистане, которая не работала по выходным дням и религиозным праздникам: «Это не столько реальность, сколько статистика» (Murphy 1995).

В-третьих, одна больница может занимать много зданий, а больницы, находящиеся в разных местах, могут сливаться в единую организационную структуру. Так, в Великобритании с 1992 г. понятие «больница» в статистических сводках не используется, а вместо этого публикуются статистические данные о больничных трестах; последние часто включают здания, распо-

Рамка 1.1. Две больницы

Больница в Поталово: в середине 1990-х годов писатель-путешественник Колин Таброн совершил поездку по Сибири. Вот его описание больницы в Поталово, деревне на берегу реки Енисей:

«Больница выглядела как низкий деревянный ковчег. Между бревнами, скрившимися от вечной мерзлоты, пробивался олений мох; пространство между двойными окнами также было забито мхом. Внутри здания находилось несколько палат, по три койки в каждой, кухня и врачебный кабинет. Проточная вода отсутствовала; уборная представляла собой дыру в земле. Оборудования почти не было. Однако все комнаты были вычищены до блеска и выкрашены в желтый и синий цвета. Три сменявшие друг друга медсестры присматривали за пятью детьми, лежавшими в узких железных кроватях, а еще на одной кровати лежала женщина, приходившая в себя после преждевременных родов»

(Thubron 1999:131).

Больница Университета имени Гёте, Германия: основана в 1884 г. городскими властями Франкфурта. В 1914 г. больница стала частью медицинского факультета Университета им. Гёте, а в 1967 г. перешла в собственность земли Гессен; ныне ею управляет директорский совет. Больница представляет собой крупный комплекс, где лечат больных, осуществляют научные исследования и преподают. Годовой бюджет больницы составляет 322 миллиона евро. Больница имеет свыше 60 зданий, персонал в 4500 человек и 1443 койки. В 11 медицинских центрах, включающих 26 специализированных департаментов, ежегодно лечатся 41 000 стационарных и 170 000 амбулаторных больных. Научными исследованиями занимаются 26 институтов. В этой университетской больнице ежегодно обучаются свыше 3500 студентов-медиков и стоматологов, 180 медсестер и 160 лаборантов. Существуют тесные связи между этой больницей и дочерними клиниками во Франкфурте, равно как и с исследовательскими институтами других городов Германии.

Источник: <http://www.klinik.uni-frankfurt.de/en/patient/patinfo/p33.asp> (21 января 2001 г.).

женные в разных местах (Hensher and Edwards 1999). В других странах «рассредоточенные» больницы могут функционировать как единая организация, но в статистических сводках проходят по отдельности. Данные о больницах и койках в разных странах часто легко доступны (см., в частности, базу данных Европейского отделения Всемирной организации здравоохранения, WHO 2001), однако интерпретация этих данных может представлять определенные трудности.

В-четвертых, предусматривает ли определение больницы только ту деятельность, которая происходит в ее стенах? В результате вертикальных слияний больницы могут выполнять и другие функции, в том числе реабилитационную (как часто происходит в США). В таких схемах, как «больница без стен» или «больница на дому», больничные услуги в собственном смысле соединяются с обширным кругом других услуг (см. гл. 5). Прогресс в области обезболивающих средств кратковременного действия позволяет небольшим автономным хирургическим подразделениям осуществлять операции в амбулаторных условиях. Функционируют также автономные родильные подразделения и автономные подразделения для хронических больных, где средний медицинский персонал обеспечивает услуги, в иных случаях предоставляемые врачами.

Так или иначе, вопрос, вынесенный в заглавие настоящего раздела, не имеет простого ответа. В любом случае ясно, что политика по отношению к больницам должна непременно учитывать типологию больниц и функцию каждого типа в соответствующей среде. Исторический экскурс, осуществленный в гл. 2, помогает понять, как и почему сложились различные системы организации больничного сектора. Анализ современных больниц предполагает знание их исторической эволюции и факторов, которые могут повлиять на их дальнейшее развитие.

Исследование больниц

Хотя на больницы уходит значительная часть бюджета здравоохранения, их деятельность — в отличие от деятельности структур первичной медицинской помощи — исследована относительно слабо (Edwards and Harrison 1999). Научные работы, посвященные деятельности больниц, редко пользуются широкой известностью; причины успехов и неудач, несмотря на серьезную реструктуризацию больничных систем, остаются недостаточно хорошо понятыми. Слабое развитие исследований о системах и организациях в здравоохранении резко контрастирует с обилием научных работ о всевозможных формах клинического вмешательства.

Новое лекарство не может быть внедрено без всесторонних научных экспериментов; что касается новых форм предоставления лечебных услуг, то их внедрение обычно происходит без детальной предварительной научной оценки. Новые системы часто разрабатываются под влиянием экономических и политических императивов, но их влияние на больных редко становится предметом исследовательского внимания. Между тем вполне возможно, что заболеваемость и смертность в значительной степени обусловлены новыми моделями предоставления медицинских услуг. Если бы изменения в системе предоставления медицинской помощи анализировались так же внимательно, как и новые лекарства, они, вероятно, донныне остались бы на стадии экспериментов над животными (Hillman 1998:239).

Итак, вопрос о всемерном повышении влияния больниц на состояние здоровья населения исследован мало. Это могло бы показаться удивительным, если бы задача не была столь масштабной. Во-первых, больница — это сложная организация, а не простое подразделение. Задачи, стоящие перед крупными больницами, многообразны, нередко конфликтуют друг с другом (Hasenfeld and English 1974; Wildavsky 1979) и могут отличаться от тех задач, которые должны решаться отдельными подразделениями (блоками интенсивной терапии, диагностическими лабораториями и т. п.). Больница сводит воедино множество профессиональных групп, каждая из которых характеризуется собственными ценностными установками. Оценку сложной организации невозможно осуществить в рамках узко сфокусированной, «редукционистской» исследовательской процедуры — такой, которая подходит для оценки действия нового медикамента или для оценки достоинств новой модели искусственного сердечного клапана.

В настоящей книге по мере возможности используются результаты оценочных исследований. Эмпирическая основа неравноценна: по одним показателям она достаточно надежна, по другим ее приходится признать зыбкой,

8 Реформа больниц в новой Европе

однако по большинству показателей она зависит от контекста. Мы не станем злоупотреблять аргументами типа «судьи все еще консультируются»; вместо этого мы постараемся разработать тщательно продуманные советы для тех, кто разрабатывает политику. В книге предложен также сравнительный анализ по отдельным странам. Такой анализ не всегда позволяет связать наблюдаемые результаты с определенными политическими мерами, однако он помогает избавиться от предвзятых мнений и извлечь полезные уроки из чужого опыта (Nealy 1998; McKee 1998). Сравнительный анализ по отдельным странам позволяет идентифицировать политические альтернативы, оценить успех или провал определенной стратегии и лучше понять значение контекста (Rose 1993). Однако сравниваемые данные требуют к себе самого осторожного отношения, поскольку даже основополагающие понятия — такие, как больничная койка или средний медицинский персонал, — в разных странах зачастую трактуются по-разному. Как уже было отмечено, термин «больница» в разных странах может иметь различные значения и функции. Западноевропейские больницы в настоящее время сосредоточены преимущественно на лечении острых случаев, тогда как больницы в Восточной Европе и в некоторых частях Южной Европы продолжают выполнять функции социальной опеки и охраны здоровья.

Настоящая книга учитывает также международные исследования, неравноценные по своему географическому охвату (табл. 1.1). Большая часть существующей литературы принадлежит американским и британским авторам. Неравноценность географического охвата нашла свое отражение в настоящей книге; вместе с тем были предприняты усилия для того, чтобы учесть опыт максимально большого числа стран. Мы надеемся, что эта книга будет способствовать активизации исследований по организации больничного сектора в странах Европы.

Таблица 1.1. Число статей, посвященных больницам, в поисковой системе Medline

<i>Страна</i>	<i>Планирование или строительство больниц</i>	<i>Вопросы руководства больницами</i>	<i>Больничные расходы</i>
Австралия	0	20	20
Канада	3	29	23
Франция	4	17	26
Германия	4	38	64
Италия	4	11	15
Нидерланды	4	10	18
Россия	4	3	2
Испания	1	17	15
Швеция	5	11	24
Великобритания	33	79	119
США	57	311	380

Примечание: учтены статьи, опубликованные между 1991 г. и августом 2000 г.

Несколько глав посвящено Восточной Европе; материал для этих глав черпнут из внутренних отчетов Всемирного банка и других агентств. Страны Восточной Европы явились полем масштабных естественных экспериментов, результаты которых могут иметь большое значение для тех, кто разрабатывает меры по реформированию больниц.

Мы постарались охватить по возможности широкий круг проблем, представляющих интерес для политиков разных стран Европы. Как уже отмечалось, в системах здравоохранения стран Европы действуют различные системы приоритетов. Приоритетная задача может заключаться в коренной перестройке разоренного войной больничного сектора, в совершенствовании системы первичной помощи и сокращении емкости больниц или во внедрении новых систем управления больницами. В нашем обзоре учтен ряд стратегий и инструментов реформирования. Все частные подходы объединены темой потребности в механизмах, способных поддержать эволюционные процессы. Хотя возникающие проблемы могут различаться по своей природе, разработчики политики в области здравоохранения не могут позволить себе проявлять пассивность, наблюдая за постоянно меняющейся средой.

Реформирование больниц

Даже там, где политика основывается на очевидных фактах, преобразование невозможно без преодоления серьезных препятствий. Структурная негибкость больниц и неторопливый темп их функционирования контрастируют с быстро меняющейся средой. Больницы характеризуются значительной устойчивостью, которая имеет не только структурную, но и, так сказать, культурную природу. Можно сказать, что больницы — это структуры, рассчитанные на длительное и, в общем, неизменное существование. Конфигурация больниц часто отражает устаревшую практику здравоохранения и не учитывает изменений в структуре заболеваемости. В Западной Европе есть больницы, донныне занимающие помещения бывших монастырей; вместе с тем даже относительно новые больницы не успевают за происходящими процессами. Отставание больниц может выражаться в недостаточном количестве розеток для непрерывно растущего числа электронных приборов, в недостаточном числе операционных мест и т. п.

Культура (или этика) больничного обслуживания также должна приспосабливаться к меняющимся обстоятельствам. О больницах говорили как о «дворцах медицинского могущества»; престижные больницы, в которых занята профессиональная медицинская элита, могут эффективно противодействовать любым попыткам раздробить их или ограничить их рост. Работающие в больницах профессиональные группы растут и множатся; соответственно для поддержания хороших рабочих отношений нужны серьезные усилия. Каковы те рычаги, которые могут эффективно способствовать совместной работе представителей различных дисциплин? Как сформировать культуру, в которой интересы больного ставятся выше интересов профессионала? В одних странах понятие о правах больного утверждается с большим трудом, тогда как для других стран оно является чем-то абсолютно чуждым.

Почему сейчас?

Поскольку препятствия к реформированию больниц столь значительны, возникает вопрос: зачем политикам нужно вообще заниматься преобразованием данного сектора здравоохранения? Ответов на этот вопрос может быть несколько. Во-первых, за последние два десятилетия удалось извлечь важные уроки из опыта реформирования здравоохранения в Европе. Один из уроков заключается в том, что политические меры, основанные на рыночных принципах — таких, как конкуренция, — оказались в плане сдерживания расходов менее эффективны, чем меры регулирующего и бюджетного характера (Saltman and Figueras 1997; Mossialos and Le Grand 1999). Среди мер, направленных специально на улучшение работы больниц, — установление потолков на больничные бюджеты и регулирование распределения больничных коек.

Во-вторых, удалось лучше понять факторы среды, влияющие на здоровье населения и на деятельность больниц. К числу таких факторов относятся изменение возрастного состава населения, изменение структуры заболеваемости населения и быстрый технический прогресс.

В-третьих, недавние научные публикации о больницах содержат принципиально новые данные по таким вопросам, как оптимальная конфигурация больниц и влияние на профессиональное поведение больничного персонала. Недавний опыт стран Восточной Европы по реструктуризации больших больничных систем также помогает лучше уяснить причины успехов и неудач, обусловленных применением определенных политических мер.

Хотя больницы являются ключевым элементом реформы системы здравоохранения, они долгое время рассматривались как своего рода черный ящик: их влияние на здоровье населения оставалось во многом неясным. Ныне, однако, исследователи и политики имеют возможность заглянуть внутрь этого «черного ящика» и задаться вопросом о том, насколько эффективна деятельность больниц. Лица, ответственные за планирование деятельности больниц и за управление больницами, и лица, принимающие решения по инвестированию средств в больницы, должны понять, почему больницы в каждой отдельно взятой стране таковы, и именно таковы, и какие проблемы встают перед больницами ныне и могут возникнуть в будущем. Ответственные лица должны оценить аргументы в пользу различных конфигураций (или «форматов») больниц, найти оптимальные пути к повышению качества больничного обслуживания и оптимальные способы использования дорогостоящего больничного оборудования.

Системный подход к больницам

В настоящей книге больница рассматривается с системной точки зрения. Понятия и принципы теории систем применяются в разных областях, включая исследование таких сложных организаций, как больницы (Checkland 1981; Pettow 1986). Общая теория систем предлагает ряд понятий, помогающих объяснить характер работы больницы, идентифицировать и упорядочить проблемы, затрагиваемые в настоящей книге.

Ключевое свойство открытой системы заключается в том, что она должна взаимодействовать со своей средой, дабы обеспечить ресурсы, необходимые для ее выживания, адаптации и роста. Это значит, что больница должна рас-

смагиваться в связи со своей средой и что эта среда сама по себе является важным средоточием исследовательского интереса. То, как больница реагирует на политические меры и стимулы, зависит от ее роли и функции, равно как и от убеждений и опыта тех, кто взаимодействует с ней. Именно поэтому необходимо иметь понятие об историческом развитии больниц в европейских системах здравоохранения (гл. 2). Больница подвержена постоянному влиянию множества внешних факторов (факторов среды); в главе 3 рассмотрено воздействие среды, стимулирующее перемены в структуре и организации больниц. Среди факторов среды — изменение состава обслуживаемого населения, изменение структуры заболеваемости населения и общественных ожиданий; все эти факторы, так или иначе, влияют на работу больничных служб.

Второе свойство системы заключается в том, что она существует внутри иерархии других систем; соответственно больница может исследоваться с точки зрения различных системных уровней. Отдельно взятая больница должна рассматриваться как часть целостной системы больниц, как часть системы здравоохранения данного государства и, наконец, как часть большой социально-экономической и политической системы. Чтобы очертить контекст, необходимый для понимания отдельных больниц, мы прослеживаем тенденции развития больничных систем в разных странах Европы (гл. 2). Далее, изучение больниц с точки зрения разных системных уровней позволяет провести разграничение, принципиально важное для нашего анализа политических стратегий, а именно — разграничение между внешними и внутренними рычагами перемен.

Третье фундаментальное понятие теории систем — взаимозависимость между различными элементами, входящими в состав организации. Источник системности — совокупность организующих взаимодействий между частями; свойства отдельных частей могут быть поняты только в связи с целым. Больница представляет собой комплексную организацию, состоящую из ряда подсистем. К числу последних относятся, например, системы набора и удержания персонала, системы организации вспомогательных служб, системы воспроизведения диагностических схем для клиницистов. Все эти подсистемы могут преследовать собственные интересы, однако любое сколько-нибудь заметное изменение одной из частей непременно повлияет на функционирование остальных частей.

Систему можно представить себе как совокупность организованных взаимодействий (Checkland 1981); характеристики каждой отдельно взятой системы определяются конфигурацией ее составных частей и отношений между ними. Далее, в теории систем используется понятие саморегулирования: организация сохраняет относительную устойчивость благодаря действию гомеостатических механизмов, предполагающих наличие информационной обратной связи. Понятие саморегулирующейся системы имеет биологическое происхождение и, вообще говоря, не должно применяться чрезмерно расширительно: больница — не биологический организм. Тем не менее это понятие помогает уяснить, почему больницы противодействуют радикальным переменам и почему больница не может сама по себе превратиться в организацию совершенно нового типа. В главе 4 речь идет о различных ролях и функциях больниц. Одно из ключевых понятий системного мышления — граница или «интерфейс». С одной стороны, организация рассматривается как открытая система в постоянном взаимодействии со своей средой; с другой стороны, организация сама по себе состоит из множества подсистем. В границы системы, рассматриваемой в настоящей книге, входят больницы, предоставляющие вторичную и третичную медицинскую

помощь, но не входят учреждения, предоставляющие услуги по долгосрочному уходу. За этим на первый взгляд простым определением скрыты достаточно сложные проблемы. Ключевой вопрос для современной больницы заключается в том, какие типы медицинских услуг должны предоставляться в ее стенах. В главе 5 анализируется опыт изменения больничных границ в одной стране — Великобритании.

Элементы системы, включая отдельные больницы, находятся в динамическом взаимоотношении друг с другом и с меняющейся средой. Эти отношения влияют на оптимальный размер каждого элемента и на способ распределения элементов. В главе 6 обобщаются исследования, посвященные проблеме оптимального размера больниц и, в частности, проблеме связи между экономией и масштабом и между объемом работ и результативностью.

Поскольку больницы подвержены влиянию различных систем, те, кто стремится к преобразованиям, должны действовать на соответствующем уровне. Нужно учитывать, какая именно инстанция несет ответственность за ту или иную конкретную функцию. В докладе Всемирной организации здравоохранения за 2000 г. (WHO 2000) обсуждается понятие «надзора» (англ. *stewardship*): доклад оговаривает обязанности правительств по защите систем здравоохранения. Хотя операционное руководство может осуществляться квазигосударственными или частными организациями, окончательную ответственность за деятельность системы здравоохранения несут правительства. Именно правительства должны устанавливать общие цели для систем здравоохранения; к числу таких целей доклад относит обеспечение высокого и равного уровня здоровья населения, обеспечение соответствия услуг общественным ожиданиям, обеспечение справедливой оплаты за медицинское обслуживание. Поэтому правительства или те, кто действует от их имени, должны активно ориентировать больничную систему в нужном направлении; в их распоряжении имеется множество потенциальных рычагов для осуществления перемен в деятельности больниц.

Для изменения некоторых аспектов деятельности больниц и больничных систем могут использоваться внешние факторы. Действия по управлению деятельностью больниц описаны в главе 7, посвященной внешним рычагам перемен. Финансовые стимулы могут играть роль мощных рычагов, однако их воздействие иногда носит неожиданный характер. В главе 8 обобщены данные о влиянии различных платежных систем.

Системный подход предполагает установление связей между системами на различных уровнях. Это значит, что стимулы, сформированные вне больницы, должны согласовываться со стимулами, используемыми внутри больницы. Связанные с этим проблемы исследуются в главе 9.

Чтобы перемены внутри больницы привели к успеху, нужно аккумулировать ресурсы, необходимые для обеспечения высококачественной медицинской помощи; иначе говоря, нужно оптимально использовать здания, персонал и оборудование (глава 10). Связанную с этим новую форму деятельности принято именовать «клиническим руководством» (англ. *clinical governance*). Речь идет о совокупности действий, направленных на совместное решение задач по управлению и обеспечению качества. «Клиническое руководство» основано на предпосылке, согласно которой лица, ответственные за эффективное использование ресурсов, должны учитывать также возможные результаты использования этих ресурсов; лица, ответственные за обеспечение качества, также должны иметь возможность влиять на использование ресурсов.

Самые серьезные испытания для политиков связаны с изменением состава населения и с техническим прогрессом. Поскольку состав больных и условия их лечения в больницах меняются, необходимо обеспечить переподготовку персонала. Вскоре возникнет нужда в персонале нового типа. Связанные с этим проблемы рассматриваются в главе 11. Технический прогресс, предоставляющий множество новых возможностей, должен быть поставлен на службу больницам; задача высокотехнологичного оборудования — всемерное повышение результативности, а не переключение деятельности больниц на новые рельсы. В главе 12 анализируется отдельный случай внедрения сложной технологии.

Хотя многие подсистемы внутри больницы имеют важное значение, основным элементом функционирования больницы остается совершенствование клинической деятельности персонала. Серьезная проблема заключается в том, чтобы оценить качество предоставляемой медицинской помощи и повысить качественный уровень клинической практики. Возможные пути решения этой проблемы обсуждаются в главе 13.

Теория систем придает большое значение культурной среде, в которой разворачивается деятельность. Данные, обобщенные в главе 14, свидетельствуют о том, что больница, в которой отношения между различными подразделениями и представителями разных специальностей складываются благоприятно, характеризуется относительно низкой текучестью персонала и высокой результативностью.

Проблемы, затронутые в настоящей книге, в ряде случаев тесно взаимосвязаны; наличие границ между ними отражает непосредственные интересы тех или иных разработчиков политической линии. Проблемы могут быть объединены в четыре группы. Первая группа — совокупность факторов, влияние которых больничная система начнет испытывать в скором будущем. Вторая группа проблем связана с тем, какова должна быть конфигурация системы и как нужно управлять системой; речь идет о размерах, внутренней структуре и функциях больниц. Третья и четвертая группы — внешние и внутренние рычаги перемен. Взаимоотношение этих групп, проиллюстрированное на рис. 1.1, составляет структурную основу настоящей книги.

Рисунок 1.1. Больница как система: возможности для перемен



Библиография

- Brownell, M.D., Roos, N.P. and Burchill, C. (1999) Monitoring the impact of hospital downsizing on access to care and quality of care, *Medical Care*, 37(6): JS135-50.
- Checkland, P. (1981) *Systems Thinking, Systems Practice*. Chichester: Wiley.
- Edwards, N. and Harrison, A. (1999) The hospital of the future: planning hospitals with limited evidence. A research and policy problem, *British Medical Journal*, 319:1361-3.
- Hasenfeld, Y. and English, R. (1974) *Human Service Organizations*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Healy, J. (1998) *Welfare Options: Delivering Social Services*. Sydney: Allen & Unwin.
- Hensher, M. and Edwards, N. (1999) Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s, *British Medical Journal*, 319(7214): 911-14.
- Hensher, M., Edwards, N. and Stokes, R. (1999) International trends in the provision and utilisation of hospital care, *British Medical Journal*, 319(7213): 845-8.
- Hillman, K. (1998) Restructuring hospital services, *Medical Journal of Australia*, 169(5):239.
- McKee, M. (1998) An agenda for public health research in Europe, *European Journal of Public Health*, 8:3-7.
- McKee, M. (1999) For debate - does health care save lives?, *Croatian Medical Journal*, 40:123-8.
- McKee, M. and Jacobson, B. (2000) Public health in Europe, *Lancet*, 356:665-70.
- Miller, T.S. (1997) *The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999) Cost containment in the EU: an overview, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Murphy, D. (1995) *Where the Indus is Young — a Winter in Baltistan*. London: John Murray.
- Perrow, C. (1986) *Complex Organizations: A Critical Essay*. New York: McGraw-Hill.
- Pollock, A.M., Dunnigan, M.G., Gaffney, D., Price, D. and Shaoul, J. (1999) The private finance initiative: planning the 'new' NHS. Downsizing for the 21st century, *British Medical Journal*, 319(7203): 179-84.
- Reissman, D.B., Orris, P., Lacey, R. and Hartman, D.E. (1999) Downsizing, role demands and job stress, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41(4): 289-93.
- Rose, R. (1993) *Lesson Drawing in Public Policy*. London: Chatham House.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997) *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series, No. 72. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Shanahan, M., Brownell, M.D. and Roos, N.P. (1999) The unintended and unexpected impact of downsizing: costly hospitals become more costly, *Medical Care*, 37(suppl. 6): JS123-34.
- Street, A. and Haycock, J. (1999) The economic consequences of reorganizing hospital services in Bishkek, Kyrgyzstan, *Health Economist*, 8(1): 53-64.
- Thubron, C. (1999) *In Siberia*. London: Chatto & Windus.
- Wildavsky, A. (1979) *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*. Boston, MA: Little, Brown and Company.
- WHO (2000) *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001) *WHO European Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

глава ВТОРАЯ

Эволюция больничных систем

Джудит Хили и Мартин Макки

Введение

На протяжении веков больницы выполняли различные роли и функции. В Средние века они служили приютом для бедных при монастырях, в XVIII в. — последним прибежищем умирающих, а в XX в. — сияющим символом современной системы здравоохранения. Прежде чем говорить о направленности будущего развития больниц, следует понять, почему нынешние больницы таковы, и именно таковы. В устройстве современных больниц запечатлены как актуальные потребности, так и наследие прошлого. Вместе с тем благодаря стремительному прогрессу науки и техники обычная современная больница абсолютно не похожа на больницу пятидесятилетней давности. Настоящая глава посвящена как историческому обзору, так и рассмотрению современных течений в деятельности больниц. Число коек, предусмотренных для лечения острых случаев, постоянно снижается, тогда как прием в больницы увеличивается; повышение пропускной способности достигается благодаря сокращению сроков пребывания в больницах и повышению коэффициента использования коек. Далее эти общие тенденции анализируются в свете опыта реструктуризации больничных систем в странах Западной и Восточной Европы.

От прошлого к настоящему

На протяжении веков развитие больниц определялось социальными и политическими изменениями и прогрессом медицинской науки (табл. 2.1). Первые больницы появились в Византии не позднее VII в. (Miller 1997). К XII веку небольшие больницы функционировали во многих арабских городах; в 1283 г.

16 Реформа больниц в новой Европе

большая больница была построена в Каире (Porter 1997). Идея специального здания, предназначенного для лечения больных и раненых, укоренилась на христианском Западе в результате крестовых походов XI века. В течение последующих нескольких веков рыцари-иоанниты (ныне мальтийские рыцари) и рыцари-тамплиеры строили больницы по всей Европе (Porter 1997).

До XII в. преобладали маленькие больницы, предоставлявшие, как правило, не столько лечение, сколько убежище больным и бедным; такие больницы использовались также для изоляции лиц с инфекционными болезнями (Granshaw 1993). Создание многих ранних больниц мотивировалось христианским идеалом исцеления больных и подаяния нуждающимся; филантропы поддерживали (и продолжают поддерживать) больницы, проявляя таким образом свое милосердие, иногда стремясь отмолить грехи или продемонстрировать свое богатство и общественное положение. Средневековые больницы часто строились при монастырях. В 1123 г. в Лондоне была основана больница

Таблица 2.1. Историческая эволюция больниц

<i>Роль больницы</i>	<i>Период времени</i>	<i>Характеристики</i>
Лечение	VII в.	Византийские, греческие и арабские учения о болезнях
Уход, духовная забота	X-XVII вв.	Больницы связаны с религиозными организациями
Изоляция заразных больных	XI в.	Уход за заразными больными (прокаженными и др.)
Лечение бедных	XVII в.	Филантропические и государственные заведения
Медицинская помощь	Конец XIX в.	Медицинская помощь и хирургия; высокий уровень смертности
Хирургические центры	Начало XX в.	Технологическое преобразование больниц; появление больных из среднего класса; расширение амбулаторных отделений
Системы здравоохранения, в центре которых находятся больницы	1950-е годы	Большие больницы, «храмы» технологии
Окружная больница общего профиля	1970-е годы	Появление окружных больниц общего профиля; местные, вторичные и третичные больницы
Больница для лечения острых случаев	1990-е годы	Активное лечение в течение короткого времени
Центры амбулаторной хирургии	1990-е годы	Прием больных не более чем на сутки; щадящая хирургия

Рамка 2.1. Ла-Питье—Сальпетриер

Больница Сальпетриер (Париж) может служить иллюстрацией перехода от больницы как приюта к больнице третьей ступени современного типа. В 1656 г. Людовик XIV распорядился, чтобы группа приютов Опиталь-Женераль, включающая приюты Ла-Питье, Шипьон, Ла-Савонри, Бисетр и Сальпетриер, предоставляла лечение бедным и больным. Своим названием больница Сальпетриер обязана французскому слову, обозначающему один из компонентов пороха — селитру (здание больницы на левом берегу Сены первоначально служило складом селитры). В Сальпетриер заточали проституток; постоянный врач был назначен только в 1783; позднее больница начала предоставлять стационарный уход старым женщинам и душевнобольным. В XX в. Сальпетриер был преобразован в больницу общего профиля третьей ступени. Недостаточная обеспеченность больницы помещениями была ликвидирована только после 1958 г., когда французское правительство приступило к реформе и реструктуризации больничной системы. Клиники при высших учебных заведениях объединились, образовав Центр университетских больниц; в 1964 г. был учрежден больничный консорциум Ла-Питье—Сальпетриер. Сформировались специализированные подразделения; благодаря крупным капиталовложениям удалось поднять уровень лечения. Ныне консорциум Ла-Питье—Сальпетриер широко известен также как научный и образовательный центр.

Источники: Club du Vieux Manoir (1977) and Simon (1986).

ца св. Варфоломея, в 1231 г. в Париже — больница Отель-Дьё, а в 1288 г. во Флоренции — больница Санта-Мария-Нуова (Porter 1997).

Новая эпоха в европейском больничном строительстве началась в XIII в. К XVI в. деятельность больниц уже имела явную медицинскую направленность; впрочем, с точки зрения простых людей они все еще представляли собой средоточия заразы или безумия (Porter 1997). Больницы были «местами не для жизни, а для смерти» (Browne 1643) или убежищами для брошенных стариков, которым оставалось только «гнить в больницах» (Southerne 1682). Во время второй волны больничного строительства, отчасти обусловленной ростом урбанизации в XVII в., появились такие заведения, как парижская больница Ла-Питье—Сальпетриер (рамка 2.1). Политические события, последовавшие за Великой французской революцией 1789—1794 годов, ускорили процесс отделения больниц от церкви. Появились бесплатные нецерковные больницы, финансируемые частными жертвователями. Развивались действенные формы лечения; в отдельных больницах стали проводить различие между «излечимыми» и «неизлечимыми» больными.

В XIX в. государство стало принимать определенное участие в уходе за бедными и больными в стремительно растущих европейских городах. Многие современные западноевропейские больницы ведут свое происхождение от благотворительных заведений для бедных, тогда как богатых людей врачи лечили на дому или в небольших частных больницах. Со временем прием в больницу стал определяться не социальными, а медицинскими критериями; решения о приеме стали приниматься не благотворителями, а врачами. К концу XIX в. государственные и частные больницы общего профиля функционировали во всех крупных европейских городах. Обучение и научная работа проводились главным образом в государственных больницах; клиницисты работали в этих больницах, как правило, по несколько часов в неделю (Trohler and Prull 1997).

По мере того как роль больниц усиливалась, они все больше и больше нуждались в государственной поддержке. В XX в. большинство европейских больниц перешло под контроль государства: взносы филантропов и больных уже не могли покрыть растущих расходов на лечение.

Эволюция больниц с конца XIX в. в значительной степени определялась развитием асептических и антисептических методов, анестезии и хирургии и революцией в технике (McGrew 1985). Характер больницы, как лечебного учреждения, радикально изменился. Распространенность инфекционных заболеваний в больницах, особенно в хирургических и родильных отделениях, резко снизилась. Степень сложности хирургических операций возросла, равно как и доля выздоравливающих больных. В конце XIX в. больницы начали диагностировать и лечить больных амбулаторно; постепенно амбулаторное лечение заняло в деятельности больных весьма заметное место. Обслуживая представителей средних классов, больницы должны были проявлять большую отзывчивость на нужды клиентов и, таким образом, приобретали опыт предпринимательства.

Во второй половине XIX в. специализация медицины резко усилилась, и возникли специализированные больницы. Одни профессиональные группы и больницы «сосредоточились на тех или иных частях тела, другие на болезнях, третьи на жизненных событиях, четвертые на возрастных группах» (Porter 1997:381). К началу XX в. уже ничто не могло остановить дробление медицины на отдельные специальности: складывались «новые больничные отделения и исследовательские центры и особые карьерные иерархии» (Porter 1997:388). Процесс специализации шел быстро и, наряду с повышением роли больниц в медицинском обслуживании, оказал решающее влияние на рост числа специалистов.

К концу XIX в. ученые начали понимать природу инфекционных болезней. Пастер доказал, что болезни вызываются микроорганизмами, а Кох разработал практические и теоретические основы микробиологии. Земмельвайс показал, что мытье рук перед обследованием больных снижает вероятность передачи инфекции (в настоящее время эта истина забывается — см. главу 3). Благодаря введенным Листером антисептикам, а также благодаря открытию безопасных анестетиков, плановая хирургия стала более безопасной. В Англии усилиями Флоренс Найтингейл была сформирована профессиональная основа медсестринского дела. В первые десятилетия XX в. больницы начали играть в жизни общества ту роль, которую они сохраняют за собой поныне. Благодаря прогрессу химического машиностроения удалось заложить основу фармацевтической промышленности (так, исследования по химическим красителям привели к открытию сульфамидных препаратов). По мере расширения пределов клинического вмешательства технология становилась все более и более сложной и дорогостоящей. Больницы начали обеспечивать не только медицинский уход, но и лечение.

Серьезное влияние на больницы оказал прогресс военной хирургии в годы второй мировой войны, когда появились безопасное переливание крови, пенициллин и новые методы оперирования при травмах. Однако самые значительные изменения происходят начиная с 1970-х годов благодаря прогрессу лабораторной диагностики и открытию способов лечения ряда болезней, которые прежде считались неизлечимыми. Развитие фармацевтической промышленности позволило выработать новое отношение к ряду болезней, в том числе к детской лейкемии и некоторым формам рака. Появились новые врачебные специальности (онкология и др.); некоторые болезни (например, язва желудка и двенадцатиперстной кишки), прежде требовавшие длительной госпитализации,

ныне лечатся амбулаторно. Широкое распространение получили совершенно новые области хирургии — коронарное шунтирование, пересадка почек и других органов, микрохирургия и др. Блоки интенсивной терапии спасли жизнь многих людей, которые иначе не смогли бы выжить. Возможности врачебного вмешательства расширились с появлением эндоскопических и эндоваскулярных процедур, химиотерапии и др.; совершенствованию диагностики способствовали такие новые методы, как компьютерная и магнитно-резонансная томография. В течение 1990-х годов новые методы хирургии и режимы ускоренного лечения позволили заметно сократить сроки пребывания в больницах.

В ходе этих процессов центр современной медицины переместился в больницы при высших учебных заведениях. Больницы стали «большой стартовой площадкой для медицинской элиты, автоматизированными фабриками медицинских поточных линий» (Porter 1997:647). Если не считать этих флагманов медицинской науки, большинство больниц до начала 1950-х годов были местами, где больным предоставлялись относительно простые лекарства, хирургические процедуры носили ограниченный характер, а большая часть проводимого в больнице времени уходило на лежание в постели. Таким образом, больницы для лечения острых случаев делились на два класса. Одни больницы, — как правило, университетские больницы в центрах больших городов — развились в крупные многопрофильные медицинские учреждения, оснащенные сложной техникой и находящиеся на уровне последних требований. Другие, менее «передовые» больницы включали значительно меньший спектр медицинских специальностей и функционировали как окружные больницы для пригородов, больших городов или сельской местности; столкнувшись с относительно сложными случаями, такие больницы передавали их больницам третьей степени (Hillman 1999).

К 1970-м годам новые технологии вышли за пределы больниц при учебных заведениях, а в окружных больницах были освоены самые различные специальности. Во многих странах окружные больницы также стали заметными центрами обучения и научных исследований; в итоге грань между больницами второй и третьей ступеней стала менее заметной. Во многих отношениях подобное развитие событий можно оценить как успех. Основные медицинские достижения последних десятилетий были осуществлены именно в больницах. Вместе с тем господствующее положение больниц в системе здравоохранения привело к необходимости пересмотреть некоторые важные социальные и экономические позиции. Больницы рискуют стать жертвой собственного успеха.

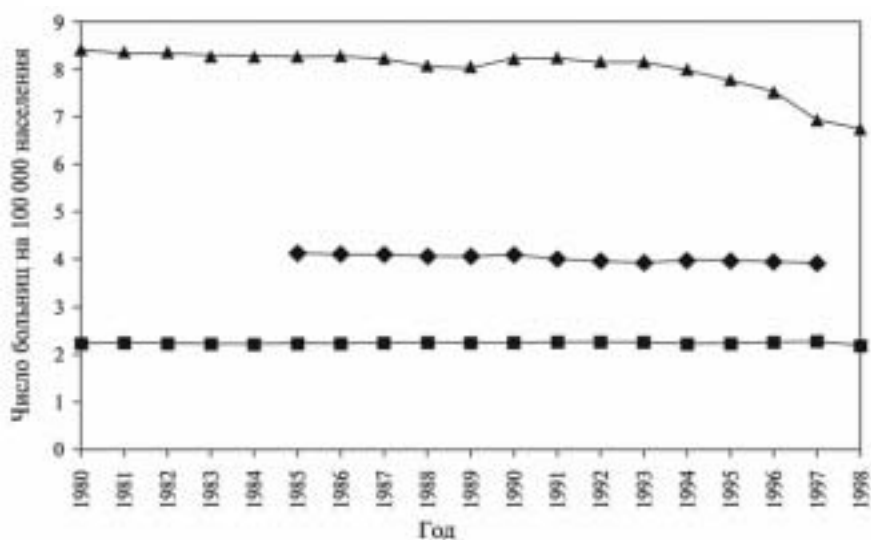
Тенденции, характеризующие деятельность современных больниц

Анализируя тенденции деятельности больниц в Европе, необходимо исходить из того, что возможности сравнивать опыт разных стран ограничены. В главе 1 уже отмечалось, что природа больниц в разных странах может быть различной. Более того, даже смысл понятия «койка» может различаться. Подпадают ли под это понятие все койки независимо от того, используются они или нет? Под штатной койкой может пониматься как одна из двадцати коек, обслуживаемых одной медсестрой, так и индивидуальная единица интенсивной терапии. Нередко забывают, что «койка» — неточный термин, обозначающий целый ряд понятий, включая медсестер, вспомогательный персонал и, возможно, также современное отслеживающее оборудование. Далее, такой широко используе-

20 Реформа больниц в новой Европе

мый показатель, как средний срок пребывания в больнице, подвержен изменениям в зависимости от процедуры приема больного. Так, если из больных, поступивших накануне вечером, учитываются только те, кто остался на следующий день, показатель среднего срока пребывания в больнице повышается. Определенные трудности связаны также со сбором надежных и репрезентативных данных; так, в некоторых странах не учитываются заведения частного сектора, военные госпитали и др. (McKee et al. 1993). Стремление добиться более высокого финансирования может привести к искажению реальных цифр (например, к завышению числа больных и коек). Имея в виду все эти ограничения, мы обсудим только самые общие тенденции. Те, кого интересует более подробный анализ, могут обратиться к базе данных по отдельным странам Европы, подготовленной Европейским отделением Всемирной организации здравоохранения (WHO 2001).

Рисунок 2.1. Число больниц на 100 000 населения в странах Европейского союза (◆), Центральной и Восточной Европы (■) и бывшего СССР (▲)

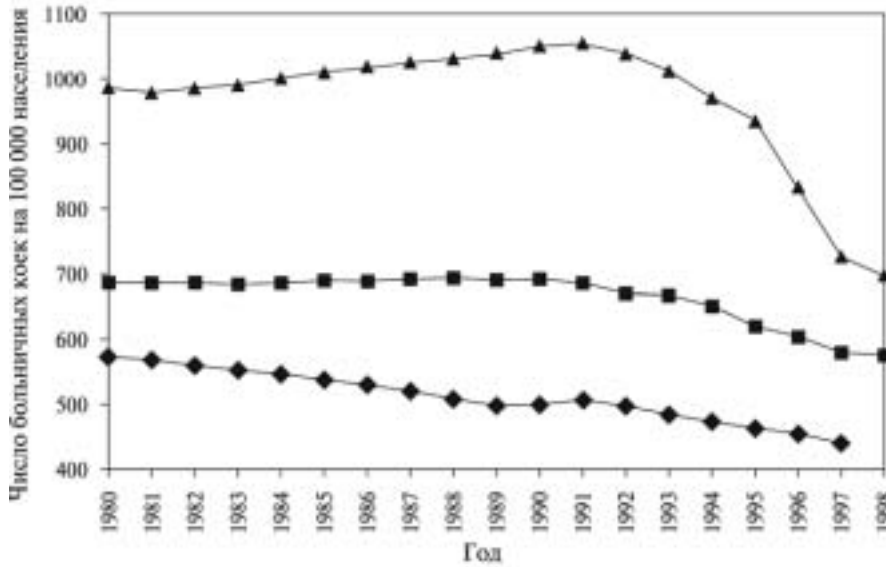


Источник: WHO (2001).

В странах Европы различаются три основные модели конфигурации больниц. В пятнадцати странах бывшего СССР число больниц значительно выше, чем во всех остальных странах; среди больниц есть как очень большие, так и мелкие. В двенадцати странах Центральной и Восточной Европы число больниц не столь велико, однако многие больницы весьма обширны (достаточно обычны больницы на 1000 коек и более). В пятнадцати странах Европейского союза число больниц, пропорционально населению, вдвое меньше. В течение 1990-х годов в странах бывшего СССР число больниц снизилось.

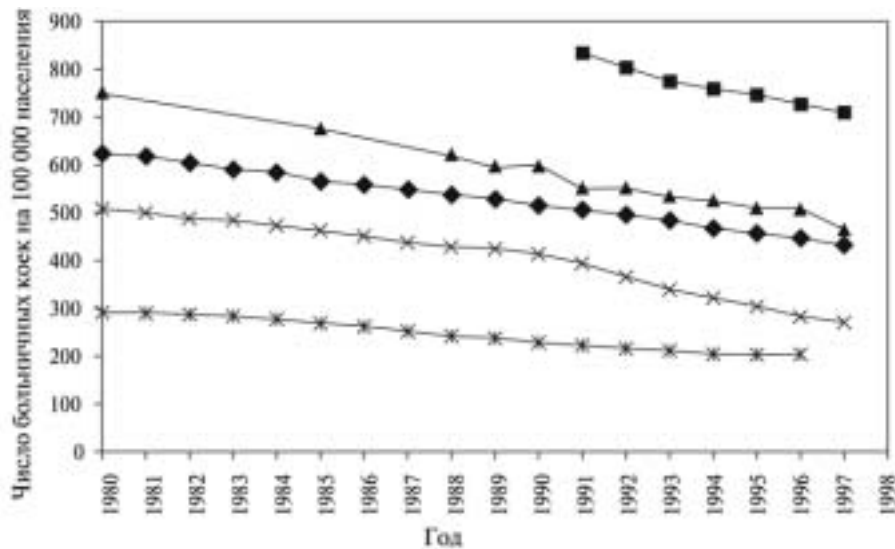
Что касается такого несколько менее проблематичного показателя, как больничные койки, то еще до 1980 г. в Западной Европе началось неуклонное снижение числа коек для лечения острых случаев (рис. 2.2). К 1980 г. число коек в социалистических странах Центральной и Восточной Европы было примерно на

Рисунок 2.2. Число больничных коек на 100 000 населения в странах Европейского союза (◆), Центральной и Восточной Европы (■) и бывшего СССР (▲)



Источник: WHO (2001).

Рисунок 2.3. Число больничных коек на 100 000 населения в отдельных странах Западной Европы: Франция (◆), Германия (■), Италия (▲), Швеция (X), Великобритания (Ж)



Источник: WHO (2001).

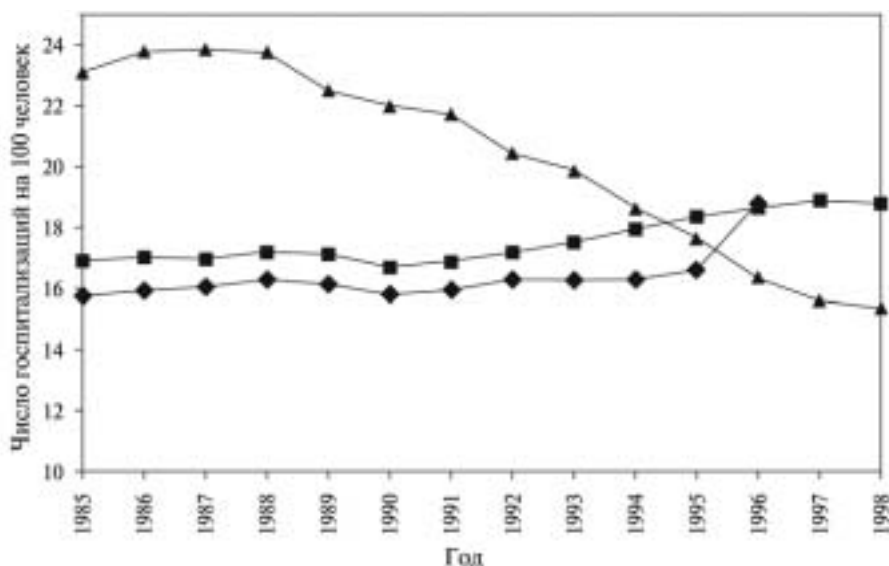
22 Реформа больниц в новой Европе

20% выше, чем в странах Западной Европы. На протяжении 1980-х годов этот количественный уровень сохранялся, затем он начал падать. В настоящее время число коек в бывших социалистических странах примерно вдвое выше, чем в странах Западной Европы. В странах бывшего СССР ситуация выглядит иначе: в 1980 г. число коек было примерно вдвое больше, чем в странах Западной Европы, в течение 1980-х годов оно росло, а в 1990-х резко снизилось.

Подобная группировка по регионам помогает обобщить существующие тенденции; вместе с тем между отдельными странами также наблюдаются весьма существенные различия. Так, хотя во всех странах Европейского союза число коек снизилось, исходный (до начала снижения) уровень по отдельным странам варьировал в весьма широких пределах (рис. 2.3). В Германии число коек примерно вдвое превышает среднее значение по Европейскому союзу; несмотря на резкий спад, в Италии число коек для лечения острых случаев все еще вдвое выше, чем в Великобритании. Впрочем, вполне возможно, что современная Великобритания не обеспечена больничными койками в достаточной степени (Department of Health 2000).

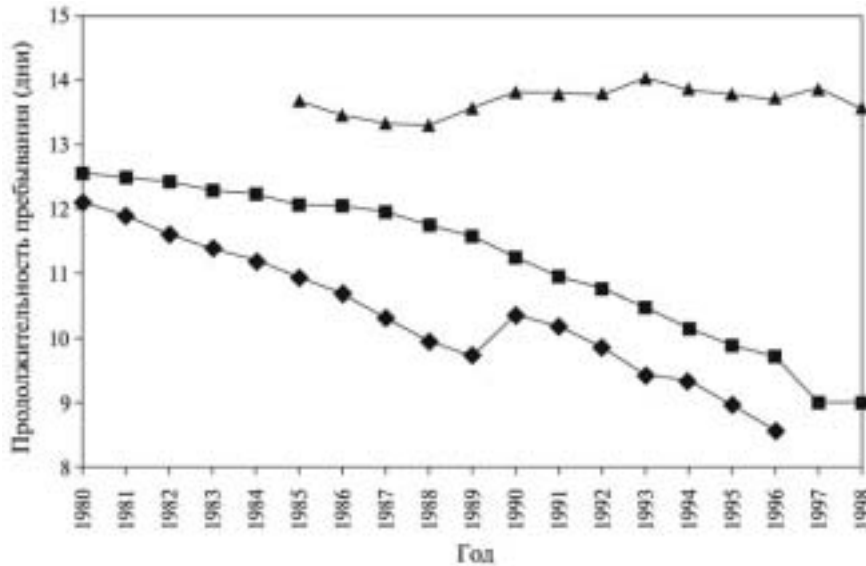
Важно также учитывать, сколько времени пользуются больные этими койками (рис. 2.5). Во многих европейских странах больные, которые прежде лежали бы в больнице долго, переводятся в учреждения долгосрочного ухода (например, в дома престарелых) или выписываются домой, где им помогают службы местной сети здравоохранения или социальной опеки. Далее, продолжительность пребывания в больнице в связи с лечением многих острых случаев заметно снизилась (ибо ныне поощряется более раннее возвращение к подвижной жизни после хирургических операций). Наконец, возросло число случаев однодневного пребывания в больнице. Тенденция к сокращению сроков пребывания в больнице влечет за собой изменения в обращении с больными и ис-

Рисунок 2.4. Число госпитализаций на 100 человек населения в странах Европейского союза (◆), Центральной и Восточной Европы (■) и бывшего СССР (▲)



Источник: WHO (2001).

Рисунок 2.5. Средняя продолжительность пребывания в больнице в странах Европейского союза (◆), Центральной и Восточной Европы (■) и бывшего СССР (▲)



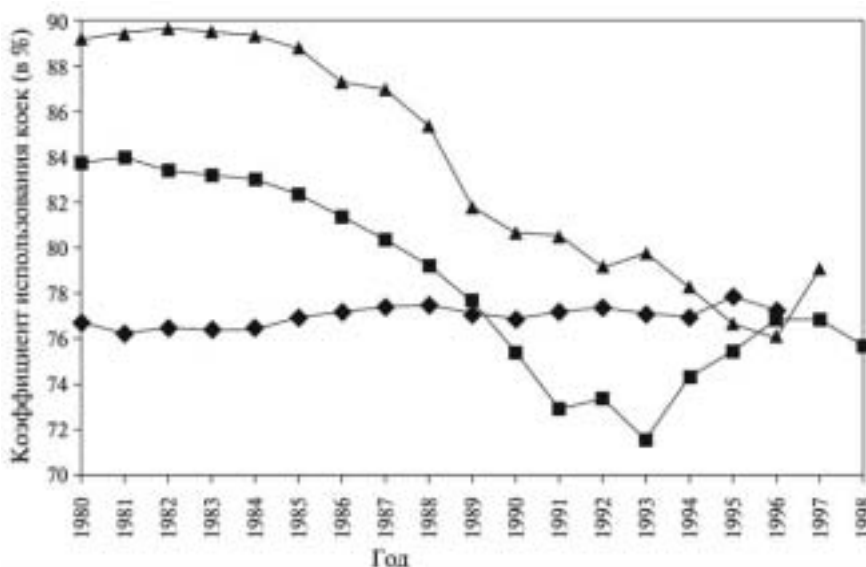
Источник: WHO (2001).

пользовании персонала. Что касается стран бывшего СССР, то здесь сроки пребывания в больнице все еще весьма высоки (в среднем около 14 дней).

Такие сопоставления данных по регионам проблематичны, так как при анализе следует учитывать различия в социальных условиях и в способе организации здравоохранения, а также в том, как протекают болезни и какими средствами их лечат. Тем не менее по некоторым показателям сопоставление возможно. Так, во многих странах бывшего СССР женщин с нормальными родами без осложнений принято держать в родильных домах 7 дней, тогда как в странах Западной Европы срок пребывания в роддоме может быть меньше 24 часов. Далее, во многих странах бывшего СССР принято лечить туберкулез химиотерапией и держать больных в стационаре до нескольких месяцев, тогда как в Западной Европе туберкулезные больные лечатся, как правило, амбулаторно. Чтобы лучше понять причины этих различий, нужно владеть более обширной информацией о конкретном ассортименте медицинских услуг, предоставляемых при определенных условиях в разных странах. Получение такой информации — приоритетная задача для лиц, ответственных за разработку политики в области здравоохранения.

Характерная для Западной Европы тенденция к снижению сроков пребывания в больнице стимулировала поиски причин поздней выписки больных, многие из которых — пожилые люди (Victor et al. 2000). Официальная проверка использования больничных услуг с выявлением больных, нецелесообразно занимающих больничные койки, является частью высокоразвитой системы управления и может способствовать ликвидации препятствий к своевременной выписке (Restuccia 1995). Такой метод проверки широко распространен в США; что касается Европы, то здесь он используется sporadически по инициативе местных властей, за возможным исключением Португалии, где действует система, основанная на мони-

Рисунок 2.6. Коэффициент использования коек (в %) в странах Европейского союза (◆), Центральной и Восточной Европы (■) и бывшего СССР (▲)



Источник: WHO (2001).

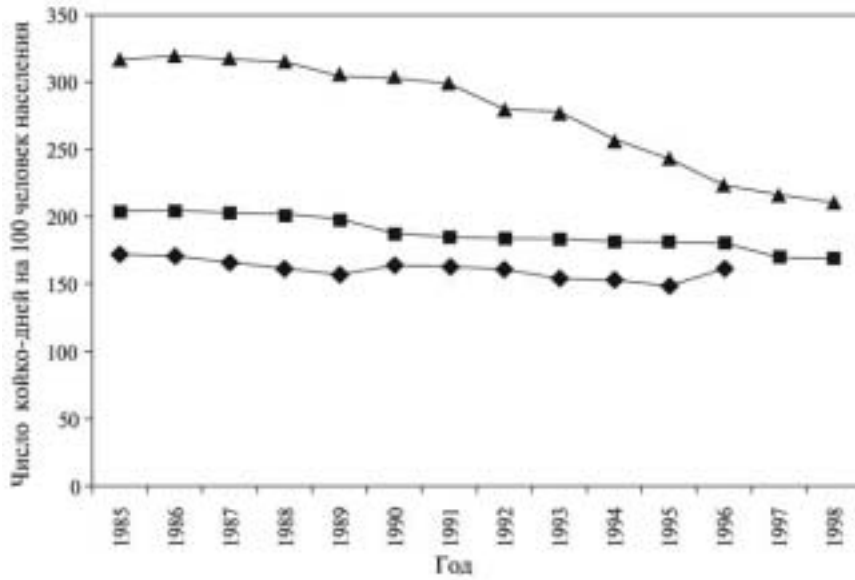
торинге продолжительности пребывания в больницах по диагностическим группам. Ведутся исследования по разработке инструмента, пригодного к употреблению во всех странах Западной Европы (Logenzo et al. 1999).

В странах Европейского союза коэффициент использования больничных коек стабилен и несколько превышает 75%; в странах Центральной и Восточной Европы он резко снизился, но с середины 1990-х годов восстановился (рис. 2.6). В странах бывшего СССР средний коэффициент использования коек резко упал с 90% до 75%. Прежний высокий коэффициент отчасти был обусловлен системой финансирования больниц, стимулировавшей всемерный количественный рост больных (по меньшей мере на бумаге). Снижение коэффициента использования коек и числа лиц, принимаемых в стационар, свидетельствует о тяжелом кризисе в постсоветских больничных системах (эта проблема обсуждается ниже).

Обобщая доступные данные, мы можем дать количественную оценку стационарному лечению, предоставляемому населению в целом (рис. 2.7). В странах бывшего СССР интенсивность использования коек снизилась более чем на треть, в странах Центральной и Восточной Европы снижение интенсивности было незначительным, тогда как в Западной Европе, несмотря на заметное изменение некоторых параметров, интенсивность в целом осталась на прежнем уровне. Снижение продолжительности пребывания в больнице в значительной степени компенсируется ростом числа принимаемых больных.

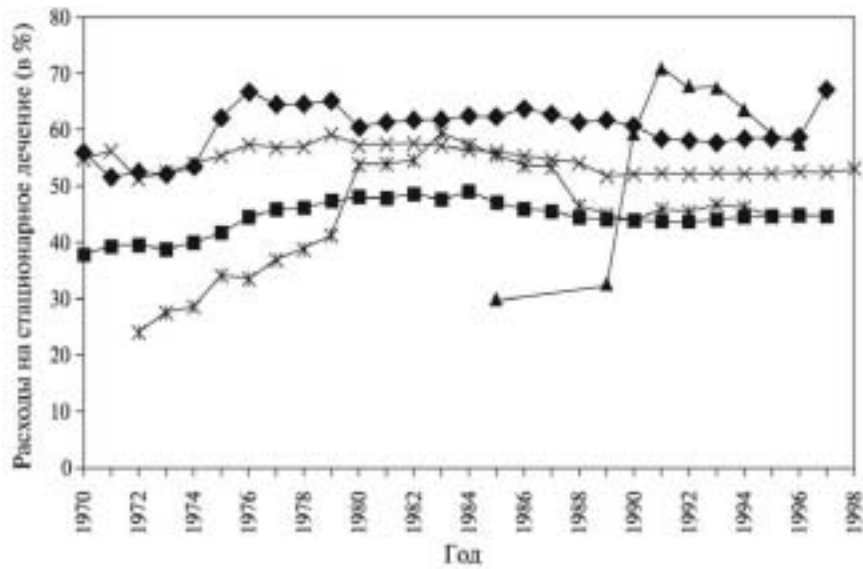
Что произошло с расходованием средств на больницы? Больницы все еще поглощают самую значительную часть денег, выделяемых на здравоохранение. Доля средств, предназначенных для больниц, за последние несколько десятилетий в Западной Европе не снизилась; с другой стороны, рост расходов удалось сдерживать (Mossialos and Le Grand 1999). Статистические данные временного ря-

Рисунок 2.7. Число койко-дней на 100 человек населения в странах Европейского союза (◆), Центральной и Восточной Европы (■) и бывшего СССР (▲)



Источник: WHO (2001).

Рисунок 2.8. Расходы на стационарное лечение в процентах ко всем расходам на здравоохранение в отдельных странах Западной Европы: Дания (◆), Франция (▲), Венгрия (■), Нидерланды (X), Испания (Ж)



Источник: WHO (2001).

да доступны не для всех европейских стран, однако на рис. 2.8 проиллюстрированы тенденции, наблюдаемые в нескольких избранных странах; в Дании расходы на больницы высоки, тогда как во Франции — относительно низки. В Восточной Европе на больницы уходит весьма высокий процент скудного бюджета, выделяемого на нужды здравоохранения (как правило, свыше 70%), тогда как в богатых странах Западной Европы больницы поглощают от трети до половины бюджета здравоохранения (WHO 2001). В Восточной Европе и бывшем СССР заметную долю расходов составляют неофициальные платежи.

Трактовка новейших тенденций

Страны Западной Европы, выбравшие сокращение емкости больниц, добились того, что число коек снизилось, а оставшиеся койки используются для лечения большего числа больных, каждый из которых остается в больнице на более короткий срок. В странах Центральной и Восточной Европы после 1990 г. число коек также снизилось, однако больницы, как и на Западе, не закрывались. Прием больных на оставшиеся койки вырос, срок пребывания больных в стационаре сократился, коэффициент использования коек вследствие переходного периода снизился, однако затем восстановился. Ситуация в странах бывшего СССР выглядит иначе. В этих странах было закрыто множество больниц, преимущественно малых; число коек, бывшее очень высоким, значительно сократилось. Прием больных также сократился, однако сроки стационарного лечения больных все еще значительно выше, чем в остальных частях Европы.

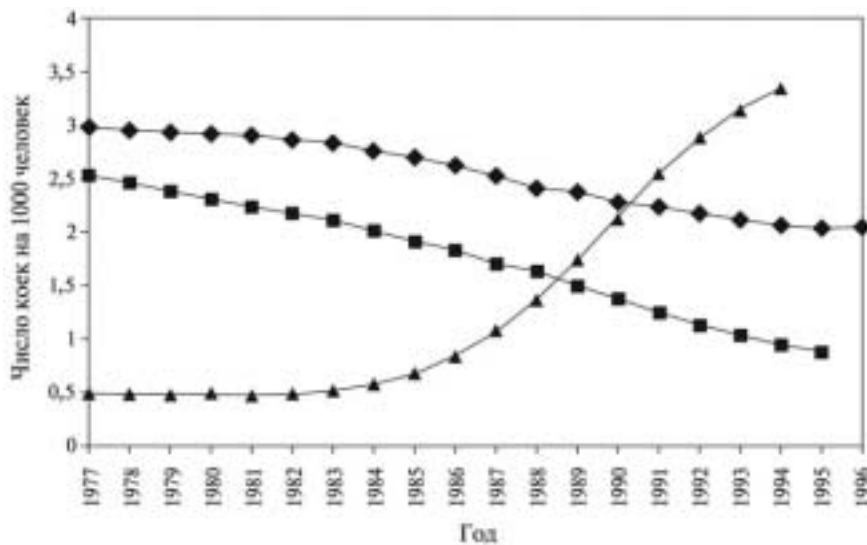
Каковы причины этих изменений? В Западной Европе снижение числа больничных коек было в значительной степени обусловлено тремя факторами, давшими о себе знать в 1960—1970-х годах в ответ на необходимость сдерживать расходы и на возникновение новых моделей лечения и ухода. Речь идет о том, что за рамки больничного лечения были постепенно выведены, во-первых, долгосрочные психиатрические больные и, во-вторых, материально зависимые пожилые люди. Третий фактор заключался в реструктуризации лечения острых случаев. Результатом этой реструктуризации стало закрытие множества очень больших и очень маленьких больниц и неуклонное снижение числа коек, сопровождавшееся повышением роли амбулаторного лечения и реабилитации вне больничных стен.

Перевод долгосрочных больных за пределы больницы

Меняющаяся модель ухода за пожилыми людьми и лицами с тяжелыми формами инвалидности или психическими болезнями, характерная для многих стран с высокими доходами, может быть проиллюстрирована статистическими данными по Великобритании. В этой стране число коек, предназначенных для лечения острых случаев и психических болезней, постепенно снижалось, тогда как число коек в домах престарелых резко выросло (рис. 2.9). Объяснением может служить тенденция «нормализации», начало которой было положено в 1960-х годах, когда модель, при которой медицина служила формой социального контроля, была отвергнута; вместо этого людям, нуждающимся в уходе, стремились

обеспечить условия, максимально приближенные к домашним. Подобное стало возможно в особенности после изобретения новых лекарств, позволивших больным с так называемыми большими психозами жить среди здоровых. Позднее поиск альтернатив больничному лечению активизировался под влиянием тенденций, поощряющих социальную опеку над пожилыми людьми. Некоторые из проблем, стимулировавших снижение роли институционализированной медицины в прошлом, дают о себе знать сегодня. Речь идет, прежде всего, о растущих расходах, новых формах лечения и меняющемся общественном мнении.

Рисунок 2.9. Тенденции изменения численности коек (на 1000 человек населения) в Великобритании, 1977—1996 гг.: острые случаи (◆), психиатрия (■), дома престарелых (▲)



Источник: WHO (2001).

Долгосрочный уход за психическими больными

В большинстве индустриальных стран число больных, помещенных в психиатрические больницы, между концом 1950-х и концом 1980-х годов сократилось более чем вдвое (Mechanic and Rochefort 1990). Это стало возможно благодаря тому, что психотропные препараты снизили потребность в строго охраняемых психиатрических больницах в то время, когда системы здравоохранения стали испытывать особенно серьезное бремя растущих расходов, а негуманное и обезличивающее влияние больничной среды стало особенно очевидным (Goffman 1969). Сдвиг начался в США, когда психиатрические больницы, по своим масштабам сопоставимые с небольшими городами, начали сокращаться или закрываться. Число стационарных психиатрических коек на 1000 человек сократилось с 2,1 в 1970 г. до 0,4 в 1990 г. (Turner-Crowson 1993). Пятидесятые и шестидесятые годы остались в истории как «человечная» фаза, когда «запасные выходы» психиатрических больниц были открыты, и долгосрочные больные могли выпускаться из больницы и возвращаться обратно. «Радикальная» фаза, начавшаяся в 1970-х годах, характеризовалась тем, что больницы, под

влиянием финансовых ограничений и в поисках лучших форм лечения, закрыли свои «парадные входы», а основную помощь стали оказывать службы коммунального ухода (Turner-Crowson 1993).

Тенденция к снижению числа коек для лечения острых случаев критиковалась и критикуется поныне. Больницы стали напоминать «двери-вертушки»: больные выписываются раньше времени, а затем принимаются обратно; больницы отказывают в приеме многим тяжелобольным людям; лица, нуждающиеся в стационарном лечении, подолгу дожидаются своей очереди; функциональное различие между стационарным и амбулаторным лечением недостаточно отчетливо. Кроме того, движение людей из больниц в службы коммунального ухода не сопровождается аналогичным движением денег (Mechanic and Rochefort 1990).

Из этого опыта можно извлечь несколько уроков. Во-первых, попытки использовать старые психиатрические больницы для решения иных задач оказались по большей части безуспешными: ведь крупное учреждение не может быть легко преобразовано в нечто новое, — например, в базу для услуг по коммунальному уходу. Во-вторых, задача переподготовки больничного персонала для выполнения функций по коммунальному уходу оказалась сложной. В-третьих, деньги, сэкономленные благодаря закрытию больниц, не были переведены службам коммунального ухода. В-четвертых, закрытие больниц без обеспечения подходящей альтернативы оказалось чревато серьезными опасностями для больных, их семей и общества в целом.

Расширение учреждений, предоставляющих долгосрочный уход пожилым людям

Дом престарелых — учреждение, предоставляющее долгосрочный уход, но не специализированное лечение. Исследование, осуществленное в десяти странах с высоким уровнем жизни, показало, что уход в домах престарелых получают 2—5% пожилых людей (Ribbe et al. 1997). Различия между странами обусловлены не столько различиями в характеристиках пожилой части населения, сколько политическими решениями, последствия которых не всегда предсказуемы. Некоторые правительства активно субсидируют дома престарелых, поощряя таким образом отток старых людей из больниц (Hensher and Edwards 1999). Эта политика достигает своей непосредственной цели; впрочем, в Великобритании она привела к неожиданному результату в виде резкого количественного роста частных домов престарелых. Как ни странно, Великобритания перешла к этой политике именно в то время, когда Австралия, где аналогичная политика была принята двумя десятилетиями раньше, пыталась вернуться к прежнему курсу (Gibson 1998). Австралийское правительство предоставило субсидию негосударственному сектору, что между 1963 и 1980 гг. привело к 70-процентному росту коек в домах престарелых (из расчета на душу населения). В начале 1980-х годов британское правительство предоставило частным домам престарелых аналогичную субсидию; в результате число коек в них между 1980 и 1993 гг. выросло на 60%. В настоящее время многие страны стремятся найти альтернативы домам престарелых, поощряя такие формы ухода, которые позволили бы старым людям по возможности долго оставаться в своих домах (Tester 1996; Walker and Maltby 1997). В главе 5 обсуждается связь между больницами и домами престарелых в Великобритании.

Самое очевидное следствие такой политики для больничного сектора заключается в том, что она облегчает снижение емкости больниц и поощряет создание для стариков таких условий, которые лучше отвечают их потребностям. Есть и менее очевидное следствие: ныне в больницах остаются те из пожилых людей, кто тяжелее болен и более зависим в материальном отношении (Ago et al. 1997); данное обстоятельство заметно влияет на уровень ухода и уровень подготовки персонала.

Перестройка системы стационарного лечения острых случаев

Снижение емкости больниц становится возможным благодаря переводу стационарных больных в отдельные учреждения по долгосрочному уходу, равно как и благодаря сокращению продолжительности пребывания в больнице для лечения острых случаев. Нельзя сказать, чтобы радикальное сокращение больниц подходит для всех стран, ибо страны с рассредоточенным сельским населением — такие, как Норвегия, — могут нуждаться в большом числе мелких больниц (Furnholmen and Magnussen 2000).

Так или иначе, большинство западноевропейских стран стремится снизить емкость больниц. Почему же одни из стран добиваются большего успеха, чем другие? Вообще говоря, речь должна идти не столько о закрытии больниц, сколько о сокращении числа коек. Во многих европейских странах закрытие целых больниц считается слишком сложным делом. Так, в Германии между 1991 и 1997 г. были ликвидированы 7% больничных коек; вместе с тем почти ни одна больница не закрылась. Ликвидация коек сама по себе не дает значительной экономии средств, ибо заметная доля больничных расходов связана с эксплуатацией зданий, оборудования и т. п. (Mossialos and Le Grand 1999). Лишь в немногих странах было закрыто относительно много больниц. Среди таких стран — Великобритания и Ирландия, где в 1980-х и в начале 1990-х годов число больниц снизилось примерно на треть; впрочем, изменения, происшедшие в Великобритании, отчасти связаны с принятием новых определений.

В немногих странах закрытие больниц удалось осуществить благодаря применению регулирующих подходов. Так, в Бельгии были использованы следующие меры. Во-первых, декретом от 1982 г. был установлен «потолок» на общее число больничных коек, а фонды медицинского страхования получили право переквалифицировать некоторые койки в «койки для ухода»; использование таких коек покрывалось по более низкой ставке, чем использование «лечебных» коек для острых случаев. Во-вторых, декрет от 1989 г. постановил, что аккредитованная больница должна иметь по меньшей мере 150 коек; это привело к закрытию множества мелких больниц (Kerr and Siebrand 2000). В Дании перемены стимулировались развитием межгосударственных рыночных отношений. Важно отметить, что переговоры велись не от имени отдельных больниц, а от имени целых стран; их итогом стала замена двух или больше мелких больниц целостными крупными учреждениями (Christiansen et al. 1999; van Mosseveld and van Son 1999).

Определенного успеха удалось добиться благодаря применению подходов, предусматривающих планирование. Во Франции было создано 26 региональных советов, цель которых состояла в ликвидации еще 24 000 коек для лечения

острых случаев (сокращение на 4,7%). В 1994—1998 гг. в государственном и частном секторе закрылись 17 000 коек. Это сделало возможным развитие других учреждений, более подходящих для удовлетворения меняющихся потребностей. Региональные больничные агентства открыли 15 новых больниц, 7 диализных центров, 20 центров для лиц с болезнью Альцгеймера и 60 новых онкологических учреждений (EU News in Brief 2000; Swingedau 2000).

Применение чисто рыночных стратегий — таких, как разделение закупок и поставок и предоставление больницам определенной автономии, — замедляет темп преобразований. Это можно объяснить действием нескольких факторов. Во-первых, дестабилизация системы под влиянием рыночных факторов облегчает отождествление структурных проблем, но не помогает решить вопрос о том, чем именно следует заменить систему; в частности, рынки обращают внимание не столько на потребности населения в медицинской помощи, сколько на управленческие, корпоративные и профессиональные интересы. Во-вторых, администратор больницы, получив автономию, получает и основание противодействовать закрытию своего учреждения, в том числе с помощью влиятельных врачей и местных правительственных органов. В-третьих, постепенному или даже внезапному изъятию средств можно противодействовать, не прибегая к закрытию больницы, а лишь отказываясь от содержания зданий и оборудования или накапливая дефицит. Наконец, политическая значимость таких действий, как закрытие крупных больниц, не позволяет политикам отстраниться от непопулярных преобразований даже в тех случаях, когда они стремятся переложить всю ответственность на «рынок».

Преобразования особенно затруднительны в тех случаях, когда права собственности децентрализованы, а стимулы носят смешанный характер. Например, в Швейцарии снижение емкости было незначительным. В этой стране финансирование происходит как из налоговых поступлений, так и из фондов медицинского страхования, а права собственности поделены между кантонами, муниципалитетами и частным сектором (Minder et al. 2000). В Италии доля сокращаемых коек и больниц варьировала по регионам. В некоторых регионах трудности с внедрением нового были отнесены на счет конкурентных стимулов, сохраняющихся в условиях, когда многие врачи работают одновременно в государственном и частном секторах (Taroni 2000).

Политика, основанная на поощрении замены одних форм услуг другими, способствовала снижению числа коек, но сама по себе не привела к закрытию больниц. Среди часто принимаемых политических мер — расширение амбулаторного лечения, как в Норвегии, или реабилитационных учреждений, как в Германии (Busse 2000). Чтобы облегчить замену услуг, Германия отменила прежнее строгое разделение стационарного и амбулаторного лечения (Busse 2000).

Закрытие больниц более вероятно в тех случаях, когда вместо двух или нескольких больниц учреждается новое учреждение, часто на новом месте. В результате удается избежать впечатления, что одно из учреждений оказалось «победителем», а также извлечь очевидную выгоду для персонала, который заинтересован в модернизации. Подобные меры могут быть необходимы и в тех случаях, когда учреждения, построенные несколько десятилетий (или даже веков) назад, не поддаются адаптации к потребностям современного здравоохранения (глава 3). Так, в Испании удалось закрыть ряд старых и очень больших больниц, построив новые, не столь крупные и более доступные учреждения (Rico et al. 2000).

В США, напротив, больницы за последние два десятилетия претерпели весьма значительные преобразования, преимущественно благодаря слияниям небольших некоммерческих больниц, освобожденных от налогов (Arnould et al. 1997). С начала 1980-х годов усилившаяся (хотя и жестко регулируемая) конкуренция позволила снизить расходы и цены в больницах — преимущественно благодаря тому, что страховые фонды и организации здравоохранения направляли больных к более эффективно работающим поставщикам (Ferguson and Goddard 1997). Процесс слияния больниц продолжался до конца 1990-х годов с интенсивностью около 250 слияний в год (см. главу 14). Снижение очень высоких расходов на здравоохранение и больницы в США считается заслугой системы управляемой медицины; вместе с тем среди различных групп, в том числе среди больных и врачей, ныне развивается недовольство сложившейся ситуацией (Enthoven and Singer 1996, 1998). В главе 6 обсуждаются аргументы в пользу вертикальных и горизонтальных слияний в государственном секторе европейских стран; обнаруживается, что слияния полезны только при условии ликвидации избытка емкости или при наличии клинических оснований для расширения масштабов и пропускной способности.

Ряд полезных уроков можно извлечь из опыта Великобритании, где многие больницы слились друг с другом или были закрыты (Robinson and Dixon 1999). Как и во Франции, преобразования осуществлялись по четкому плану. Закрытие часто предварялось слиянием независимых больниц; так, все больницы того или иного города объединялись в «больничный трест». Закрыть отдельную, автономную больницу всегда сложно; намного легче закрыть нечто, ставшее подразделением большого больничного конгломерата. Важно было также заручиться поддержкой старшего медицинского персонала, чье влияние на коллег и местное общественное мнение неоспоримо. Аналогичные меры были приняты в Мельбурне (Австралия) в 1995 г., когда 32 больницы государственного сектора были сгруппированы в 7 объединений; в итоге 9 больниц были закрыты, а процессы слияния и реструктуризации продолжились внутри объединений (Corden 2001).

Больничные системы в Восточной Европе

Страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР рассматриваются здесь совместно, ибо несмотря на заметные различия все они отягощены наследием советской модели здравоохранения. Чтобы уяснить суть изменений, происшедших после 1990 г., нужно иметь в виду их исторический контекст. Поэтому здесь описывается унаследованная восточноевропейскими системами советская модель, а затем рассматриваются некоторые факторы, способствовавшие переменам.

Советская модель системы здравоохранения

Страны бывшего СССР унаследовали такую систему здравоохранения, в которой доминировали больницы. Последние группировались по административному принципу, по характеру специализации, по уровню предоставляемой помощи и по роду занятий и социальному положению обслуживаемых больных. Ныне страны бывшего СССР отходят от этой модели, однако масштабы изменений в разных странах варьируют. Главные признаки советской больничной

системы, в той или иной степени присущие также странам Центральной и Восточной Европы, сводятся к следующему.

Во-первых, число больниц очень велико. Считалось (и поныне считается), что большое число больниц — основной показатель хорошей системы здравоохранения. Всесоюзный институт социальной гигиены им. Н.А. Семашко (Москва) установил нормативы (число коек на 10 000 населения и др.), обязательные к применению на всей территории СССР. Из-за повышенного внимания к больницам остальные компоненты системы здравоохранения продолжают финансироваться слабо. Больницы финансируются лучше, и вся медицинская система работает так, чтобы койки не простаивали. Больничная система включает множество мелких деревенских больниц для рассеянного населения.

Во-вторых, признаком хорошей системы здравоохранения считается специализация больниц. Восточная Европа, в отличие от Западной, обладает обширной сетью специализированных (детских, психиатрических, туберкулезных, онкологических, дерматологических, венерологических, глазных и др.) больниц государственного, регионального и окружного уровней.

Третий признак — наличие иерархии согласно уровню административного подчинения. Больницы делятся на районные, городские, областные и республиканские (национальные). На практике функциональное различие между стационарным лечением на городском и национальном уровнях выражено слабо (больные, пользующиеся услугами национальных больниц, по большей части живут в столицах). На районном, областном и национальном уровнях функционируют специализированные больницы и диспансеры, в том числе для больных туберкулезом.

Четвертый признак — существование параллельных систем медицинских услуг. Особые больницы были предусмотрены для партийно-государственной верхушки, для основных подразделений правительства (министерств внутренних дел, иностранных дел, путей сообщения, обороны и т. д.), а также для крупных производств. Отдельные больницы для министерств в основном сохраняются. Например, в Казахстане в 1996 г. такие больницы включали около 9% всех коек (Kulzhanov and Nealy 1999).

Пятый признак — сильно выраженный поток больных, направляемых вверх по больничной иерархии. Наличие этого потока обусловлено несколькими факторами. В распоряжении центральных больниц — сравнительно большие бюджеты, лучшие врачи, лекарства и оборудование. С другой стороны, первичная помощь развита слабо; ввиду недостаточной подготовки врачи не могут справиться даже с относительно простыми болезнями. По сравнению со своими коллегами в Западной Европе, врачи общей практики значительно меньше занимаются диагностикой и лечением. Поэтому врачи местной сети здравоохранения (работники скорой помощи, поликлиник и т. п.) выполняют только минимальную функцию «привратника» — особенно ввиду того, что многие больные, минуя их, отправляются непосредственно в больницы. Наконец, как было показано выше, средняя продолжительность пребывания в больнице значительно выше, чем в Западной Европе. Лечение в значительной степени определяется разработанными в централизованном порядке клиническими протоколами; последние, как правило, предусматривают длительное пребывание в стационаре. Вдобавок длительное пребывание поощряется самими больницами и персоналом, поскольку приносит финансовую выгоду (в том числе благодаря неофициальным платежам); при этом адекватная замена больничному лечению, как правило, недоступна.

Обобщая, можно сказать, что в большинстве стран Восточной Европы число больниц и коек слишком велико (по меньшей мере на фоне западноевропейских стандартов). Дополнительным симптомом этого избытка стал недавний резкий спад приема в больницы и снижение интенсивности использования коек в некоторых странах. Впрочем, в Восточной Европе, по сравнению с Западной, больницы выполняют несколько иные функции. Они служат основными поставщиками медицинских услуг, равно как и официальной социальной помощи. Более длительные сроки пребывания в больницах обусловлены не только финансовыми стимулами, но и несоответствием качества оборудования и уровня подготовки персонала требованиям современной медицины.

Опыт преобразований

Страны Восточной Европы также различаются по масштабам перемен, однако здесь, в отличие от Западной Европы, перемены чаще обуславливались внешними обстоятельствами. В некоторых странах — таких, как Албания, Босния и Герцеговина, Грузия, Таджикистан, — важную роль сыграли войны или массовые беспорядки, приведшие к значительному сокращению емкости больниц (отчасти из-за военных действий, отчасти же из-за отсутствия средств на поддержание работы больниц). Так, между 1990 и 1998 г. число больничных коек в Албании и Таджикистане снизилось более чем на 20%.

Однако основной причиной весьма значительного падения емкости больниц в странах бывшего СССР стал экономический кризис, приведший к закрытию множества малых больниц в сельской местности. Эти больницы, как правило, были оборудованы очень плохо; часто в них отсутствовала даже проточная вода. Многие из них были просто-напросто заброшены из-за отсутствия финансирования. В Казахстане между 1990 и 1997 г. число больничных коек снизилось на 40%, а число больниц — примерно вдвое; если в 1994 г. в стране функционировали 684 деревенские больницы, то в 1997 г. их осталось только 208 (Kulzhanov and Nealy 1999). В некоторых странах закрытие больниц предусмотрено национальными планами здравоохранения и поддержано президентскими декретами; таков, например, случай Киргизии (Sargaldakova et al. 2000).

Проблемы финансирования, сопровождавшие либерализацию системы здравоохранения в Чехии, также привели к закрытию множества больниц. Принятие системы оплаты труда врачей по принципу гонорара за услугу и невозможность установить потолки на больничные сборы привели к росту стоимости стационарного лечения и к банкротству страховых фондов. К 1998 г. из 27 медицинских фондов остались только девять; число коек для лечения острых случаев снизилось на 23%.

В других странах изменения были не столь резкими (и часто также незапланированными). Многие из уроков аналогичны тем, которые можно извлечь из западноевропейского опыта. Во многих странах серьезные перемены фактически начались с того, что больницам была предоставлена независимость от центрального правительства (как правило, путем переподчинения больниц местным правительствам). Такие больницы продолжали ревниво оберегать свою независимость, что усложняло создание региональных органов (как во Франции) или слияние больниц друг с другом (как в Великобритании). Так, все попытки правительства Венгрии снизить емкость больниц неизменно сталкиваются с жест-

ким противодействием (Orosz and Hollo, в печати). На ситуацию не повлияли и такие меры, как создание окружных комитетов (с ограниченными полномочиями) и введение платежей на основе распределения групп по диагнозу. Между 1990 и 1997 г. число коек для лечения острых случаев снизилось только на 7%, а государственные расходы на больницы росли (Gaal et al. 1999).

Ожидалось, что изменение официального механизма оплаты приведет к закрытию многих больниц и к сдерживанию расходов, однако в данном регионе Европы эти ожидания не оправдались (глава 8). В ряде стран бывшего СССР официальные платежи составляют лишь незначительную часть общего финансового потока. Так, в Грузии государственное агентство медицинского страхования ввело систему платежей за стационарное лечение на основе характеристик каждого отдельного случая; вместе с тем больницы, недавно преобразованные в акционерные компании, на 80 с лишним процентов финансируются путем прямых (официальных и неофициальных) платежей из кармана больных.

Уроки и выводы

Исторический обзор показывает, что больницы должны продолжать приспосабливаться к изменениям внутренней и внешней среды. В настоящей главе была обрисована историческая эволюция больницы; было указано на различия в скорости этой эволюции в разных местах. Традиционные показатели деятельности больницы — такие, как число коек и продолжительность пребывания, — свидетельствуют о том, что значимость больницы в системе здравоохранения снижается; с другой стороны, такой показатель, как частота приема больных, свидетельствует о более высокой, чем прежде, интенсивности работы больниц. По мере того как функции больниц меняются, необходима более подробная информация о службах амбулаторного лечения и об амбулаторных операциях, которые ныне осуществляются в больницах.

Лица, ответственные за разработку политики, должны сделать ряд выводов. Во-первых, сравнительные данные по разным странам не дают простого ответа на вопрос о том, какое число коек необходимо для каждой отдельно взятой страны. Многие страны имеют достаточные возможности для снижения емкости больниц путем перевода больных, требующих долгосрочного ухода, в более подходящие для этой цели учреждения. Это, однако, не означает, что все страны должны следовать примеру тех государств, где уровень емкости больниц низок; считается, что такой низкий уровень может не соответствовать реальным потребностям (Department of Health 2000). По словам одного комментатора, не существует модели, пригодной для всех случаев, и разработчики политической линии должны быть готовы «мыслить иначе» (Smith 1999).

Во-вторых, при наличии избытка больниц и коек лучше предпринять плановую перестройку, чем предоставить процесс влиянию рыночных факторов. В частности, независимые больницы особенно активно противодействуют закрытию; между тем перемены могут потребовать создания новых организационных единиц и даже новых учреждений. Таким образом, вместо «сокращения» лучше говорить о «перестройке». Не следует думать, что проблема чрезмерной емкости может быть решена путем простого закрытия некоторых учреждений; ведь остающиеся учреждения, как правило, оборудованы не лучше и соответственно не подготовлены к решению проблем, которые могут возникнуть в будущем.

Наконец, значительное сокращение емкости больниц в Восточной Европе не было запланировано заранее, а явилось результатом экономического упадка или военных потрясений. Иначе говоря, системы были вынуждены реагировать на непредвиденные внешние обстоятельства.

Библиография

- Arnould, R.J., DeBrock, L.M. and Radach, H.L. (1997) The nature and consequences of provider consolidations in the US, in B. Ferguson, T. Sheldon and J. Posnett (eds) *Concentration and Choice in Healthcare*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Aro, S., Noro, A. and Salinto, M. (1997) Deinstitutionalization of the elderly in Finland 1981-91, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 25(2): 136-43.
- Browne, T. (1643/1986) Religio Medici, in *The Oxford Dictionary of Quotations*, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Busse, R. (2000) *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Christiansen, T., Enemark, U., Clausen, J. and Poulsen, P. (1999) Health care and cost containment in Denmark, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Club du Vieux Manoir (1977) *Saint-Louis de la Salpetriere*. Paris: Nouvelles Editions Latines.
- Corden, S. (2001) Case study: Australia, in A.S. Preker and A. Harding (eds) *Innovations in Health Care Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Department of Health (2000) *Shaping the Future NHS: Long Term Planning for Hospitals and Related Services*. London: Department of Health.
- Enthoven, A.C. and Singer, S.J. (1996) Managed competition and California's health care economy, *Health Affairs (Millwood)*, 15(1): 39-57.
- Enthoven, A.C. and Singer, S.J. (1998) The managed care backlash and the task force in California, *Health Affairs (Millwood)*, 17(4): 95-110.
- EU News in Brief (2000) France: 24,000 fewer beds by 2004, *Official Journal of the European Association of Hospital Managers*, 2(4): 9.
- Ferguson, B. and Goddard, M. (1997) The case for and against mergers, in B. Ferguson, T. Sheldon and J. Posnett (eds) *Concentration and Choice in Healthcare*. Glasgow: Royal Society of Medicine Press.
- Furnholmen, C. and Magnussen, J. (2000) *Health Care Systems in Transition: Norway*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Gaal, P., Rekassy, B. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Hungary*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Gibson, D. (1998) *Aged Care: Old Policies, New Problems*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goffman, E. (1969) The insanity of place, *Psychiatry*, 32:357-88.
- Granshaw, L. (1993) The hospital, in W.F. Bynum and R. Porter (eds) *Companion Encyclopaedia of the History of Medicine*. London: Routledge.
- Hensher, M. and Edwards, N. (1999) Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s, *British Medical Journal*, 319(7214): 911-14.
- Hillman, K. (1999) The changing role for acute care hospitals, *Medical Journal of Australia*, 170(7): 325-9.

- Kerr, E. and Siebrand, V. (2000) *Health Care Systems in Transition: Belgium*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Kulzhanov, M. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Kazakhstan*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Lorenzo, S., Beech, R., Lang, T. and Santos-Eggimann, B. (1999) An experience of utilization review in Europe: sequel to a BIOMED project, *International Journal of Quality Health Care*, 11:13-19.
- McGrew, R.E. (1985) *Encyclopaedia of Medical History*. London: Macmillan.
- McKee, M., Clarke, A. and Tennison, B. (1993) Meeting local needs, *British Medical Journal*, 306:602.
- Mechanic, D. and Rochefort, D.A. (1990) Deinstitutionalization: an appraisal of reform, *Annual Review of Sociology*, 16:301-27.
- Miller, T.S. (1997) *The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Minder, A., Schienholzer, H. and Amiet, M. (2000) *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999) Cost containment in the EU: an overview, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- OECD (1999) *OECD Health Data 99: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Orosz, E. and Hollo, I. (in press) Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms, *Eurohealth*.
- Porter, R. (1997) *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. London: HarperCollins.
- Restuccia, J.D. (1995) The evolution of hospital utilization review methods in the United States, *International Journal of Quality Health Care*, 7:253-60.
- Ribbe, M.W., Ljunggren, G., Steel, K. et al. (1997) Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings, *Age and Ageing*, 26 (suppl. 2): 3-12.
- Rico, A., Sabos, R., Wisbaum, W. and Jann, A. (2000) *Health Care Systems in Transition: Spain*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Robinson, R. and Dixon, A. (1999) *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Sargaldakova, A., Healy, J., Kutzin, J. and Gedik, G. (2000) *Health Care Systems in Transition: Kyrgyzstan*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Simon, N. (1986) *La Pitie-Salpetriere*. Paris: Editions de l'Arbre a images.
- Smith, R. (1999) Editorial. Reconfiguring acute hospital services: no easy answers, but there are principles we should follow, *British Medical Journal*, 319:797-8.
- Southerne, T. (1682/1986) The Loyal Brother, in *The Oxford Dictionary of Quotations*, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Swingedau, O. (2000) The French health care system: a report, *Official Journal of the European Association of Hospital Managers*, 2(1): 30-4.
- Taroni, F. (2000) Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy, *Euro Observer*, 2(1): 1-2.
- Tester, S. (1996) *Community Care for Older People: A Comparative Perspective*. Basingstoke: Macmillan.
- Trohler, U. and Prull, C.R. (1997) The rise of the modern hospital, in I. Loudon (ed.) *Western Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

- Turner-Crowson, J. (1993) *Re-shaping Mental Health Services: Implications for Britain of US Experience*. London: King's Fund.
- van Mosseveld, C.J.P.M. and van Son, P. (1999) *International Comparison of Health Care Data*. Dordrecht: Kluwer Academic.
- Victor, C.R., Healy, J., Thomas, A. and Sargeant, J. (2000) Older patients and delayed discharge from hospital, *Health and Community Care*, 8(6): 443-52.
- Walker, A. and Maltby, T. (1997) *Ageing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- WHO (2001) *WHO European Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

глава ТРЕТЬЯ

Факторы, способствующие переменам

*Мартин Макки, Джудит Хили, Найджел
Эдуардс и Энтони Харрисон*

Введение

В предыдущей главе был обрисован ход исторической эволюции больниц. Больницы будут продолжать меняться под влиянием больных, персонала и технического прогресса. Болезни приходят и уходят, а общественные ожидания меняются. Медики приобретают новые знания и новые профессиональные навыки. Благодаря современному оборудованию удастся делать вещи, которые каких-нибудь десять лет казались немислимыми. Предсказывать будущее — неблагодарное занятие (МакКее 1995), однако ясно, что скорость перемен в XXI веке будет выше, чем когда-либо прежде.

В настоящей главе рассматриваются факторы, способствующие переменам в больничной системе. Конечно, многие из этих факторов взаимосвязаны. Так, старение населения влияет как на общую картину заболеваемости, так и на кадровый состав работников здравоохранения. Эти факторы обсуждаются под тремя рубриками: перемены со стороны спроса, перемены со стороны предложения и крупные перемены социально-политического характера (рис. 3.1).

Перемены со стороны спроса

Демографические перемены

Коммерческий сектор прилагает огромные усилия, чтобы проследить за изменениями количества и состава населения, поскольку происходящие процессы влияют на спрос. Например, в 1992 г., в ответ на рост числа юношей и подростков в США, реклама была откровенно перенацелена на молодежь (Klein 2000).

Значительная часть рекламы своим появлением обязана тщательному изучению демографических процессов, однако в деятельности здравоохранения влияние анализа этого типа не столь заметно. Состав населения определяется тремя факторами: рождаемостью, смертностью и миграцией. Каждый из этих факторов влияет на систему здравоохранения и, в частности, на будущее больниц.

Рисунок 3.1. Факторы, способствующие переменам в больницах



Рождаемость

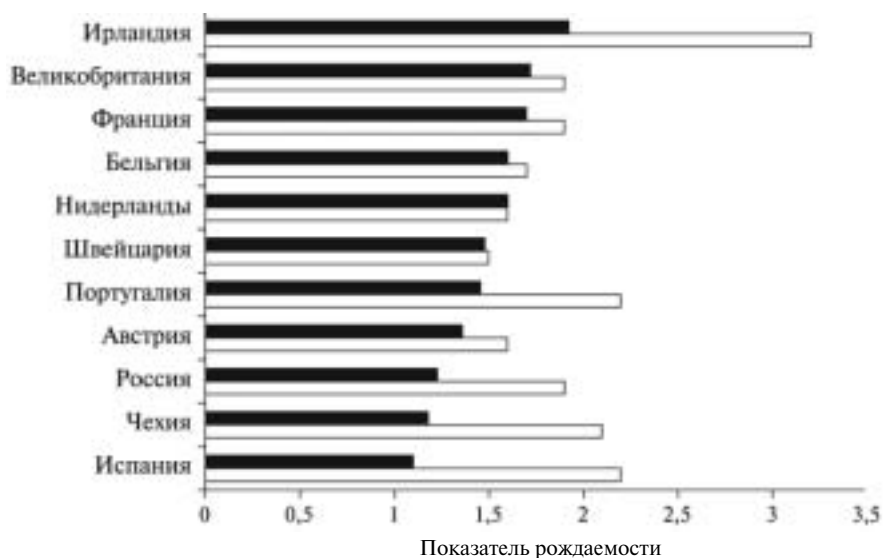
В большинстве европейских стран рождаемость падает (рис. 3.2). Спад особенно значителен в странах Южной и Восточной Европы, где рождаемость традиционно была высокой. Этот процесс влияет на медицинские услуги в долгосрочной перспективе, а также определяет колебания спроса на родовспомогательные и педиатрические услуги. Так, в Ирландии структура организации медицинских служб, успешно действовавшая в 1980 г., когда типичная женщина имела больше трех детей, не подходит для поколения современных женщин, имеющих, как правило, меньше двух детей.

Старение

Доля лиц старше 65 лет во многих странах Европы неуклонно растет (рис. 3.3). Особый интерес представляет самая старшая группа населения (от 80 лет и выше), ибо она растет особенно быстро; впрочем, темпы роста варьируют по разным странам (United Nations Population Division 1998). Как бы то ни было, ясно, что в Европе происходит как абсолютный рост числа пожилых людей, так и увеличение доли пожилых по отношению к населению в целом. Возникает вопрос: приведет ли это к значительному повышению расходов на больницы?

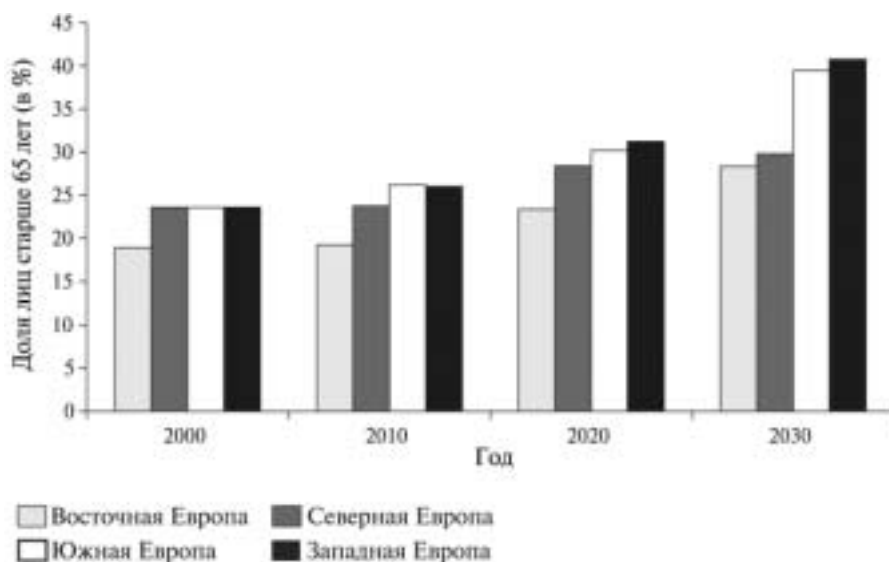
40 Реформа больниц в новой Европе

Рисунок 3.2. Показатель рождаемости (среднее число детей у одной женщины) в отдельных странах Европы: 1980 (□), 1997 (■)



Источник: WHO (2001).

Рисунок 3.3. Прогнозируемая доля лиц старше 65 лет среди населения различных регионов Европы



Рост числа пожилых людей постоянно находится в центре внимания тех, кто несет ответственность за разработку политики в области здравоохранения. Отчасти это связано с тем, что пожилые люди — основные пользователи больничных услуг. Пожилые поступают в больницы чаще и лежат в больницах дольше, чем молодые; на их долю приходится, как правило, около половины объема работы больниц, измеренного в койко-днях (Harrison and Prentice 1996; Walker and Maltby 1997; Victor et al. 2000). Поэтому принято считать, что старение населения приведет к повышению спроса на стационарное лечение и соответственно к росту расходов на здравоохранение.

Дискуссия по этому поводу сильно политизирована; некоторые комментаторы стремятся с ее помощью подтвердить тезис о неосуществимости идеи «государства всеобщего благоденствия» по финансовым соображениям (Mendelson and Schwartz 1993). Однако реальная ситуация не поддается однозначной оценке. Экстраполяция на основе текущих данных об использовании медицинских услуг приведет к иным выводам, нежели анализ факторов, определяющих структуру расходов на здравоохранение. Далее, калькуляция расходов, связанных со старением населения, предполагает разграничение между расходами на социальную опеку и медицинскими расходами в строгом смысле, совокупными и эпизодическими расходами, расходами на больницы и на дома престарелых и т. п.

Во-первых, нет оснований считать, что в будущем интенсивность использования медицинских услуг и больниц старыми людьми останется той же, что и ныне. Старики завтрашнего дня, возможно, окажутся в более выгодном положении благодаря лучшему питанию и лучшим социальным условиям на протяжении всей жизни (Evandrou 1997). Исследования по США позволяют предположить, что уровень хронической инвалидности среди пожилых людей будет снижаться на 1,5% в год: многие факторы риска для хронических болезней утрачивают силу, что отчасти связано с повышением уровня образования (Singer and Manton 1998). Доля пожилых людей, требующих помощи в повседневной жизни, между 1976 и 1991 годом снизилась вдвое (Grundy 1997). Недавнее исследование физического состояния людей, принадлежащих к разным поколениям, позволяет предположить, что в Великобритании общий уровень заболеваемости населения к 2051 г. снизится на 2/3 (Khaw 1999).

Во-вторых, нельзя сказать, чтобы любой старый человек требовал повышенных расходов на лечение (Fuchs 1984). Важно не то, сколько времени человек живет, а то, сколько времени он умирает. Поскольку старики могут лечиться в менее интенсивном режиме, расходы на лечение в последний год жизни для представителей старших возрастных групп могут в действительности быть ниже, о чем свидетельствуют данные американской программы страхования здоровья престарелых Medicare (Lubitz et al. 1995). Самые дорогостоящие больные — те, кто умирает в молодости (Scitovsky 1988).

Если соединить расходы на здравоохранение и социальную опеку, картина будет выглядеть иначе. Например, данные по Нидерландам, включающие расходы на социальную опеку и долгосрочный уход, показали, что общие расходы на здравоохранение и социальную опеку растут экспоненциально по мере старения (Meerding et al. 1998). Недавнее исследование по Канаде, где расходы на лечение острых случаев, на дома престарелых и на социальную опеку анализировались отдельно, также показало, что близость смерти важна в случае расходов на лечение острых случаев, которые с возрастом не

растут — в отличие от расходов на дома престарелых и социальную опеку (McGrail et al. 2000). Во многих индустриальных странах долгосрочный уход материально зависимым старым людям предоставляется уже не в больницах, а в интернатах и домах престарелых (см. главу 2). Таким образом, значительная часть расходов уже переведена из бюджета здравоохранения в бюджет социальной опеки.

Сравнительный анализ факторов, определяющих рост расходов на здравоохранение, не подтверждает мнения о том, что одним из самых серьезных факторов такого рода является старение. Расходы на здравоохранение в значительной степени подстегиваются факторами предложения (такими, как технический прогресс) или факторами спроса (такими, как ожидания врачей или больных); все эти факторы не имеют особого отношения к возрастной структуре населения (Fahey and Fitzgerald 1997; Zweifel et al. 1999).

Впрочем, фактор старения нельзя недооценивать. Старение заметно влияет на типологию предоставляемой медицинской помощи. Многие болезни носят ярко выраженный возрастной характер. Так, рост числа лиц в возрасте 60 лет и выше чреват увеличением числа случаев рака; с другой стороны, чем больше подростков, тем больше случайных травм. Во многих странах можно ожидать рост числа больных с переломом шейки бедра, инсультом и болезнью Альцгеймера. Все перечисленные болезни имеют одну общую черту: справиться с ними можно только скоординированными усилиями группы, объединяющей специалистов разного профиля. Это может представить серьезную проблему для стран, где врачи одной специальности традиционно работают изолированно от врачей других специальностей, а медсестры и работники социальной сферы играют явно второстепенную роль по сравнению с профессиональными медиками.

Наконец, больницы будущего должны принимать во внимание особые потребности стареющего населения, облегчая передвижение для больных с ограниченной подвижностью, обеспечивая указатели для больных с ослабленным зрением и т. п.

Миграция

Состав населения меняется в результате миграции. С 1945 г. многие страны Западной Европы принимают массы мигрантов из Африки и Азии, а с 1990 г. — также из Восточной Европы. Постоянный характер носит вынужденная миграция из регионов, охваченных войнами (Schmeidi 1997), а также миграция дискриминируемых этнических групп — например, цыган в ряде стран Центральной Европы (Hajioff and McKee 2000). По ряду причин потребности мигрантов в медицинской помощи часто отличаются от потребностей основного населения (Carballo et al. 1998). Некоторые болезни могут встречаться почти исключительно среди мигрантов; таковы серповидноклеточная анемия среди афро-карибов и талассемия среди мигрантов из Восточного Средиземноморья. Распространенность ряда болезней среди мигрантов может быть заметно выше; например, диабет особенно характерен для выходцев из Южной Азии (McKeigue et al. 1991). Подобные хронические заболевания часто требуют специализированного лечения; больницы должны реагировать не только на медицинские, но и на социальные потребности (например, предоставляя переводческие услуги). Особые потребности присущи и лицам, бегущим от военных конфликтов, — например, бе-

женцам из балканских стран, которые часто нуждаются в психиатрической помощи. Среди мигрантов встречаются и профессиональные медики; благодаря общности языка и культуры они могут быть весьма полезны своим соотечественникам. Наконец, больницы должны проявлять восприимчивость к различным культурным традициям; желательно, чтобы в больницах имелись освященные помещения для молитв и чтобы режимы питания и распорядок посещений корректировались с учетом культурных традиций (Mattson and Lew 1992).

Меняющаяся картина заболеваемости

Чтобы успешно выполнять свою основную функцию — лечение болезней, — больница должна гибко реагировать на любые изменения в картине заболеваемости. Изменения в режиме питания способствовали возникновению новых тенденций в распространении таких болезней, как ишемическая болезнь сердца: среди групп населения, употребляющих жирную пищу, число случаев этой болезни растет, а среди групп, чьи предпочтения носят противоположный характер, — падает (Tunstall-Pedoe et al. 1999). Международная торговля табачными изделиями привела к глобальной эпидемии болезней, обусловленных курением (Peto et al. 1999). Известны и другие случаи влияния образа жизни и среды на здоровье; так, сжигание ископаемого топлива ведет к глобальному изменению климата (потеплению) и соответственно влияет на состояние здоровья населения — в частности, способствуя распространению малярии (McMichael and Haines 1997; Martens et al. 1999).

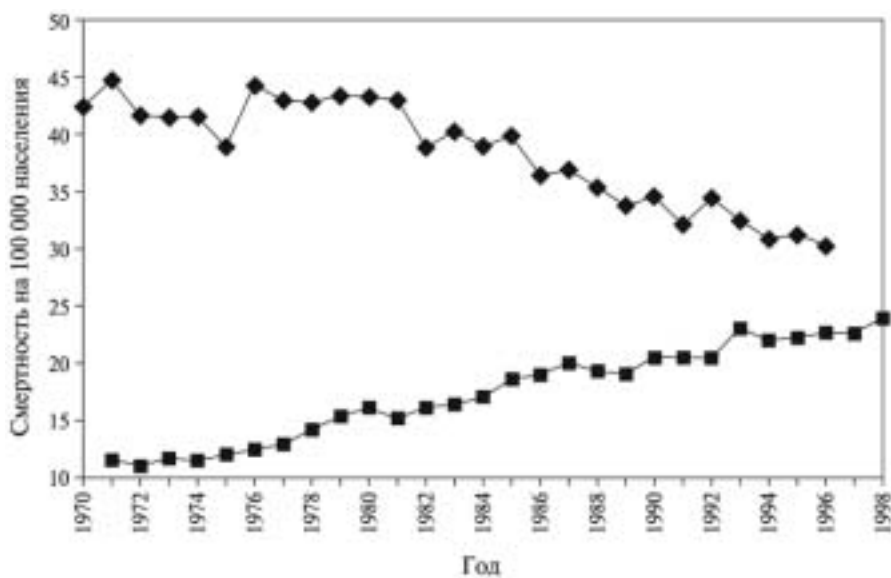
Изменения картины заболеваемости могут быть обусловлены также изменениями взаимосвязи между человеком и его микробной средой. По мере того как образ жизни людей менялся, возникали новые инфекционные болезни — в частности, передаваемые животными (Krause 1992). Среди таких болезней — корь, грипп, туберкулез, желтая лихорадка, а с недавнего времени также лаймская болезнь. Новые болезни, особенно инфекционные, будут возникать и впредь; относительно недавние примеры — вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и новая форма болезни Крейтцфельда — Якоба (Will et al. 1996). Хотя относительно будущей распространенности этих болезней могут быть сделаны определенные прогнозы, доверительные интервалы достаточно широки, а меры по сдерживанию болезней могут быть весьма эффективными, о чем свидетельствует, в частности, широкая вариабельность темпов распространения синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) в странах Европы (Wellings 1994).

Меняющиеся факторы риска

Болезни могут оцениваться с точки зрения того промежутка времени, который проходит между действием причины болезни и появлением самой болезни. В случае травм и ушибов это, как правило, секунды или минуты, а в случае ряда других болезней — годы. Так, рост заболеваемости раком легких, как следствие роста курения среди подростков, может дать о себе знать через 40 лет (Peto et al. 1999; Shkolnikov et al. 1999). Можно более или менее уверенно предсказать, что потребность в хирургии грудной клетки в Финляндии со временем будет падать, а в Португалии — возрастать (рис. 3.4).

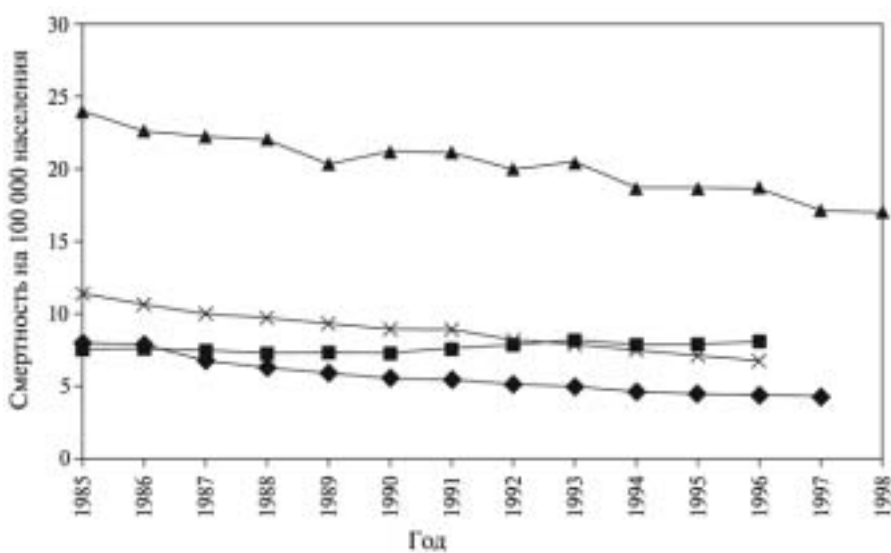
44 Реформа больниц в новой Европе

Рисунок 3.4. Смертность от рака легких, бронхов и трахеи на 100 000 населения в Финляндии (♦) и Португалии (■), 1970—1998 гг.



Источник: WHO (2001).

Рисунок 3.5. Смертность от инсульта на 100 000 населения во Франции (♦), в Польше (■), Португалии (▲) и Испании (X), 1985—1998 гг.



Источник: WHO (2001).

Многие распространенные болезни берут свое начало в пренатальный период или в раннем детстве; таковы инсульт, рак желудка, рак груди. Соответственно изменения, происходившие в детстве, могут стать видимыми (в общей структуре картины заболеваемости) 60 лет спустя (Kuh and Ben Shlomo 1997). Например, после 1945 г. Португалия была одной из беднейших стран Западной Европы. Поэтому, несмотря на быстрый экономический рост с середины 1970-х годов, уровень смертности от инсульта и рака желудка в Португалии до 1990-х годов был намного выше, чем в других странах Западной Европы, и приближался к восточноевропейскому уровню (рис. 3.5). Следовательно, оптимальная структура поставок услуг по реабилитации больных с инсультом должна быть сходной в Португалии и Польше, тогда как более очевидная параллель между Португалией и Испанией к данному случаю отношения не имеет.

Для других причин заболеваемости интервал значительно короче, о чем свидетельствуют перемены в потреблении алкоголя. Резкое снижение потребления алкоголя в СССР в середине 1980-х годов и последующее восстановление прежнего уровня потребления повлекли за собой почти немедленные изменения в уровне травматизма и сердечно-сосудистых заболеваний (Leon et al. 1997).

Многие другие причины и соответствующие им болезни занимают положение между этими двумя крайностями. В Центральной Европе улучшение питания после 1990 г. привело к снижению уровня сердечно-сосудистых заболеваний спустя несколько лет (Zatonski et al. 1998). Долгосрочные тенденции также могут изменяться под влиянием факторов, действующих в течение сравнительно короткого времени. Так, гипертония может брать свое начало в детстве, однако эффективное лечение может быстро снизить риск инсульта.

Как показывает этот краткий анализ, состав больных в больнице через два десятилетия будет отличен от нынешнего. Это имеет принципиальное значение для планирования будущей структуры больниц.

Больничные инфекции

Больницы самым непосредственным образом повлияли на изменение картины распространения тех инфекций, которые приобретаются именно в больницах; речь идет, прежде всего, об инфекциях, резистентных к антибиотикам. Данная область имеет большое значение для тех, кто разрабатывает политику в области здравоохранения. Во-первых, больничные инфекции могут прямо повлиять на уровень больничных расходов и на жизнеспособность больниц; во-вторых, больничных инфекций можно избежать. Поэтому мы рассмотрим их здесь относительно подробно.

В XX в., впервые в истории, помещение в больницу стало менее опасным, чем лечение вне больничных стен, — прежде всего потому, что больничные инфекции удалось взять под определенный контроль. Освоение асептических и антисептических методов (рамка 3.1) и открытие антибиотиков внушили многим людям веру в то, что больничные инфекции побеждены. Однако ныне больничные инфекции вновь растут; ими заражаются около 10% больных, помещенных в больницы (WHO 1996, 1999; Plowman et al. 1997; Ayliffe et al. 1999). Возможно, что в некоторых странах этот показатель еще выше (сравнительные данные по разным странам Европы неполны). Заболеваемость больничными инфекциями особенно высока в отделениях интенсивной терапии, ожоговых

отделениях, отделениях для новорожденных и там, где лечатся больные с ослабленным иммунитетом (Ayliffe et al. 1999). Больничные инфекции не только вредны для больных, но и наносят материальный ущерб больнице. Больные, заразившиеся больничной инфекцией, остаются в больнице вдвое дольше (Plowman et al. 1999). Ежегодные расходы британской Государственной службы здравоохранения оцениваются в 1,6 миллиардов фунтов: каждый одиннадцатый больной заражается больничной инфекцией, около 5000 человек в год умирают в больницах (National Audit Office 2000). Больничные инфекции — по меньшей мере в Великобритании — оказываются более распространенной причиной смерти, чем дорожные происшествия (Plowman et al. 1997). Исследование хирургических больных в Дании показало, что для лиц, заразившихся больничной инфекцией, ожидаемый срок дополнительного пребывания в больнице составляет 5,7 дня (Poulson et al. 1994).

Уровень больничных инфекций растет по разным причинам (Swartz 1995). Во-первых, чувствительность к инфекциям с возрастом повышается, а контингент больных в современных больницах постепенно стареет, что связано как с общим процессом старения населения, так и с тем, что пожилые люди ныне чаще подвергаются активному лечению. Во-вторых, процедуры стали более многосто-

Рамка 3.1. Борьба с больничными инфекциями

В начале XIX в. хирургия была полна опасностей. Из-за отсутствия анестезии могли осуществляться только самые быстрые операции. До 40% операций заканчивалось смертью больного, по большей части из-за общего заражения крови. По словам одного хирурга, человек, подвергающийся операции, «рискует жизнью больше, чем английские солдаты на поле битвы при Ватерлоо». Прорыв произошел в 1847 г., когда Игнац Земмельвайс заинтересовался вопросом о том, почему в одном родовспомогательном отделении Венской всеобщей больницы смертность от родильной горячки составила 29%, а в другом — всего 3%. Выяснилось, что в первом отделении больных пользовали студенты-медики (которые часто приходили туда после участия во вскрытии), а во втором — студенты, изучавшие акушерское дело. Хотя Земмельвайс сумел резко снизить смертность, просто заставив студентов мыть руки хлорированной водой, он продолжал сталкиваться с противодействием сомневающимися коллег и, в конечном счете, отчаявшись, переехал из Вены в Будапешт. Его идеи были подхвачены другими. В Англии значение чистоплотности подчеркивала Флоренс Найтингейл, совершившая революцию в медсестринском деле. Джозеф Листер впервые применил хирургические методы, основанные на удалении всех ступков крови и некротических тканей и на обильном использовании карболовой кислоты; в итоге смертность после ампутаций между 1866 и 1870 г. снизилась с 46 до 15%. Эти результаты убедили далеко не всех хирургов; многие даже отрицали существование бактерий. Однако идеи Листера приобрели сторонников в других странах Европы. Асептические и антисептические методы были освоены и применялись такими хирургами, как Карл Тайрш и Эрнст фон Бергман в Германии, Томас Бильрот в Австрии, Жюст Люка-Шампюнер во Франции. В США Уильям Халстед ввел в употребление резиновые перчатки. К концу XIX в. преимущества асептики и антисептики стали очевидны даже для самых консервативных хирургов; дополнительные возможности, появившиеся благодаря развитию анестезии, сделали современную хирургию реальной формой лечения. К сожалению, даже в конце XX в. некоторые уроки пионеров современной хирургии — например, необходимость мыть руки при переходе от одного больного к другому — все еще не усвоены должным образом.

Источник: Porter (1997).

ронными и длительными, предусматривающими более широкое использование имплантатов. В-третьих, активное лечение ныне достаточно часто применяются и к больным с ослабленным иммунитетом. В-четвертых, растет риск инфекций, передаваемых при переливании крови, — таких, как гепатит В, гепатит С и ВИЧ. Наконец, развиваются микроорганизмы, резистентные к антибиотикам.

Особое значение имеет последний из перечисленных факторов — развитие микроорганизмов, резистентных к антибиотикам. Бактерии способны к быстрым эволюционным изменениям в ответ на изменения среды, в том числе на присутствие антибиотиков. В организме заразившегося больного некоторые бактерии могут быть резистентны к используемым антибиотикам как в результате случайных генетических мутаций, так и вследствие переноса генетического материала от других бактерий. Благодаря подходящему антибиотику можно взять инфекцию под контроль, чтобы иммунная система организма смогла справиться с оставшимися резистентными бактериями самостоятельно. В других случаях, особенно если лечение производится с перерывами или если имеет место частичная резистентность, подобное может не произойти. Гибель чувствительных к антибиотикам бактерий компенсируется быстрым размножением резистентных бактерий. Недостаточное соблюдение гигиены облегчает инфицирование других больных. Резистентность к антибиотикам развивается у многих бактерий, однако наибольшее беспокойство вызывают бактерии двух видов. Во-первых, это стафилококк *Staphylococcus aureus*, встречающийся в носовой полости и на коже здоровых людей. Первоначально этот организм был чувствителен к пенициллину и другим антибиотикам, однако в дальнейшем появились новые штаммы, резистентные почти ко всем антибиотикам (WHO 1999). В результате болезнь, которая пять десятилетий назад исчезала после недолгого курса лечения пенициллином, ныне стала практически неизлечимой.

Во-вторых, значительное беспокойство вызывают микобактерии туберкулеза, резистентные ко многим антибиотикам (Farmer et al. 1999). Туберкулез особенно трудно поддается лечению, так как бактерии находятся внутри клеток и тем самым защищены от циркулирующего в крови антибиотика. Отсюда следует, что лечение должно быть длительным или высоко интенсивным. Длительное применение антибиотика создает идеальные условия для развития резистентности; чтобы снизить эту опасность, ныне используется терапия несколькими препаратами. В некоторых странах, особенно в странах бывшего СССР, наблюдается весьма высокий уровень резистентности к большинству или ко всем основным антибиотикам, используемым для лечения туберкулеза (Kammerling and Banatvala 2001).

Важно отметить, что подобные изменения не неизбежны. Уровень резистентности к антибиотикам в разных странах Европы варьирует в широких пределах (Dornbusch et al. 1998). Самый низкий уровень резистентности характерен для тех больниц, где последовательно проводится хорошо продуманная стратегия назначения антибиотиков и тщательно отслеживается динамика резистентности. Хотя факторы, способствующие развитию резистентности к антибиотикам, могут отражать местную практику, сама резистентность может оказывать далеко идущее влияние. Инфекционные агенты не знают границ и могут проникнуть даже в те страны, где против них принимаются тщательно продуманные меры. Так, когда в начале 1990-х годов в Исландии появились резистентные к ряду антибиотиков пневмококки, это было вызвано возвращением всего лишь одного туриста из Испании (Soares et al. 1993).

Рост резистентных инфекций в больницах — серьезное испытание для современного здравоохранения. Контроль над такими инфекциями должен стать приоритетной задачей для тех, кто несет ответственность за разработку политики по отношению к больницам.

Меняющиеся общественные ожидания

Такие факторы, как рост медицинских знаний среди пользователей и ожидание более высокого качества обслуживания, могут побудить больницы (равно как и других поставщиков услуг) к активизации лечебно-диагностической деятельности и к повышению стандартов обслуживания (Chappel 1995; Posnett et al. 1998). Это проявляется во множестве различных форм. Стимулирование потребительского интереса в индустриальных странах привело к тому, что учреждения, не предоставляющие достаточно изолированных условий, больше не удовлетворяют больных. Больные все чаще и чаще (и абсолютно обоснованно) требуют, чтобы их посещали и обследовали тогда, когда это удобно им, а не врачам. Благодаря доступности клинической информации через Интернет некоторые больные могут знать о своей болезни больше, чем их врачи (Neuberger 2000). Это не обязательно означает, что больные станут требовать большего объема услуг, однако повышает вероятность того, что вмешательство, необходимость в котором не вполне очевидна, будет отвергнуто (Coulter et al. 1994). В некоторых регионах Европы (как показано в главе 7) понятие прав больного все еще не укоренилось (Platt and McKee 2000).

Перемены со стороны предложения

Технический прогресс и клиническая наука

Научный и технический прогресс в области медицины привел как к резкому расширению спектра доступных форм медицинского вмешательства, так и к росту числа людей (особенно среди пожилых), к которым это вмешательство может быть применено. Новые технологии внедряются с разной интенсивностью (глава 12), однако скорость перемен неуклонно растет. К протезированию бедренного сустава добавилось протезирование коленного сустава, плечевого сустава и суставов пальцев. Ныне успешно пересаживают не только почки, но и сердце, печень и поджелудочную железу. Хирургическому лечению язвы желудка и двенадцатиперстной кишки приходит долгосрочное лечение антагонистами H_2 . В богатых странах СПИД перестал быть быстро прогрессирующей смертельной болезнью; ныне его удается удерживать под контролем с помощью сложных антивирусных терапевтических «коктейлей». Благодаря прогрессу анестезии и появлению относительно щадящих форм хирургического вмешательства заметно снизилась степень риска при оперировании пожилых больных; общее количество операций на душу населения заметно растет. Последствия этих перемен для больниц обещают быть значительными, но неоднозначными (Wilson 1999).

Новые медикаменты могут снизить уровень потребности в стационарном лечении. Некоторые современные лекарства эффективно блокируют факторы риска для хронических болезней (таких, как атеросклероз) и позволяют заменить хирургию амбулаторным лечением, как в случае язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (Jensen 1986). Длительное стационарное лечение больных СПИД заменяется антивирусной поддерживающей терапией (Gebo et al. 1999), а длительное стационарное лечение больных туберкулезом — краткосрочным курсом лечения под непосредственным наблюдением (WHO 1997; Maher et al. 1999). Распространение иных лекарств способствует повышению уровня госпитализации; таковы новые противораковые средства, расширяющие спектр возможностей лечения. Эти лекарства могут увеличить число лиц, поддающихся излечению: во-первых, неизлечимые прежде болезни становятся излечимыми, во-вторых, ввиду сокращения побочных эффектов и противопоказаний число лиц, желающих принять курс лечения, растет. Огромные возможности открываются благодаря быстрому прогрессу геномной инженерии: с одной стороны, геномная терапия делает многие наследственные болезни потенциально излечимыми (Morgan and Blaese 1999), с другой — лечение можно «моделировать» согласно генетической конституции больного, тем самым повышая эффективность и сокращая побочные эффекты.

Велика вероятность того, что со временем появятся вакцины, которые позволят эффективно бороться с некоторыми заразными болезнями, включая ВИЧ-инфекции и гепатит С. Новые вакцины смогут также поражать инфекционные агенты, вызывающие рак (среди таких агентов — папилломавирус, вызывающий рак шейки матки) и непосредственно устранять некоторые формы рака.

Прогресс хирургии вероятен в трех основных областях. Многие обычные операции будут постепенно вытесняться максимально щадящими формами хирургии. К первым эндоваскулярным процедурам — таким, как баллонная коронарная ангиопластика, — добавились многочисленные новые процедуры, применяемые по отношению к разным органам. Прогресс в разработке терапевтических агентов — таких, как специальные антираковые препараты или лекарства, влияющие на рост кровеносных сосудов, — приведет к дальнейшему расширению возможностей. Наконец, вполне возможно, что методы лучевой хирургии, применяемые ныне для лечения мозговых нарушений, также будут распространены на другие части тела. Все эти направления развития хирургии непрезаметно влияют на подготовку персонала, оборудование и структуру лечебных учреждений.

Динамика состояния здоровья больных будет отслеживаться в реальном времени с помощью точнейших датчиков. С учетом изменений в тяжести состояния больных, принимаемых в стационар, это может повлиять на жизнеспособность широко распространенной модели, предусматривающей наличие одного подразделения интенсивной терапии в одной отдельно взятой больнице. Иначе говоря, специализированные отделения современных больниц в будущем смогут осуществлять значительно более интенсивную терапию, чем сейчас. Персонал отделений должен приобретать новую квалификацию, ибо анализы, для осуществления которых раньше нужны были специальные лаборатории, ныне осуществляются с применением прикроватного оборудования. Искусство диагностики поднимется на новую высо-

ту, а границы болезней изменятся, ибо то, что прежде считалось отдельной болезнью, ныне часто поддается дифференциации; образец — дифференциация гепатитов согласно алфавитному порядку вызывающих их вирусов (Zuckerman 1996). В некоторых случаях это может привести к возникновению совершенно новых специальностей. Совершенствование информационной технологии означает, что поток информации, имеющий отношение к деятельности больниц, изменит свою форму. Хотя предсказания о «безбумажном делопроизводстве» не сбываются, вполне возможно, что истории болезни и рентгеновские снимки будут храниться прежде всего в электронном варианте.

Это распространение технологии будет способствовать изменению характера взаимоотношений между вторичными и третичными учреждениями медицинской помощи. Формы лечения, которые прежде были доступны только в высокоспециализированных центрах (например, эндоскопия или диализ), ныне могут предоставляться и в других местах, в том числе в автономных центрах амбулаторной помощи. Развитие телемедицины также открывает новые горизонты: специалисты могут консультировать или ставить диагнозы «на расстоянии», а медицинские значения доступны через Интернет. С другой стороны, некоторые новые технические средства — в том числе линейные ускорители и позитронно-эмиссионные томографы — способствуют еще большей концентрации отдельных типов услуг и оборудования. Руководство лечением стационарного больного, в идеале, будет осуществляться с помощью хорошо налаженных интегрированных больничных информационных систем, которые облегчат сравнительный анализ данных по различным больным и позволят лучше скоординировать лечение и уход за больными (van Bommel and Musen 1997; Bakker and Leguit 1999).

Возникает вопрос: приведет ли технический прогресс к резкому повышению стоимости стационарного лечения? Характер воздействия новых технологий на динамику стоимости больничных услуг оценивается по-разному (Mossialos and Le Grand 1999). Новые технологии не всегда дороже тех, на смену которым они пришли. Однако даже там, где технологии дешевле, они могут привести к повышению расходов, поскольку их внедрение предполагает реорганизацию других участков больницы для приведение их в соответствие с новыми моделями лечения. Так, замена хирургического метода лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки медикаментозным методом, как ни странно, привела к повышению стоимости стационарного лечения, так как теперь больные лечатся по несколько раз (Murphy 1998).

Следует соблюдать также известную осторожность в оценке влияния новой технологии на здоровье людей. Вообще говоря, новая технология может угрожать здоровью. Рост фармацевтической продукции может предотвратить миллионы преждевременных смертей, однако некоторые из новых медикаментов породили новые ятрогенные заболевания; один из самых очевидных примеров — деформация конечностей у детей, рожденных матерями, принимавшими талидомид. Вдобавок многие из предсказаний о благотворных последствиях технического прогресса не сбылись. Энтузиазм по поводу будущих возможностей никогда не должен быть безоговорочным.

Изменения в структуре рабочей силы

Изменения в структуре населения влияют не только на структуру спроса на медицинские услуги, но и на структуру контингента, принимаемого на работу в больницы (Green and Owen 1995). Хотя в разных странах обнаруживаются разные проблемы, два момента имеют всеобщий характер. Один из них заключается в старении населения. В то время когда потребности в медицинской помощи растут, контингент, потенциально способный работать в больницах, сокращается; в некоторых странах севера Европы интенсивность этого процесса вызывает тревогу (Buchan and Edwards 2000). Во-вторых, среди работников все больше и больше преобладают женщины, которые стремятся сочетать карьеру с выполнением семейных обязанностей.

В главе 11 анализируются тенденции, влияющие на структуру рабочей силы в Европе. Децентрализованное управление и гибкие контракты личного найма — два условия, без соблюдения которых наличный персонал не будет соответствовать реальным потребностям здравоохранения; только при соблюдении этих условий многие опытные профессионалы не оставят место работы ввиду перегруженности семейными обязательствами. С другой стороны, концепция «гибкой фирмы» чревата тем, что работающий контингент станет менее устойчивым и менее умелым. Следовательно, многое зависит от того, какими методами внедряется эта «гибкость».

Второй важный момент — растущая интернационализация рабочей силы в области здравоохранения. Одни страны активно вербуют работников-профессионалов из других стран. Этот процесс, по-видимому, будет усиливаться по мере дальнейшего расширения Европейского союза (McKee et al. 1996). Очевидно, подобное развитие существенно повлияет как на страны, привлекающих квалифицированный персонал извне, так и на те страны, из которых происходит отток рабочей силы. Страны-импортеры рабочей силы должны сделать так, чтобы новые работники приспособились к новым для них культурным традициям, а в некоторых случаях обеспечить им возможность для профессиональной переподготовки. Страны-доноры рабочей силы вынуждены находить способы борьбы с отрицательным влиянием утраты квалифицированных работников на функционирование здравоохранения (Jinks et al. 2000).

Третий момент — масштаб замены работающего персонала людьми, получившими иную квалификацию. При приеме на работу следует обращать внимание не столько на документы о полученном образовании, сколько на компетентность кандидата (Armstrong 1991). Врачи часто берутся за дела, которые лучше них сделали бы другие профессионалы, однако изменить положение дел непросто, особенно там, где профессионалы — врачи, медсестры и др. — имеют законные права на выполнение определенных задач. Замена не должна рассматриваться всего лишь как возможность снизить расходы; вместо этого следует обратить внимание на качественные показатели работы. Проблемы, связанные с квалификацией персонала, обсуждаются в главе 10. Четвертый момент — необходимость для больницы иметь такой персонал, который способен реагировать на быстро меняющиеся обстоятельства среды. Медсестры во многих европейских странах уже должны доказывать свою компетентность в качестве практикующих врачей — иначе они лишатся свидетельства. Принцип подтверждения своей профессиональной компетентности ныне часто распространяется и на врачей. Если даже подобные меры не принимаются, нужно сделать так, чтобы персонал

профессионально развивался, не отставая от требований времени. Следовательно, работникам нужно предоставлять время для переподготовки, нужно создавать системы мониторинга профессионального совершенствования и разработать меры по отношению к уклоняющимся. Принцип повторного подтверждения профессиональной пригодности обсуждается в главе 10.

Перемены в составе больничного персонала происходят в рамках сложной системы норм и ценностей, правил и обычаев, управляющих взаимоотношениями между профессионалами и между нанимателями и наемными работниками. Меры, принятые Европейским союзом, — такие, как Директива о рабочем времени (Council of the European Union 1993) и различные положения социального раздела Маастрихтского договора, — улучшают условия работы в некоторых странах; в ряде случаев эти меры существенно влияют на функционирование системы здравоохранения, особенно на продолжительность рабочего времени врачей (White 1996).

Состав рабочей силы и условия среды будут продолжать меняться. В связи с этим нужно помнить о двух ключевых понятиях — гибкости и разнообразии. Состав рабочей силы в здравоохранении, по всей вероятности, станет более интернациональным, а профессиональные границы — более проницаемыми. Сверх этого трудно что-либо предугадать. Многое будет зависеть от того, сумеют ли наниматели сохранить гибкость, чтобы адаптироваться к меняющимся потребностям системы здравоохранения. В то же время наемным работникам нужно обеспечить относительную стабильность — не в последнюю очередь ради того, чтобы они могли постоянно учиться, иначе им будет крайне трудно приспособиться к постоянно усложняющейся среде.

Политические и социальные перемены

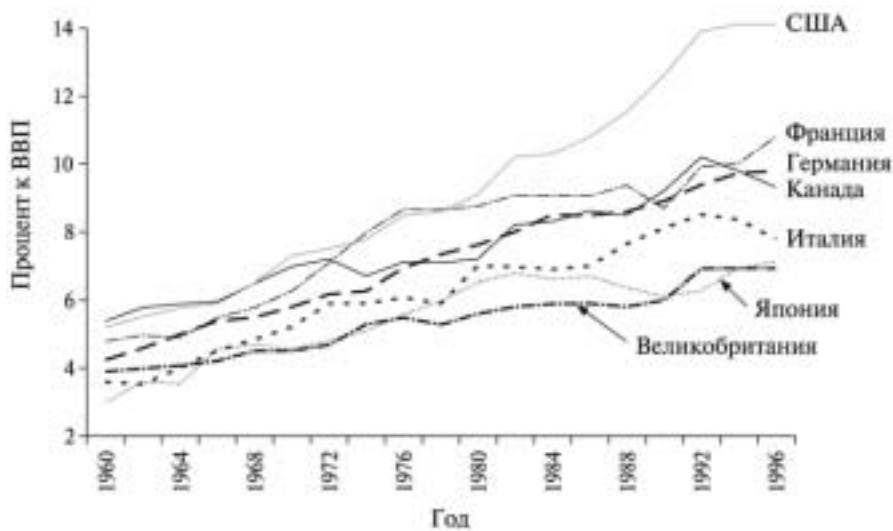
Финансовые факторы

Поскольку больницы занимают весьма важное место в структуре бюджета здравоохранения, они становятся первоочередной мишенью любых правительственных мер, направленных на сдерживание государственных расходов. Вместе с тем количество денег, направляемых на нужды здравоохранения, — проблема не столько экономическая, сколько политическая, связанная с выбором приоритетов (государственных или частных). Больницы, как правило, поглощают свыше половины всего бюджета здравоохранения. Считается, что эффективность их функционирования может быть повышена, и что в других учреждениях многим больным может быть оказана более экономичная помощь (глава 5). В связи с этим предпринимаются разнообразные меры, направленные на сдерживание общих расходов, повышение технической эффективности больниц и улучшение качества лечения.

На протяжении четырех последних десятилетий во многих индустриальных странах активно стимулировался рост расходов на здравоохранение. Правительства должны были искать пути к сдерживанию как спроса, так и предложения; успех принятых мер был переменным (Mossialos and Le Grand 1999). На рис. 3.6 проиллюстрирован постоянный рост расходов на здравоохранение в отношении к валовому внутреннему продукту (ВВП) ведущих индуст-

риальных стран, начиная с 1960-х годов. Различия между странами могли бы быть выражены сильнее, если бы были показаны абсолютные цифры: ведь в более богатых странах медицинские расходы на душу населения часто выше, чем в менее богатых, хотя эта закономерность может и нарушаться (Kavvos and Yfantopoulos 1999). Следует заметить, что определения, на которых основан этот сравнительный анализ, иногда небезупречны (Torgerson et al. 1998), однако некоторые общие тенденции кажутся очевидными.

Рисунок 3.6. Общие расходы на здравоохранение в процентах к ВВП стран «семерки» (ведущих индустриальных стран мира), 1960—1996 гг.



Источник: OECD (1998).

Среди главных индустриальных стран США, где расходы на здравоохранение резко росли начиная с 1980-х годов и к 1996 г. достигли 14,1% ВВП, занимают изолированное положение. Это обстоятельство всякий раз нужно учитывать, сравнивая опыт США и Европы. С тех пор рост расходов в США замедлился; некоторые авторы приписывают это ограничениям, налагаемым благодаря развитию так называемой управляемой медицины (англ. managed care) (Enthoven and Singer 1996; Vincenzino 1998). Среди других стран «семерки» Великобритания тратит на здравоохранение по меньшей мере 6,9% ВВП, а Франция и Германии — примерно по 10%. В странах Европейского союза расходы на здравоохранение неуклонно росли с 1970 г. (когда они составляли в среднем чуть больше 5% ВВП) до 1993 г. (когда они превысили 8% ВВП) (Varros 1998). Проблемы финансирования здравоохранения рассматриваются в другой книге этой серии (Mossialos et al. 2002). Здесь достаточно отметить, что страны, где финансирование осуществляется главным образом из налоговых поступлений, начиная с 1994 г. сдерживают расходы успешнее, чем страны, где здравоохранение финансируется путем страхования (Comas-Netrega 1999). В странах Центральной и Восточной Европы уровень расходов в конце

1980-х годов был почти нулевым, а в 1990-х годах он уже составлял около 5% ВВП; в странах бывшего СССР он составляет около 3% ВВП (ВНО 2001). Впрочем, следует отметить, что во многих из этих стран ВВП катастрофически снизился. В Восточной Европе больницы поглощают около 3/4 идентифицируемых средств, идущих на здравоохранение (см. главу 2). Высказываются требования переориентировать часть сжимающегося бюджета здравоохранения от больницы к первичной помощи. Долгосрочный экономический рост, в сочетании с более эффективной инкассацией доходов для здравоохранения, мог бы дать дополнительные средства, однако в среднесрочной перспективе на это надеяться нельзя. Поскольку больницы являются важнейшей строкой бюджета здравоохранения, их функционирование зависит от политических решений, определяющих размер этого бюджета; данный фактор также должен приниматься во внимание теми, кто разрабатывает политику в области здравоохранения.

Интернационализация систем здравоохранения

Среду, в которой функционируют медицинские учреждения, уже сейчас можно назвать глобальной (Frenk et al. 1997; Lee 1999). К международным аспектам здравоохранения относятся движение больных и поставщиков из одних стран в другие, поставки услуг организациями одной страны больным другой страны, создание учреждений в иностранных государствах (Frenk and Gomez-Dantes 1995). Масштаб и природа этих явлений варьируют в зависимости от региональных культурных традиций; определенную роль играет и давление, оказываемое региональными торговыми объединениями наподобие Европейского союза, Североамериканского соглашения о свободной торговле и южноамериканского «общего рынка», включающего Аргентину, Бразилию, Парагвай и Уругвай. Современное здравоохранение США все более и более откровенно работает на прибыль, поэтому деятельность американских корпораций характеризуется активной глобальной экспансией (Gomez-Dantes and Frenk 1995). В Европе внешние рыночные силы действуют не столь активно, поскольку здравоохранение основано прежде всего на идее общественной солидарности, и частные медицинские организации по большей части являются некоммерческими. Здравоохранение как таковое формально находится за рамками компетенции Европейской комиссии, однако фактически оно подчиняется многим элементам европейского законодательства (McKee et al. 1996). В европейском здравоохранении действует принцип «четырех свобод», изложенный в Римском договоре 1957 г.: речь идет о свободе движения товаров, услуг, людей и капитала. В Европе медицинская помощь, предоставляемая государством или находящаяся под государственным контролем, как правило, не считается «услугой» и, следовательно, не подпадает под действие законодательства о конкуренции. Хотя детальный анализ влияния европейского законодательства на ситуацию в здравоохранении не входит в задачи настоящей книги, мы считаем необходимым подчеркнуть значимость этого законодательства для тех, кто разрабатывает политику в области здравоохранения. Подходящий пример — недавнее постановление о том, могут ли индивиды получить компенсацию за медицинскую помощь, оказанную в другой стране (Kanavos et al. 1999). Однако наиболее влиятельными, как правило, оказываются политические меры, принятые в связи

с развитием внутреннего рынка и, значит, лишь в редких случаях становившиеся предметом обсуждения с участием министров здравоохранения. Образцом может служить введение частной контрактации для подсобного персонала в Великобритании: эта мера в значительной мере утратила свою привлекательность для нанимателей после того, как стало ясно, что они должны будут следить за соблюдением условий труда работников. Распространение принятой Европейским союзом Директивы о рабочем времени (Council of the European Union 1993) на начинающих врачей также будет иметь серьезное влияние на уровень больничных расходов (White 1996) и, возможно, на организационную структуру больниц, поскольку в итоге станет невозможно обеспечить 24-часовое обслуживание по некоторым специальностям в небольших больницах.

Транснациональные организации здравоохранения (за исключением фармацевтических и страховых компаний) лишь сравнительно недавно начали играть заметную роль в странах Европейского союза. Коммерческие медицинские корпорации, базирующиеся главным образом в США, не могут внедриться в европейские системы здравоохранения. Эти корпорации, стремясь добиться более благоприятного отношения к себе, оказывают давление на Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ); тем не менее европейские страны противодействуют их натиску, не желая допустить дестабилизацию своих систем здравоохранения. Некоторые комментаторы выразили обеспокоенность по поводу предложений ВОЗ по регулированию международной торговли услугами; одни авторы полагают, что такое регулирование может повредить странам, проводящим политику, основанную на солидарности (Price et al. 1999), тогда как другие указывают на преувеличенный характер подобных опасений (McKee and Mossialos 2000). Как бы то ни было, в данной области нужно сохранять бдительность. Политики (в том числе работающие на местном уровне) должны осознавать суть глобальных процессов, которые могут оказывать позитивное или негативное воздействие на их деятельность.

Глобальные изменения на рынке научных исследований

Благодаря развитию фундаментальных наук возникли новые возможности для междисциплинарных исследований. Последние предусматривают участие больших научных коллективов, работающих в многопрофильных учреждениях, доступ в которые открыт для очень большого числа людей. Большие коллективы должны также конкурировать на международных рынках за финансирование исследовательских проектов и за привлечение талантливых научных кадров. Существует напряженная конкуренция между университетами за государственное финансирование биомедицинских исследований через посредничество таких организаций, как Национальный институт здоровья в США, Медицинский исследовательский совет в Великобритании и INSERM во Франции. Не меньшее значение имеет развитие исследований, финансируемых промышленностью (Meurer et al. 1998), особенно крупными компаниями, которые в поисках наиболее эффективно работающих исследовательских коллективов согласны финансировать не только университеты. Работающие по контракту коммерческие исследовательские организации ныне успешно конкурируют с академическими больницами.

Некоторые страны предпочитают финансировать не столько определенные проекты, сколько масштабные стратегические программы. В итоге академические больницы ныне должны иметь по возможности солидный и хорошо подготовленный состав сотрудников и быть открыты для очень большого числа больных — иначе они рискуют проиграть борьбу с конкурентами внутри страны и за границей.

Многие больницы, связанные с университетами, традиционно субсидируют свою научную работу из средств, выплачиваемых больными за лечение. Судя по опыту США, это может оказаться менее приемлемым в условиях растущей конкуренции в здравоохранении (McKee and Mossialos 1998). Все эти процессы имеют большое значение для будущего больниц при высших учебных заведениях.

Реакция на неопределенность

Как показано в предшествующей главе, хотя больничные системы могут сокращаться в размерах (по меньшей мере по такому показателю, как числооек), размах и масштаб деятельности больниц растет. Направленность эволюции различных типов больниц предугадать трудно, однако непосредственное будущее «больницы» как таковой представляется достаточно надежным.

Некоторые из недавних тенденций, судя по всему, сохранятся (по меньшей мере в индустриальных странах). Среди этих тенденций — дальнейшее снижение продолжительности пребывания в больнице, новые усилия по управлению качеством лечения, более активное использование таких альтернатив, как амбулаторное лечение, однодневная госпитализация и лечение на дому (Braithwaite 1997; Komesaroff et al. 1997). Дальнейшие перемены в деятельности больниц предугадать трудно; ясно, однако, что активные перемены будут происходить и далее. Один из авторов представляет больницу будущего (по меньшей мере ближайшего будущего) следующим образом:

Больница для лечения острых случаев будет заниматься главным образом теми больными, которые имеют шанс излечиться. Проблемы стационарных больных со временем будут усложняться; заболеваемость сразу несколькими болезнями будет расти. Специализированных подразделений для серьезно больных станет больше. Отделы неотложной помощи уже сейчас преимущественно занимаются серьезно больными, а не предоставляют первичную медицинскую помощь; операционные отделения осуществляют сложнейшие процедуры для стационарных больных. В итоге потребность в койках для интенсивной терапии растет, тогда как общее числооек для лечения острых случаев снижается, поскольку больные, не требующие строгого постельного режима и страдающие менее серьезными заболеваниями, лечатся в других учреждениях (Hillman 1999:326).

Ключевая задача настоящей главы — обратить внимание на моменты неопределенности в планировании работы больниц, в том числе на возможность непредвиденных последствий даже в тех случаях, когда планы разработаны, казалось бы, самым тщательным образом. Возникающие проблемы весьма серьезны, ибо больницы — это крупные основные фонды, рассчитанные на длительное функционирование. Время, отпущенное на разработку планов, получение финансирования и постройку здания может составлять много лет. К моменту официального открытия больницы она уже может устареть. Как было показано в настоящей главе, некоторые факторы можно предви-

деть более или менее уверенно, другие можно оценить как вероятные, тогда как третьи могут возникнуть совершенно неожиданно. Задача заключается в том, чтобы учесть все предсказуемые факторы и предоставить свободу неожиданным. Структура должна быть достаточно гибкой, чтобы ее можно было приспособить к разного рода непредсказуемым моментам и непредвиденным последствиям.

Тенденции, влияющие на состав населения и на заболеваемость, по-видимому, могут быть предсказаны более или менее надежно. Методы демографического планирования разработаны достаточно хорошо; они могут использоваться для прогнозирования как спроса на медицинское обслуживание, так и предложения кадров. Учитывая динамику изменений возрастного состава населения, можно прогнозировать — впрочем, соблюдая необходимую осторожность, — дальнейшие тенденции развития многих болезней (Robertson and Boyle 1998). Исследования, осуществленные с применением этих методов, показывают, что заболеваемость ишемической болезнью сердца во многих странах севера Европы будет продолжать падать, а заболеваемость раком легких среди женщин в странах Южной Европы будет расти; все это окажет определенное влияние на здравоохранение.

Прогнозировать воздействие технического прогресса или международной экономической и политической среды на больницы — задача более рискованная. Впрочем, и здесь некоторые тенденции могут быть предугаданы с достаточной уверенностью. Однако если мы попытаемся, основываясь на этих соображениях, создать модель больницы будущего, мы непременно попадем на

Рамка 3.2. Прогнозирование программ в Западной Европе

Нидерланды

Нидерландский комитет по разработке будущих сценариев в здравоохранении, учрежденный в 1984 г., объединил политиков, чиновников, академических ученых и частных предпринимателей. Проекты, основанные на таких методах, как обзоры литературы, упражнения Дельфи и моделирование, использовались для исследования определенных тем, которые затем подвергались широкому обсуждению. Комитет выпустил подробные отчеты на конкретные темы — например, о медицинской технологии и о борьбе с определенными болезнями — и существенно обогатил методологию прогнозирования.

Великобритания

Британская программа прогнозирования стремится воссоздать образ будущего, предугадать возможные потребности и угрозы и решить, как нужно подготовить общество к новым вызовам. Программа устанавливает связи между бизнесом, наукой и правительством и сводит воедино знания и опыт множества компетентных людей. Программа, разработанная в 1994 г., явилась результатом масштабного обзора правительственной политики в области науки и техники. Первые прогнозы и рекомендации были опубликованы в 1995 г.; дальнейшие 4 года были посвящены разработке и внедрению необходимых мер. В настоящее время готовится новый цикл прогнозов в области здравоохранения; всесторонне учитываются такие аспекты, как прогресс генетики человека, медикаменты, биотехнология и медицинская технология, трансплантация органов, организация здравоохранения и предоставление медицинской помощи, взаимоотношения государства и больных, положение стариков, информация, нейропсихиатрия, влияние глобальной среды на здоровье и здравоохранение.

Источники: Schreuder (1995) и Британская программа прогнозирования (United Kingdom Foresight programme), <http://www.foresight.gov.uk> (21 января 2001 г.).

зыбкую почву неопределенностей. Иллюстрацией может служить модель, разработанная для Парижской университетской больницы (Jolly and Gerbaud 1992). Будущее, скорее всего, принадлежит методам, которые объединяют количественные модели того, что может быть предугадано, и согласованные суждения о том, что носит менее определенный характер (Garrett 1999). Число работ, в которых эти методы использованы для систематического анализа будущих сценариев, растет (рамка 3.2).

Библиография

- Armstrong, M. (1991) *A Handbook of Personnel Management*. London: Kogan Page.
- Ayliffe, G.A.J., Babb, J.R. and Taylor, L.J. (1999) *Hospital-acquired Infection: Principles and Prevention*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Bakker, A. and Leguit, F. (1999) Evolution of an integrated HIS in the Netherlands, *International Journal of Medical Informatics*, 54:209-24.
- Barros, P.P. (1998) The black box of health care expenditure growth determinants, *Health Economics*, 7(6): 533-44.
- Braithwaite, J. (1997) The 21st-century hospital, *Medical Journal of Australia*, 166:6.
- Buchan, J. and Edwards, N. (2000) Nursing numbers in Britain: the argument for workforce planning, *British Medical Journal*, 320:1067-70.
- Carballo, M., Divino, J.J. and Zeric, D. (1998) Migration and health in the European Union, *Tropical Medicine and International Health*, 3(12): 936-44.
- Chappel, A.G. (1995) Patients have rising expectations, *British Medical Journal*, 310:867-8.
- Comas-Herrera, A. (1999) Is there convergence in the health expenditures of the EU Member States?, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Council of the European Union (1993) Council Directive 93/104/EC of 23 November 1993 concerning certain aspects of the organization of working time, *Official Journal of the European Communities*, L307(13/12/1993): 18-24.
- Coulter, A., Peto, V. and Doll, H. (1994) Patients' preferences and general practitioners' decisions in the treatment of menstrual disorders, *Family Practice*, 11:67-74.
- Dornbusch, K., King, A. and Legakis, N. (1998) Incidence of antibiotic resistance in blood and urine isolates from hospitalized patients. Report from a European collaborative study. European Study Group on Antibiotic Resistance (ESGAR), *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 30:281-8.
- Enthoven, A.C. and Singer, S.J. (1996) Managed competition and California's health care economy, *Health Affairs (Millwood)*, 15(1): 39-57.
- Evandrou, M. (1997) *Baby Boomers: Ageing in the 21st Century*. London: Age Concern England.
- Fahey, T. and Fitzgerald, J. (1997) *Welfare Implications of Demographic Trends*. Dublin: Oak Tree Press in association with Combat Poverty Agency.
- Farmer, P.E., Reichman, L.B. and Iseman, M.D. (1999) *The Global Impact of Drug Resistant Tuberculosis*. Boston, MA: Harvard Medical School/Open Society Institute.
- Frenk, K. and Gomez-Dantes, O. (1995) Global integration and health, in P. Freeman, O. Gomez-Dantes and J. Frenk (eds) *Health Systems in an Era of Globalization: Challenges and Opportunities for North America*. Mexico City: Institute of Medicine (USA)/ National Academy of Medicine (Mexico).

- Frenk, J., Sepulveda, J., Gomez-Dantes, O., McGuinness, M.J. and Knaul, F. (1997) The future of world health: the new world order and international health, *British Medical Journal*, 314:1404.
- Fuchs, V.R. (1984) Though much is taken: reflections on aging, health, and medical care, *Millbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 62:143-66.
- Garrett, M.J. (1999) *Health Futures: A Handbook for Health Professionals*. Geneva: World Health Organization.
- Gebo, K.A., Chaisson, R.E., Folkemer, J.G., Bartlett, J.G. and Moore, R.D. (1999) Costs of HIV medical care in the era of highly active antiretroviral therapy, *AIDS*, 13(8): 963-9.
- Gomez-Dantes, O. and Frenk, J. (1995) NAFTA and health services: initial data, in P. Freeman, O. Gomez-Dantes and J. Frenk (eds) *Health Systems in an Era of Globalization: Challenges and Opportunities for North America*. Mexico City: Institute of Medicine (USA)/ National Academy of Medicine (Mexico).
- Green, A. and Owen, D. (1995) The labour market aspects of population change in the 1990s, in R. Hall and P. White (eds) *Europe's Population: Towards the Next Century*. London: UCL Press.
- Grundy, E. (1997) The health and health care of older adults in England and Wales 1841-1994, in J. Charlton and M. Murphy (eds) *The Health of Adult Britain 1841- 1994*. London: The Stationery Office.
- Hajioff, S. and McKee, M. (2000) The health of the Roma people: a review of the published literature, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(11): 864-9.
- Harrison, A. and Prentice, S. (1996) *Acute Futures*. London: King's Fund.
- Hillman, K. (1999) The changing role for acute care hospitals, *Medical Journal of Australia*, 170(7): 325-9.
- Jensen, D.M. (1986) Economic and health aspects of peptic ulcer disease and H2-receptor antagonists, *American Journal of Medicine*, 81:42-8.
- Jinks, C., Ong, B.N. and Paton, C. (2000) Mobile medics? The mobility of doctors in the European Economic Area, *Health Policy 2000*, 54:45-64.
- Jolly, D. and Gerbaud, L. (1992) *The Hospital of Tomorrow: Current Concerns*, SHS Paper No. 5, Division of Strengthening Health Services. Geneva: World Health Organization.
- Kammerling, M. and Banatvala, N. (2001) Tuberculosis hospitals in the Russian Federation, in M. McKee and J. Healy (eds) *Implementing Hospital Reforms in Eastern Europe*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Kanavos, P. and Yfantopoulos, J. (1999) Cost containment and health expenditure in the EU: a macroeconomic perspective, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Kanavos, P.G., McKee, M. and Richards, T. (1999) Cross border health care in Europe: European court rulings have made governments worried, *British Medical Journal*, 318:1157-8.
- Khaw, K.T. (1999) How many, how old, how soon?, *British Medical Journal*, 319:1350-2.
- Klein, N. (2000) *No Logo*. London: Flamingo.
- Komesaroff, P.A., Clunie, G.J. and Duckett, S.J. (1997) What is the future of the hospital system?, *Medical Journal of Australia*, 166:17-23.
- Krause, R.M. (1992) The origin of plagues: old and new, *Science*, 257:1073-8.
- Kuh, D. and Ben Shlomo, Y. (1997) *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology Tracing the Origins of Ill-health from Early to Adult Life*. Oxford: Oxford University Press.

- Lee, K. (1999) Globalisation and the need for a strong public health response, *European Journal of Public Health*, 9:249-50.
- Leon, D., Chenet, L., Shkolnikov, V.M. et al. (1997) Huge variation in Russian mortality rates 1984-1994: artefact, alcohol, or what?, *Lancet*, 350:383-8.
- Lubitz, J., Beebe, J. and Baker, C. (1995) Longevity and medical care expenditures, *New England Journal of Medicine*, 332:999-1003.
- Maher, D., van-Gorkom, J.L., Gondrie, P.C. and Raviglione, M. (1999) Community contribution to tuberculosis care in countries with high tuberculosis prevalence: past, present and future, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3:762-8.
- Martens, W., Kovats, R., Nijhof, S. et al. (1999) Climate change and future populations at risk of malaria, *Global Environmental Change*, 9: S89-S107.
- Mattson, S. and Lew, L. (1992) Culturally sensitive prenatal care for Southeast Asians, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 21(1): 48-54.
- McGrail, K., Green, B., Barer, M.L. et al. (2000) 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*, 29:249-53.
- McKee, M. (1995) 2020 vision, *Journal of Public Health Medicine*, 17:127-31.
- McKee, M. and Mossialos, E. (1998) The impact of managed care on clinical research, *Pharmacoeconomics*, 14:19-25.
- McKee, M. and Mossialos, E. (2000) Seattle and the World Trade Organization: potential implications for the NHS, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93:109-10.
- McKee, M., Mossialos, E. and Belcher, P. (1996) The impact of European Union law on national health policy, *Journal of European Social Policy*, 6:263-86.
- McKeigue, P.M., Shah, B. and Marmot, M.G. (1991) Relation of central obesity and insulin resistance with high diabetes prevalence and cardiovascular risk in South Asians, *Lancet*, 337(8738): 382-6.
- McMichael, A. and Haines, A. (1997) Climate change and potential impacts on human health, *British Medical Journal*, 315:805-9.
- Meerding, W.J., Bonneaux, L., Polder, J. et al. (1998) Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study, *British Medical Journal*, 317:111-15.
- Mendelson, D.N. and Schwartz, W.B. (1993) Effects of aging and population growth on health care costs, *Health Affairs (Millwood)*, 12:119-25.
- Meyer, M., Genel, M., Altman, R.D., Williams, M.A. and Allen, J.R. (1998) Clinical research: assessing the future in a changing environment. Summary report of conference sponsored by the American Medical Association Council on Scientific Affairs, Washington, DC, March 1996, *American Journal of Medicine*, 104:264-71.
- Morgan, R.A. and Blaese, M.R. (1999) Gene therapy: lessons learnt from the past decade, *British Medical Journal*, 319:1310.
- Mossialos, E. and Le Grand, J. (eds) (1999) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J.E. and Kutzin, J. (2002) *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Murphy, S. (1998) Does new technology increase or decrease health care costs? The treatment of peptic ulceration, *Journal of Health Services Research and Policy*, 3:215-18.
- National Audit Office (2000) *The Management and Control of Hospital Acquired Infection in Acute NHS Trusts in England*. London: The Stationery Office.
- Neuberger, J. (2000) The educated patient: new challenges for the medical profession, *Journal of Internal Medicine*, 247:6-10.

OECD (1998) *OECD Health Data 98: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Peto, R., Chen, Z.M. and Boreham, J. (1999) Tobacco - the growing epidemic, *Nature Medicine*, 5:15-17.

Platt, L. and McKee, M. (2000) Observations on the management of sexually transmitted diseases in the Russian Federation: a challenge of confidentiality, *International Journal of STD and AIDS*, 11:563-7.

Plowman, R.M., Graves, N. and Roberts, J.A. (1997) *Hospital Acquired Infection*. London: Office of Health Economics.

Plowman, R., Graves, N., Griggin, M. et al. (1999) *The Socioeconomic Burden of Hospital Acquired Infection*. London: Central Public Health Laboratory.

Porter, R. (1997) *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. London: HarperCollins.

Posnett, J., Baghurst, A. and Place, M. (1998) *The Rise in Emergency Admission Project: Final Report*. York: University of York, Coventry Business School, Plymouth University.

Poulson, K.B., Bremmelgaard, A., Sorensen, A.I. and Raahave, J.V. (1994) Estimated costs of postoperative wound infections: A case-control study of marginal hospital and social security costs, *Epidemiological Infection*, 113(2): 283-95.

Price, D., Pollock, A.M. and Shaoul, J. (1999) How the World Trade Organization is shaping domestic policies in health care, *Lancet*, 354:1889-92.

Robertson, C. and Boyle, P. (1998) Age-period-cohort analysis of chronic disease rates. I: Modelling approach, *Statistics in Medicine*, 17:1305-23.

Schmeidl, S. (1997) Exploring the causes of forced migration: a pooled time-series analysis, 1971-1990, *Social Science Quarterly*, 78:284-308.

Schreuder, R. (1995) Health scenarios and policy-making: lessons from the Netherlands, *Futures*, 27:959-66.

Scitovsky, A.A. (1988) Medical care in the last twelve months of life: the relation between age, functional status, and medical care expenditures, *Millbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 66:640-60.

Shkolnikov, V., McKee, M., Leon, D. and Chenet, L. (1999) Why is the death rate from lung cancer falling in the Russian Federation?, *European Journal of Epidemiology*, 15:203-6.

Singer, B.H. and Manton, K.G. (1998) The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95(26): 15618-22.

Soares, S., Kristinsson, K.G., Musser, J.M. and Tomasz, A. (1993) Evidence for the introduction of a multiresistant clone of serotype 6B *Streptococcus pneumoniae* from Spain to Iceland in the late 1980s, *Journal of Infectious Diseases*, 168:158-63.

Swartz, M.N. (1995) Hospital-acquired infections: diseases with increasingly limited therapies, in B. Roizman (ed.) *Infectious Diseases in an Age of Change: The Impact of Human Ecology and Behaviour on Disease Transmission*. Washington, DC: National Academy Press.

Torgerson, D.J., Maynard, A.K. and Gosden, T. (1998) International comparisons of health-care expenditure: a dismal science?, *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 91:69-70.

Tunstall-Pedoe, H., Kuulasmaa, K., Mahonen, M. et al. (1999) Contribution of trends in survival and coronary event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10 year results from 27 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease, *Lancet*, 353:1547-57.

United Nations Population Division (1995) *World Population Prospects: The 1994 Revision*. New York: United Nations.

United Nations Population Division (1998) *World Population Prospects: The 1998 Revision*. New York: United Nations.

Van Bommel, J. and Musen, M.E. (1997) *Handbook of Medical Informatics*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Victor, C.R., Healy, J., Thomas, A. and Seargeant, J. (2000) Older patients and delayed discharge from hospital, *Health and Community Care*, 8(6): 443-52.

Vincenzino, J.V. (1998) Trends in medical care costs — evolving market forces, *Statistical Bulletin of the Metropolitan Insurance Company*, 79:8-15.

Walker, A. and Maltby, T. (1997) *Ageing Europe*. Buckingham: Open University Press.

Wellings, K. (1994) Assessing AIDS/HIV prevention: what do we know in Europe? General population, *Sozial- und Praventivmedizin*, 39: S14-S46.

White, C. (1996) Britain fails to stop 48 hour week limit, *British Medical Journal*, 313:1283.

Will, R.G., Ironside, J.W., Zeidler, M. *et al.* (1996) A new variant of Creutzfeldt-Jakob disease in the UK, *Lancet*, 347:921-5.

Wilson, C.B. (1999) The impact of medical technologies on the future of hospitals, *British Medical Journal*, 319:1287.

WHO (1996) Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Weekly Epidemiological Record*, 71(10): 73-80.

WHO (1997) *Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes*, document WHO/TB/97.220. Geneva: World Health Organization.

WHO (1999) *Removing Obstacles to Healthy Development*, document WHO/CDS/99.1. Geneva: World Health Organization.

WHO (2001) *WHO European Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Zatonski, W.A., McMichael, A.J. and Powles, J.W. (1998) Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991, *British Medical Journal*, 316:1047-51.

Zuckerman, A.J. (1996) Alphabet of hepatitis viruses, *Lancet*, 347:558-9.

Zweifel, P., Felder, S. and Meiers, M. (1999) Ageing of population and health care expenditure: a red herring?, *Health Economics*, 8(6): 485-96.

глава ЧЕТВЕРТАЯ

Роль и функция больниц

Джудит Хили и Мартин Макки

Введение

В настоящей главе рассматриваются различные возможные роли и функции больницы в зависимости от ее типа, от ее места в системе здравоохранения и от ее взаимоотношений с другими медицинскими службами. Лица, ответственные за разработку политики в области здравоохранения, чаще всего задаются следующими вопросами: насколько значительную часть населения должна обслуживать отдельно взятая больница? сколько больных, коек и специализаций она должна содержать? где должна проходить граница между больницей и другими медицинскими учреждениями? Ответы зависят от того, каких ценностей придерживается тот, кто задает эти вопросы, и какие цели он перед собой ставит. В ряде случаев цели могут конкурировать друг с другом, и их приходится приводить к равновесию. Так, хирурги могут быть заинтересованы в больших больницах с многочисленным клиническим персоналом и сложным оборудованием, тогда как для общественности важнее, чтобы больницы располагались как можно ближе к месту жительства тех, кого они призваны обслуживать. Данные, обобщенные в настоящей главе, могут способствовать принятию оптимальных решений.

Функции больниц, предназначенных для лечения острых случаев

Центральная функция больницы — лечить больных. Вместе с тем анализ нельзя ограничивать только этой функцией (рис. 4.1). Больница может быть также важным местом для обучения и проведения исследований, она может активно

поддерживать окружающую ее систему медицинских учреждений. Более того, больница может служить важным источником рабочих мест и играть ряд общественно значимых ролей. Ожидания, связанные с каждой из этих ролей, заметно влияют на организацию больницы и на структурирование связей больницы с ее окружением.

Рисунок 4.1. Функции больницы



Лечение больных

Лечение больных — определяющая характеристика больницы, предназначенной для лечения острых случаев. Важнейшие аспекты этой характеристики сводятся к следующему: срочное или плановое лечение, стационарное или амбулаторное лечение, лечение острых случаев или реабилитация. Однако типология больных, обслуживаемых больницами, может варьировать в достаточно широких пределах, о чем свидетельствуют приведенные примеры. Во многих странах с высоким уровнем доходов службы долгосрочного ухода выводятся за пределы больниц, о чем было сказано в главе 2. В некоторых странах больные могут сами обращаться в больницу, тогда как в системе британской Государственной службы здравоохранения привилегия направлять больных к врачам-специалистам принадлежит врачам общей практики. В большинстве стран больницы играют важную роль в предоставлении амбулаторного лечения больным со слож-

ными случаями; вместе с тем в Германии до недавнего времени амбулаторные больные почти всегда лечились вне больничных стен (их лечением, как правило, занимались врачи-специалисты, работающие в собственных кабинетах). Настоящий раздел посвящен тому, как меняется лечение больных в больницах разных стран Европы.

Стационарное лечение

Стационарное лечение остается важнейшей функцией больницы. Хотя общее число больничных коек в Западной Европе снизилось (глава 2), прием больных неуклонно растет благодаря тому, что больше людей поступает в больницы на относительно короткий период интенсивного лечения. В странах Европейского союза средняя продолжительность пребывания больного в больнице снизилась с 16,5 дня в 1970 г. до 8,6 дня в 1996 г.; в некоторых странах она достигла 6 дней или даже меньше (WHO 2001).

Эти перемены имеют большое значение. Продолжительность пребывания среднестатистического больного в больнице сокращается, а население в целом стареет; это значит, что ныне больничные койки занимают главным образом больные, находящиеся в относительно тяжелом состоянии, а благодаря новой технологии появляется возможность применять более сложные методы лечения (глава 3). Так, в западноевропейской больнице 1980-х годов больной с инфарктом миокарда едва ли мог рассчитывать на нечто большее, чем наблюдение и постельный режим; ныне же такой больной может рассчитывать на тромболитический, возможно, на срочную коронарную ангиопластику. Меняющаяся структура лечения делает необходимыми структурные преобразования в больницах: уменьшение числа коек должно сопровождаться приумножением современного рентгеновского, эндоскопического и хирургического оборудования. Необходимо также по-новому подбирать кадры: ведь современная больница нуждается в работниках с высокой технической квалификацией (например, в специалистах по эндоскопии, не обязательно имеющих медицинское образование) и в квалифицированных руководителях, способных управлять сложной структурой лечебного учреждения. В то же время больницы должны реагировать на изменения в ожиданиях больных. Раньше больные воспринимали как должное палаты с длинными рядами коек, ныне же в богатых странах многие больные не соглашались лежать даже в четырехместных палатах, предпочитая им одноместные комнаты.

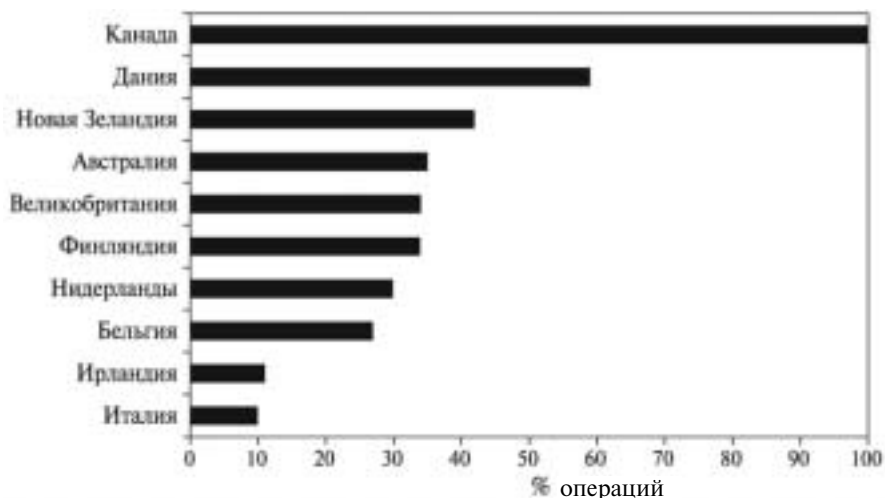
Амбулаторное лечение

В понятие «амбулаторное лечение» входит целый ряд разнообразных родов деятельности, включая услуги соответствующих клиник, различные сложные формы лечения (диализ, химиотерапия и др.) и производимые в амбулаторных условиях хирургические операции. Амбулаторное лечение расширяется не только благодаря оттоку больных из стационара, но и благодаря тому, что спрос на амбулаторное лечение растет по мере развития методов диагностики и лечения. Сравнительная статистика по амбулаторным консультациям носит фрагментарный характер, однако во многих странах отмечается стабильный рост.

Как ни странно, до последнего времени роль амбулаторного лечения в различных системах здравоохранения почти не исследовалась (Vertman 2000); мало внимания уделялось и вопросам управления службами, предоставляющими амбулаторное лечение. Традиционная модель, когда больные пользуются услугами клиники, специфика которой определяется специальностью ее главного врача (хирургия, терапия, гинекология и т. п.), уступает место модели, предполагающей интеграцию множеств индивидов со сходными случаями. Об этом свидетельствует рост числа клиник, предоставляющих полный комплект услуг по той или иной специальности; в клиниках такого рода больные, страдающие, скажем, опухолью в груди или кишечным кровотечением, могут пройти полный цикл диагностических процедур в течение одного визита (Waghorn et al. 1997).

Число амбулаторных операций выросло благодаря развитию краткосрочной анестезии и совершенствованию методов хирургического вмешательства. Это означает, что многие процедуры ныне могут осуществляться без того, чтобы больные оставались в больнице хотя бы на одну ночь. Хотя сравнительные данные по разным странам скудны и не всегда поддаются систематизации, представляется, что перемены в данном аспекте происходят неравномерно, о чем свидетельствует пример операций по удалению катаракты (рис. 4.2).

Рисунок 4.2. Процент операций по удалению катаракты, осуществленных амбулаторно, в 10 индустриальных странах (данные по последнему году, по которому имеется информация)



Источник: Poullier (2000).

По-видимому, число амбулаторных операций во многих странах будет продолжать расти; вместе с тем здесь, как и в случае числа больничных коек, возможности для перемен ограничены. Некоторые комментаторы рассматривают США как образец того, насколько технический прогресс позволяет вывести лечение за пределы больничных стен. При этом упускается из виду финансовый момент: ведь происшедший сдвиг явился реакцией на введение в начале 1980-х годов перспективной оплаты, которая ограничила прибыли от стационарного лечения, но позволила расходам на амбулаторное лечение вырасти. Эта тенденция ускори-

лась под давлением организаций «управляемой медицины»; вместе с тем многие штаты США в настоящее время принимают законы, позволяющие больным в некоторых случаях выбирать между амбулаторной и больничной хирургией.

Рост масштабов амбулаторного лечения влияет на структуру больниц и комплектацию больничных кадров. Клиники, предоставляющие амбулаторное лечение, должны быть организованы так, чтобы в них могли функционировать новые модели интегрированного лечения. Например, оптимальная терапия опухолей груди предполагает наличие коллектива, состоящего из хирургов, рентгенологов и цитологов. Отношение числа операционных к числу коек должно вырасти, а некоторые палаты традиционного типа могут быть преобразованы для использования исключительно днем. Важно, что такие новые модели лечения предполагают высокий уровень организации; в частности, механизмы передвижения больных по больнице должны быть смоделированы не столько по образцу традиционных очередей, сколько по образцу продажи авиабилетов (Waghorn and McKee 2000). Эти проблемы подробно рассматриваются в главе 5.

Благодаря отмеченным переменам новые формы амбулаторного лечения (включая амбулаторную хирургию) ныне могут предоставляться в специальных учреждениях, функционирующих отдельно от традиционных больниц. Такие центры амбулаторного лечения могут быть оборудованы не на том же уровне, что и больницы, принимающие больных в критическом состоянии. Вдобавок они снимают проблему приема больных, требующих срочного лечения, на койки, предназначенные для менее неотложных случаев. Это обычная причина отмены операций и, следовательно, удлинения очередей в системах, которые уже работают на пределе своих возможностей. Центры амбулаторного лечения могут быть более рассредоточены по соответствующей территории, чем больницы, предназначенные для лечения острых случаев; тем самым можно упростить доступ населения к медицинским услугам. Вместе с тем такие центры должны обладать достаточным запасом структурной прочности, чтобы справиться с трудностями, которые неизбежно возникнут вне зависимости от того, насколько тщательно производится отбор больных. Руководителям таких центров следует иметь в виду также контекст их функционирования, включая уровень подготовки специалистов, качество оборудования и наличие механизмов социальной поддержки больных после выписки.

Лечение неотложных случаев

Второй аспект характеристики больницы заключается в дифференциации между плановым и срочным лечением (отделения скорой помощи, в том числе для пострадавших от несчастных случаев). Лечение неотложных случаев — важнейшая функция больницы (или, если верить телевизионным фильмам, их единственная функция). Срочное лечение в больнице спасает жизни, однако только в тех случаях, когда состояние больных стабилизировано, когда их удалось доставить в больницу быстро, когда предоставляемое им лечение адекватно серьезности случая. Ниже будет показано, что организация неотложной помощи страдает из-за ряда ложных представлений (Gleeson 2000).

Дискуссия об организации неотложной помощи развивалась под влиянием следующего открытия: в США среди лиц, умерших от травм, только около 50% погибает сразу, поскольку их травма несовместима с жизнью, 30% умирает

между первым и четвертым часами от предотвратимых причин, а 20% умирает от позднейших осложнений (Trunkey 1983). Хотя аналогичные данные по другим странам отсутствуют, вполне возможно, что предотвратимая смертность от травм выше в тех частях Европы, где службы неотложной помощи развиты слабо. То обстоятельство, что многие смертные случаи могли бы быть предотвращены, стимулировало поиск стратегий, направленных на повышение результативности лечения, однако меры, которые в теории являются действенными, могут на практике оказаться бесплодными.

Один из подходов предполагает участие среднего медицинского персонала, специально подготовленного для оказания неотложной помощи в угрожающих для жизни ситуациях. Раннее вмешательство, по идее, должно снизить смертность, однако исследования по Великобритании показывают, что жертвы травм, получающие помощь от среднего медицинского персонала служб скорой помощи, умирают чаще, чем те, кому помогает обычная скорая помощь. Были выдвинуты два объяснения. Во-первых, процесс реанимации задерживает перенос пострадавшего в больницу; во-вторых, улучшение тканевого кровотока повышает риск кровотечения по пути в больницу (Nicholl et al. 1998). Это не значит, что персонал скорой помощи не нужно обучать основам реанимации; с другой стороны, вопрос о том, нужно ли проводить реанимационные действия на месте происшествия или больного необходимо срочно везти в больницу, предстает довольно сложным.

Другой подход заключается в том, что на место происшествия должен прибыть врач. Можно ли доставить врача достаточно быстро? Вообще говоря, вертолеты уступают в скорости наземному транспорту; они эффективнее последнего только в тех случаях, когда речь идет о доставке людей или грузов в труднопроходимую местность (McKee et al. 1993a,b). Перевозка травматологических групп вертолетом может повысить шансы на выживание для небольшого числа серьезно травмированных больных, однако группы медиков, перевозимые наземным транспортом, не менее эффективны (Steedman 1990).

Создание специальных травматологических центров привело к снижению смертности от несчастных случаев в США (Mullins et al. 1994). Эти центры характеризуются тремя признаками. Во-первых, старший медицинский персонал, представляющий ряд специальностей, находится на месте постоянно. Во-вторых, эти центры тесно взаимодействуют со службами скорой помощи. В-третьих, через каждый такой центр еженедельно проходят 10-20 серьезно травмированных больных (American College of Surgeons Committee on Trauma 1990). Поскольку в Европе уровень насилия и количество находящегося в частных руках огнестрельного оружия ниже, трудно ожидать, что в европейских больницах число случаев будет столь же высоким. В Великобритании травматологическое учреждение, созданное на основе американской модели, не показало той результативности, которой от него ожидали (Nicholl and Turner 1997). Такая модель может оказаться неподходящей для других стран Европы.

Во всех этих случаях формы вмешательства, которые с точки зрения здравого смысла должны были бы давать осязаемые результаты, оказываются неэффективными, будучи применены в неподходящей обстановке. Следовательно, методологию вмешательства нужно разрабатывать с учетом национального контекста. То, что в одном контексте считается неотложной помощью, в другом контексте может означать нечто иное. В некоторых странах, прежде всего в республиках бывшего СССР, были созданы автономные больницы неотложной помощи; на-

пример, в Казахстане в 1997 г. функционировали 42 такие больницы (Kulzhanov and Nealy 1999). Однако их нельзя сравнивать с североамериканскими травматологическими центрами; очень немногие из них оснащены современным диагностическим и терапевтическим оборудованием и имеют в своем штате достаточное количество врачей-специалистов. Существование таких учреждений — препятствие для развития хорошо оснащенных современных больниц общего профиля, предоставляющих интегрированный пакет медицинских услуг.

В большинстве отделений неотложной помощи больные с серьезными травмами составляют небольшую часть всех случаев; многие случаи могут быть квалифицированы как легкое недомогание. Иначе говоря, отделения неотложной помощи до известной степени выполняют функцию первичной помощи, что нежелательно (Lang et al. 1996). Работники больниц считают многие из таких случаев несерьезными или не соответствующими профилю их учреждения. С другой стороны, больные допускают, что подобное смешение первичной и неотложной помощи вполне может быть уместным (Calnan 1984). Один из методов «фильтрации» менее серьезных случаев заключается в создании автономных учреждений по лечению незначительных повреждений (Dale and Dolan 1996). Поскольку такие учреждения не обязательно должны находиться в стенах больниц, они могут быть легко доступны для больных. Другой метод — использование в отделениях неотложной помощи врачей первичной помощи, способных, по сравнению с младшими больничными врачами, предоставить более эффективную и экономичную помощь: ведь более опытные врачи не испытывают необходимости в многочисленных ненужных анализах (Dale et al. 1996).

Еще один метод — организация ухода за больными с легкими недомоганиями вне больничных стен. Так, в Великобритании существует общенациональная служба консультаций по телефону, причем консультации предоставляются квалифицированными медсестрами (Pencheon 1998). Большинство больных одобряет деятельность этой службы, однако она не привела к снижению спроса на больничное лечение или первичную помощь (Munro et al. 2000); кроме того, телефонные консультации, несмотря на использование стандартных протоколов, весьма разнообразны (Florin and Rosen 1999).

Неотложная помощь наделена свойствами сложной системы. Ее эффективность зависит от множества внешних факторов; последствия вносимых в нее изменений часто непредсказуемы; выполняемые ею функции многообразны; она предоставляется как в случае серьезных травм, так и в случае незначительных недомоганий. Лица, ответственные за политику в области здравоохранения, должны иметь в виду, что многие люди умирают по пути в больницу или уже в больнице, где нет систем, способных их спасти. Аргументы в пользу широкого использования таких дорогостоящих методов, как эвакуация пострадавших с помощью вертолетов или строительство специализированных травматологических центров, не кажутся достаточно убедительными. Важно точно определить те факторы, которые способствуют смертности от предотвратимых причин; этому может служить систематический анализ смертности от травм (Yates et al. 1992). Результаты такого анализа позволят разработать систему подходящих для данных условий, целенаправленных мер. Среди возможных мер — пересмотр действующих больничных протоколов, более интенсивное использование многопрофильных травматологических групп, улучшение телефонной связи в сельской местности. На менее серьезные случаи также следует реагировать с учетом местных условий. В частности,

следует иметь в виду точку зрения больного — ведь случай, который с профессиональной медицинской точки зрения выглядит пустяковым, может казаться больному в высшей степени серьезным и требующим тщательного обследования и высококвалифицированного лечения.

Реабилитация

Нам остается рассмотреть еще один элемент лечения больного — реабилитацию. Традиционная пассивная модель постепенного возвращения к нормальной жизни, с длительными периодами постельного режима, недостаточно результативна. Значительно лучшие результаты приносят программы активной реабилитации, предполагающие помощь со стороны многопрофильных групп врачей (Dickinson and Sinclair 1998). Образцом может служить деятельность многопрофильных групп по реабилитации после инсульта (Langhorne et al. 1993). Вопрос о том, следует ли предпринимать реабилитацию еще во время пребывания больного в больнице, должен решаться в зависимости от конкретных обстоятельств. Дневные больницы позволяют больным возвращаться домой по вечерам; в случае пожилых больных это не обязательно приводит к лучшим результатам, чем реабилитация в стационаре (Forster et al. 1999). Другая альтернатива — реабилитация в домашних условиях; в отсутствие эмпирических исследований трудно сказать, насколько она выгоднее и результативнее, чем реабилитация в дневных центрах или больницах (Hensher et al. 1996). Реабилитацию нужно рассматривать не столько как пассивный, сколько как активный процесс, направленный на решение определенных задач для больного. Эти проблемы обсуждаются в гл. 5.

Обучение и научные исследования

Обучение, исследования и лечение тесно взаимосвязаны. Система здравоохранения не может существовать без притока квалифицированного персонала и без приумножения научного знания. Учиться и заниматься наукой можно только при наличии должным образом оборудованных медицинских учреждений. Клиники при высших учебных заведениях — ключевой элемент любой системы здравоохранения. Такие клиники прямо влияют на уровень подготовки выпускников и оказывают косвенное воздействие на систему здравоохранения в целом. Хотя в программах высших медицинских учебных заведений Западной Европы основной упор ныне делается на первичную помощь, процесс обучения в целом все еще осуществляется на материале стационарных больных. Однако по мере того как сроки пребывания больных в стационаре снижаются, а объем медицинских услуг, оказываемых вне больничных стен, растет, больницы становятся все менее и менее подходящей базой для обучения медиков-профессионалов (Hunt et al. 1999).

Учреждения, предоставляющие амбулаторную помощь, также не всегда подходят для учебных целей — в частности, потому, что многие амбулаторные консультации длятся лишь несколько минут (Waghorn and McKee 1999). Необходимы немногочисленные, но фундаментальные преобразования. Некоторые клиники должны быть предназначены специально для обучения студентов.

Эти клиники должны быть оснащены учебным оборудованием, в них должно предусматриваться место для студентов, а время, отпускаемое на консультации, должно быть более длительным (Fields et al. 2000).

Меняющийся контекст систем здравоохранения заметно влияет на взаимодействие обучения, науки и клинического лечения. Клиническое лечение традиционно является источником субсидий для обучения и исследований. Это субсидирование носит по преимуществу неявный характер (Clack et al. 1992); дополнительные затраты больницы на обучение и науку могут быть оценены с помощью специальных аналитических методов (Sherman 1984). В некоторых странах наблюдается движение в сторону большей прозрачности. Так, британская Государственная служба здравоохранения устанавливает специальные потоки финансирования для обучения и науки; больницы и другие медицинские учреждения должны участвовать в торгах (Bevan 1999). В связи с этим возникали определенные проблемы (Swales 2000), однако накопленный опыт полезен для других инстанций, планирующих разделение финансовых потоков.

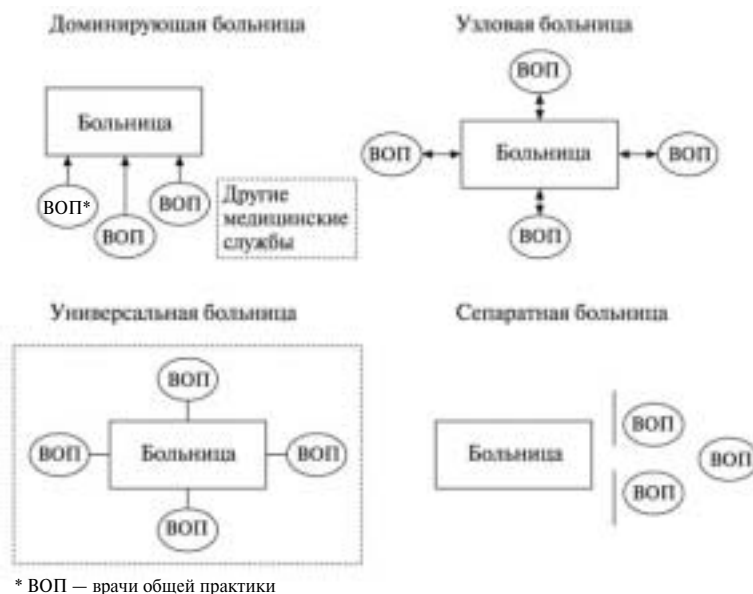
Проблема финансового обеспечения учебной и научной деятельности обострится в связи с растущим давлением со стороны покупателей медицинской помощи, которые заинтересованы прежде всего в том, чтобы лечебные учреждения «эффективно» решали свою основную задачу — лечение больных. Это особенно касается США, где организации «управляемой медицины» стремятся к всемерному повышению прибыли (McKee and Mossialos 1998), что привело к кризису медицинского образования; нескольким университетским больницам ныне угрожает закрытие. Сложившееся положение стимулировало дискуссию о том, насколько выгодно для американской корпоративной системы здравоохранения обучение персонала и развитие науки за чужой счет (Anonymous 2000).

Иная проблема возникает в случае, когда наука, обучение и здравоохранение отделены друг от друга. В странах бывшего СССР медицинская наука была в значительной степени отделена от высшего медицинского образования и лечения больных, что привело к возникновению двухзвенной системы медицинских учреждений (Field 1990). Были учреждены исследовательские институты для разных областей медицины (онкологии, неврологии и др.); в теории эти институты должны были заниматься только самыми сложными случаями.

Наконец, следует остановиться на вопросе о том, насколько больница сама по себе является предметом исследования. На этих страницах неоднократно отмечается недостаток специальных научных работ, посвященных больницам. Лица, ответственные за разработку политики в области здравоохранения, должны обратить внимание на развитие системных исследований по организации здравоохранения; в рамках таких исследований больница должна рассматриваться как часть более широкого контекста (Pechham 1991).

Итак, обучение студентов и проведение исследований принадлежат к важнейшим функциям больницы и должны учитываться при проектировании больниц и разработке системы вознаграждений. Существует опасность того, что стремление к всемерному повышению экономичности больниц приведет к снижению удельного веса этой функции; возможная финансовая выгода от подобных мер будет краткосрочной и, в конечном счете, мнимой.

Рисунок 4.3. Возможные роли окружной больницы общего профиля в системе здравоохранения



Поддержка других учреждений системы здравоохранения

Еще одна функция больницы — поддержка других медицинских учреждений. Это значит, что больница не должна поглощать слишком много средств или безраздельно доминировать над окружающей ее системой медицинских учреждений. Взаимоотношения между больницей и другими медицинскими службами варьируют в широких пределах. На одном полюсе, — как правило, в сельских местностях стран с низким и средним уровнем жизни — больница играет центральную роль в предоставлении любых медицинских услуг и часто несет административную ответственность за функционирование учреждений, находящихся за ее стенами. Другой полюс представляет система, сложившаяся в Великобритании, где бюджеты на приобретение больничных услуг направляются врачам общей практики; иначе говоря, врачи общей практики приобретают потенциально значительную власть над больницами (Robinson and Dixon 1999). Внутри этого спектра можно выделить четыре модели: доминирующая больница, узловая больница, универсальная больница и сепаратная больница (рис. 4.3).

Доминирующая больница

Доминирующая больница монополизирует квалифицированный персонал и оборудование и поглощает большую часть бюджета здравоохранения, включая средства на первичную помощь. Первичная помощь определяется как «первый контакт с системой здравоохранения, или первый уровень лечения, или простейшие типы медицинской помощи, которые могут быть оказаны поставщиками, имеющими относительно низкую квалификацию, или вмешательство,

воздействующее на основные причины болезни» (WHO 2000). Больницы часто берут на себя оказание первичной помощи, так сказать, по умолчанию: многие люди обращаются в больницы непосредственно, в обход коммунальных медицинских служб, поскольку в больницах сосредоточены лучшие врачи и оборудование. Так, в 1997 г. треть больных, поступивших в больницу третьей степени в городе Бишкек, столице Киргизии, не имели врачебных направлений (Sargaldakova et al. 2000). Врачи первичной помощи в некоторых системах здравоохранения (например, в республиках бывшего СССР) также часто направляют своих больных в больницы и поликлиники, вместо того чтобы самим ставить им диагноз и лечить их (Van Lerberghe and Lafort 1990).

Модель доминирующей больницы подвергалась острой критике, особенно со стороны движения за коммунальную медицину (1970—1980-е годы), за свою неспособность удовлетворительно реагировать на потребности населения в медицинской помощи и за тот ущерб, который она наносит первичной помощи. Согласно идеологии первичной медицинской помощи, изложенной в Алма-атинской декларации 1978 г. (WHO 1978), больница определяется как всего лишь одна из множества частей системы здравоохранения; важная роль первичной помощи подтверждается другими современными источниками (Paine and Siem Tjam 1988).

Узловая больница

Больница общего профиля может служить узловым пунктом интегрированной системы охраны здоровья населения определенной территориальной единицы (Van Lerberghe and Lafort 1990). Больница участвует в организации системы коммунальных медицинских служб, управлении такими службами, контроле над ними и их финансировании, но сама не предоставляет коммунальных медицинских услуг. Например, в СССР больница служила узловым пунктом системы здравоохранения отдельно взятой административной единицы (области и т. п.); главный врач больницы главного города осуществлял управление службами первичной помощи по всей территории данной административной единицы. В отсутствие системы сдержек и противовесов эта модель легко превращается в модель доминирующей больницы.

Универсальная больница

Согласно данной модели, больница обеспечивает третичную и вторичную, равно как и первичную, медицинскую помощь; кроме того, она предоставляет услуги за пределами своих стен. В 1970—1980-е годы на окружные больницы (особенно в развивающихся странах) оказывалось давление с целью побудить их взять на себя услуги по коммунальной медицине, в том числе по иммунизации и по родовому наблюдению. Больницы должны были стать «центрами профилактической, а также лечебной, медицины» (Van Lerberghe and Lafort 1990). Как ни странно, хотя некоторые страны перешли к сепаратной модели (см. ниже), многие поставщики медицинских услуг в США возвращаются к универсальной модели, при которой больницами и другими медицинскими учреждениями (реабилитационными службами и др.) владеет и

управляет одна и та же организация (система так называемой вертикальной интеграции). Развитие подобной модели во многом обусловливается рыночными стимулами (стремлением завоевать свою долю на рынке); для больничного сектора европейских систем здравоохранения (по преимуществу государственных) подобные стимулы не имеют особого значения. В главе 5 речь пойдет о давлении, оказываемом на больницы с целью побудить их найти замену стационарному лечению.

Сепаратная больница

Сепаратная больница — преобладающая модель в большинстве стран с высоким уровнем жизни. Больница, предназначенная для лечения острых случаев, берет на себя только коренную функцию специализированного краткосрочного стационарного лечения; такая больница предоставляет только те услуги, которые (по разным причинам) выходят за рамки возможностей врачей общей практики и специалистов, работающих в системе коммунальной медицины. Мотивы, в силу которых больница концентрируется только на выполнении коренной функции, сводятся к следующему: во-первых, персонал, работающий в таких больницах, квалифицирован для предоставления специализированной медицинской помощи, а сами больницы оснащены соответствующим оборудованием; во-вторых, больничные услуги настолько дороги, что их использование должно быть экономически эффективным.

Обобщая, можно сказать, что перечисленные модели важны для организации не только больничного сектора, но и первичной и вторичной медицинской помощи. Многие страны стремятся к повышению качества первичной помощи, однако усилия в этом направлении должны осуществляться с учетом взаимоотношений между больницей и поставщиками первичной помощи. Модель доминирующей больницы существенно осложняет реформу первичной помощи, поскольку согласно этой модели большая часть финансирования, наиболее квалифицированный персонал и большинство больных приходится на долю больницы за счет первичной помощи. Слабая система первичной помощи неизбежно повышает спрос на больничные услуги, что препятствует развитию альтернативных форм здравоохранения и социального ухода.

Общественная роль больницы

Предшествующие разделы были посвящены рассмотрению основных функций больницы. Однако больница — это не только место, где профессиональные медики ставят диагнозы и лечат больных. Больницы играют также определенную общественную роль и в связи с этим наделены совокупностью различных значений (табл. 4.1). Чтобы реформы были успешными, необходимо, чтобы лица, ответственные за разработку политики, смогли по достоинству оценить этот аспект.

Таблица 4.1. Альтернативные значения больниц

<i>Аспекты</i>	<i>Альтернативные значения</i>	
Легитимизация государства	Приоритетная политическая проблема	Неприоритетная политическая проблема
Политический индикатор	Общественное благо	Частное удобство
Гражданское достояние	Больница в каждом городе	Региональное учреждение
Показатель состояния системы здравоохранения	Доминирующая больница	Часть системы здравоохранения
Поставщик медицинской помощи	Медицинская и социальная помощь	Неотложная помощь тяжелобольным
Лучшие медицинские силы	Основное средоточие профессиональных сил	Одно из нескольких средоточий

Средство легитимизации государства

Одна из функций государства, придающих ему легитимность, заключается в обеспечении охраны здоровья и благополучия граждан. Как сказано в докладе Всемирной организации здравоохранения за 2000 г. (WHO 2000), высшая ответственность за функционирование системы здравоохранения лежит на правительстве. Если система здравоохранения — и, особенно, больничный сектор как ее наиболее видимая часть — работает хорошо — значит, государство выполняет свою роль. Дефекты организации здравоохранения прямо не угрожают национальным интересам государства или интересам той или иной влиятельной группы; поэтому здравоохранение, как правило, не рассматривается как приоритетная политическая проблема (Walt 1994). Вместе с тем в некоторых странах здравоохранение является одним из определяющих признаков государственной системы; таков случай Великобритании, где больницы рассматриваются как ключевые символы государства всеобщего благоденствия.

Индикатор политико-идеологических установок

Политика по отношению к больницам часто рассматривается как безошибочный показатель идеологических предпочтений. Выбор той или иной формы организации здравоохранения обусловливается не только техническими, но и идеологическими факторами. Один из важнейших дискуссионных вопросов состоит в следующем: является ли здравоохранение общест-

венным благом или товаром, предназначенным для личного потребления? По многим критериям больницы подходят под определение общественного блага. Социальная сплоченность, здоровье и производительность населения — благо для общества. Государственные инвестиции в больницы дают результат, важный не только для отдельных индивидов, но и для общества в целом. Подавляющее большинство обществ не ограничивает своим членам доступ в больницы; как правило, людей не оставляют умирать на улицах. С другой стороны, больничные услуги могут рассматриваться и как своего рода рыночный товар: у них могут быть покупатели (больные или их агенты) и продавцы (больницы). О том, насколько сложны взаимоотношения между этими двумя крайностями, свидетельствуют работы по экономике общественных институтов (Preker et al. 2000).

Ответственность за здравоохранение и социальный уход делится между несколькими различными (но частично перекрывающимися) секторами общества (Nealy 1998). К ним относятся центральные и периферийные правительственные органы, благотворительный сектор (неправительственные и некоммерческие организации), общественный или неформальный сектор (включая семейный уход) и рынок (коммерческие поставщики). Эспинг-Андерсон выделяет несколько моделей, каждая из которых предполагает особый подход к больницам (Esping-Anderson 1990). При социал-демократической модели правительство является главной финансирующей инстанцией и главным поставщиком, предоставляет страхование по единой схеме всем гражданам, владеет и управляет многими больницами. При либеральной и избирательной модели государство финансирует и регулирует деятельность правительственных органов низших уровней, тогда как больницы управляются квазиправительственными организациями и благотворительным сектором. При консервативной (корпоративной) модели обязанности по страхованию здоровья возлагаются на самих граждан; страховые учреждения, как сторонние плательщики, заключают контракты с больницами (как государственными, так и частными) и финансируют их. При рыночно-капиталистической модели частный коммерческий сектор финансирует все больницы, является их собственником и управляет ими; государство может играть определенную регулирующую роль. Последняя модель в чистом виде не встречается нигде, даже в США, где большинство больниц находится в собственности некоммерческих организаций. В условиях социалистической модели государство финансирует все больницы, владеет и управляет ими (такая модель действовала в СССР).

Возникает вопрос: кто несет ответственность за осуществление различных функций, имеющих отношение к деятельности больничной системы? В частности, кто может считаться собственником больниц? Простого ответа на вопрос о том, кто несет основную ответственность за больницы, не существует. В большинстве систем здравоохранения различные аспекты деятельности больничной системы и отдельных больниц попадают в сферу ответственности различных секторов и организаций. Эти проблемы, в их неразрывной связи с различными идеологическими и техническими моментами, подробно обсуждаются в главах 7, 8 и 9. В связи с проблемой разделения ответственности внутри системы здравоохранения возникают следующие вопросы:

- Кто определяет принципы политики по отношению к больницам?
- Кто осуществляет капиталовложения?

- Кто финансирует текущие расходы?
- Кто занимается планированием больничного сектора?
- Кто регулирует деятельность больниц?
- Кто лицензирует персонал?
- Кто управляет больницами?
- Кто предоставляет услуги?
- Кто занимается мониторингом услуг?
- Кто оценивает результативность деятельности больничного сектора?

Гражданское достоиние

Больницы часто выступают в качестве символа, призванного вызвать в гражданах чувство гордости. Наличие больницы в значительной степени определяет общественное самоощущение (James 1999), способствует притоку новых жителей и развитию производства; таким образом, больница оказывает заметное влияние на развитие экономики. Закрытие больницы в экономически неблагополучном регионе может символизировать потерю доверия к региону в целом, с соответствующими последствиями для других форм внутреннего финансирования. Закрытие городских больниц (равно как и банков или отделений почтовой связи) рассматривается многими сельскими общинами как показатель грядущего упадка.

Показатель уровня развития страны

Число больничных коек использовалось как показатель высокого уровня здравоохранения, особенно в условиях советской системы централизованного планирования (см. главу 2). Считалось, что чем больше больничных коек (а также врачей), тем лучше здравоохранение. Плановые нормативы (число коек на 1000 человек) разрабатывались в Москве и были обязательны к применению на всей территории СССР. Этот количественный показатель имел ярко выраженную политическую подоплеку, поскольку использовался для доказательства превосходства советского здравоохранения (Field 1995). Система здравоохранения, ядро которой составляют больницы, развивается под сильным давлением факторов предложения; организация и финансирование системы направлены на то, чтобы койки были заняты.

Поставщик услуг по социальному уходу и опеке

Больница традиционно служила также местом социального ухода и опеки. Как было отмечено в главе 2, во многих странах — преимущественно с низким и средним уровнем жизни — она продолжает выполнять ту же функцию. Добросовестный врач, скорее всего, не станет спешить с выпиской из больницы старого нетрудоспособного больного, перенесшего серьезный сердечный приступ, живущего в доме без отопления, лифта и нормального водоснабжения и получающего мизерную пенсию.

Средоточие профессиональных сил

Основные профессиональные ресурсы, как правило, сосредоточены в больничной системе; больницы третьей ступени венчают собой структуру современного медицинского истеблишмента. В европейских больницах работает значительная часть медиков-профессионалов — от трети до половины врачей и от половины до трех четвертей медсестер (WHO 2001). Больничные врачи-специалисты имеют высокий статус, пользуются уважением в обществе и оказывают заметное политическое влияние. В Восточной Европе больница имела особенно большое значение как основная форма концентрации профессиональных сил; лишь в последнее время там развиваются такие альтернативные формы, как врачебные ассоциации и медицинские акционерные компании.

Источник занятости

Больница является крупным работодателем (глава 11). Так, в больничном секторе Норвегии занято 3,2% населения страны, а в больничном секторе Франции — 4,8% (OECD 1999). В здравоохранении трудится значительная часть государственных служащих (в Казахстане — около 40%) (Kulzhanov and Nealy 1999). Лица, ответственные за разработку политики, обращают серьезное внимание на этот аспект больницы. Так, Амстердамская программа, разработанная Европейским банком инвестиций (European Investment Bank 1999) по решению Совета Европейского союза от июня 1997 г., инвестировала 10 млрд евро в проекты по созданию рабочих мест, в том числе в здравоохранении. Вообще говоря, коренная функция больницы заключается в том, чтобы лечить людей, а не в том, чтобы давать им работу; тем не менее роль больницы как работодателя в значительной степени определяет пути ее реструктуризации. В маленьком городе больница может служить важнейшим работодателем; закрытие такой больницы или сокращение ее персонала будет иметь серьезные социально-экономические последствия. Еще сильнее этот аспект проявляется в сельской местности (Cordes et al. 1999). Разработчики политической линии и местные политики должны постоянно иметь его в виду.

Различные типы больниц

Как было отмечено в главе 1, между больницами существуют заметные типологические различия. Больница отнюдь не всегда выполняет функцию учебного или научного учреждения; во многих небольших населенных пунктах или общинах больница может выполнять разнообразные социальные функции. Типы больниц можно классифицировать в иерархическом порядке: больницы третьей ступени (часто национального или регионального значения, обычно связанные с университетами), больницы второй ступени (окружные) и коммунальные или сельские больницы. Различаются также специализированные больницы и больницы общего профиля. Эта классификация не может быть принята безоговорочно; в странах с высоким уровнем жизни граница между больницами второй и тре-

твей ступеней становится все более и более проницаемой. Например, в Германии «окружная» больница может иметь коллектив хирургов, каждый из которых специализируется на определенном виде операций. В менее богатых странах, напротив, хирурги «общего» профиля могут брать на себя самые разнообразные операции. По внешним признакам эти типы больниц сходны, однако с точки зрения природы предоставляемой ими помощи они заметно различаются.

Во-вторых, в условиях растущей специализации невозможно точно определить, каково должно быть число жителей, охватываемое единой моделью больницы третьей ступени. Каждая больничная специальность имеет свою норму охвата населения; в учреждении нейрохирургического профиля она должна быть выше, чем у онкологического. Среди больниц третьей ступени также развивается своя специализация. Скажем, на десять больниц третьей ступени с кардиохирургическими отделениями для взрослых может приходиться только одна больница с аналогичным отделением для детей; трансплантация почек может осуществляться в нескольких больницах, а трансплантация печени — только в одной.

В-третьих, как было отмечено выше, традиционное разграничение между учебными (университетскими) и прочими больницами теряет свое значение. Возможности обучения медиков расширяются, что можно только приветствовать. Модель, согласно которой обучение было сосредоточено главным образом в оснащенной новейшим оборудованием больнице третьей ступени, где преобладают очень тяжелые или необычные случаи, не подходит для большинства современных студентов, готовящихся к карьере врача общей практики. Такая модель не имеет особого отношения к повседневной клинической практике (Britton et al. 1999). Кроме того, она чревата нежелательной маргинализацией персонала, работающего в больницах, не связанных с учебными заведениями.

По мере того как прежние типологические различия теряют свое значение, появляются новые, имеющие отношение к иным характеристикам. Среди последних — структурная организация (права собственности, финансирование), функции (типы лечения больных), цели (поощрение доступа к медицинским услугам или всемерное повышение прибыли), способы оценки результативности (удовлетворение больных, низкий уровень послеоперационных осложнений и др.).

В таблице 4.2 приведен перечень аспектов больниц и показано, как можно измерять переменные. Приведенные аспекты и показатели используются на протяжении всей книги. Этот перечень (не обязательно исчерпывающий) лишний раз свидетельствует о том, что больница — сложная организация, не поддающаяся однозначной классификации. Проблемы, возникающие в связи с классификацией больниц по перечисленным категориям, обсуждаются в нижеследующих параграфах.

Больницы третьей ступени

Строго говоря, больницы третьей ступени — те, которые принимают больных по направлениям от больниц второй ступени. Больница третьей ступени предоставляет самые сложные типы услуг, оснащена самой совершенной техникой, обычно связана с учебным заведением и представляет региональный уровень. Идея больницы третьей ступени основана на допущении, что самые компетентные специалисты и самое дорогое оборудование должны быть сосре-

Таблица 4.2. Описание больницы: аспекты и показатели

<i>Аспекты</i>	<i>Показатели</i>
Местоположение	
Географический уровень	Национальная, региональная, окружная или коммунальная
Структура места	Унитарная или составная
Руководство	
Собственник	Федеральная, региональная или местная исполнительная власть; министерство здравоохранения или другое министерство; автономный государственный сектор; некоммерческий благотворительный сектор; акционерная компания; коммерческая организация
Кто стоит во главе администрации	Профессиональные управленцы, технократы, профессионалы-врачи или непрофессионалы
Финансы	
Основной источник финансирования	Государство, медицинские фонды, сборы с больных или др.
Структура расходов	Высокие расходы либо низкие расходы (на каждого больного, категорию больных, бюджетный год или койку), средняя зарплата для всего персонала или для какой-либо категории персонала
Метод оплаты	Постатейный бюджет, глобальный бюджет или бюджет, обусловленный деятельностью
Размер	
Охват населения	Географический или иной принцип охвата населения (например, охват военных)
Численность персонала	Общая численность, численность на одну койку, на 100 больных или на одного врача; доля среднего медицинского персонала
Размер больницы	Число коек (стационарных или амбулаторных)
Степень сложности	
Отношение больницы к учебному процессу	Больница при высшем учебном заведении или не учебная больница
Тип больницы	Вторичная либо третичная; общего профиля либо специализированная; для лечения острых случаев, для выздоравливающих, для паллиативного ухода или смешанного типа
Специализации	Одна или несколько; число и типы специализаций
Технология	Тип технологии и степень технической оснащенности
Особенности деятельности	
Аккредитация	Наличие или отсутствие аккредитации
Результативность	Оценка работы согласно шкале показателей деятельности

Контроль над больными	Первичный медсестринский уход, работа многопрофильной группы
Степень удовлетворенности больных	Опросы больных, число жалоб
Отзывчивость	Сроки ожидания очереди
Степень удовлетворенности персонала	Показатели приема на работу и текучести кадров
Активность	Высокая либо низкая
Численность больных	Стационарные больные; случаи, не требующие пребывания на срок свыше суток; эпизоды; состав случаев
Коэффициент использования коек	Среднее число занятых коек в год
Количество принятых больных	На 100 человек населения
Средняя продолжительность пребывания	Число дней
Результаты	Смертность в течение 30 дней после поступления; процент больничных инфекций; процент «врачебных ошибок»; срочное повторное помещение в больницу менее чем через 28 дней после выписки

доточены в немногочисленных центральных учреждениях, куда направляются только больные, требующие специализированного лечения. Больница третьей степени может быть либо больницей общего профиля (объединяющей множество разных специальностей), либо специализированной больницей (обслуживающей ту или иную группу населения, специализирующейся на тех или иных болезнях или методах лечения). В больнице общего профиля, как правило, есть отделения кардиохирургии, нейрохирургии, трансплантологии и онкологии.

Роль больниц третьей степени в последнее время становится предметом серьезного внимания. Во-первых, их ведущая роль в обучении и научных исследованиях ставится под сомнение: больница третьей степени, как уже было сказано, предоставляет отнюдь не самый типичный материал как для обучения студентов, так и для клинических исследований. Во-вторых, в больницы третьей степени часто попадают больные, живущие неподалеку и не особенно нуждающиеся в сложных и часто дорогостоящих услугах; для диагностики и лечения таких больных вполне достаточны окружные больницы общего профиля (Sanders et al. 1998). В-третьих, ставится под вопрос принцип, согласно которому в больницах третьей степени должно быть сосредоточено самое современное и дорогостоящее оборудование: миниатюризация и упрощение техники постановки диагнозов делают данный принцип менее убедительным (глава 3).

Специализированные больницы

Быстрый рост числа специализированных больниц, начавшийся во второй половине XIX в., был связан с общей тенденцией к специализации среди медиков (Porter 1997). Больницы этого типа привлекали медицинскую элиту и поэтому приобрели достаточно высокий профессиональный и социальный статус. Сложилась специализированные больницы следующих типов: родо-

вспомогательные, детские, ортопедические, неврологические, глазные. В большинстве западноевропейских стран с конца 1940-х годов эта модель уступает место модели «больницы общего профиля». Примером может служить произошедшее в 1990-е годы слияние многих специализированных больниц Лондона с близлежащими больницами общего профиля (Tomlinson 1992). Надо сказать, что доводы в пользу более рациональной организации лондонских больниц выдвигались еще в 1890-х годах; для претворения высказанных тогда предложений в жизнь понадобился почти век (Rivett 1986).

Специализированные больницы остаются основной моделью третичной помощи (и, в значительной степени, также вторичной помощи) в странах бывшего СССР, где функционируют родильные дома, детские больницы, больницы скорой помощи, кардиологические, психиатрические, онкологические, глазные, наркологические, венерологические, противотуберкулезные больницы (глава 2). Подобное дробление существует даже в административных единицах (областях и т. п.) с населением менее 100 000 человек, где, помимо центральной больницы, располагающейся в главном городе, имеются, как правило, родильный дом, детская больница, часто также противотуберкулезная больница (University of York 1998) (рамка 4.1).

Рамка 4.1. Специализированные больницы в республиках Центральной Азии

В столице Киргизии Бишкеке функционируют 12 специализированных больниц национального уровня; они обслуживают около полумиллиона человек. Бывшая столица Казахстана Алма-Ата, город с населением 1,2 миллиона человек, имеет 17 национальных специализированных больниц и институтов. Врачи, возглавляющие эти больницы, хорошо известны и обладают большим влиянием. В 1990-х годах в столицах республик Центральной Азии была закрыта лишь очень небольшая часть специализированных больниц.

Источники: Kulzhanov and Healy (1999) and Sargaldakova et al. (2000).

Окружные больницы общего профиля

В странах с высоким уровнем жизни одна окружная больница общего профиля, как правило, приходится на 150 000—1 000 000 жителей. Окружная больница занимается случаями, требующими более сложного лечения, чем то, которое может быть предоставлено в учреждениях первичной помощи или в амбулаторных условиях. Окружные больницы, как правило, имеют 200—600 коек и предоставляют стационарное и амбулаторное лечение; в них есть службы амбулаторной хирургии и скорой помощи. Обычно окружная больница имеет по меньшей мере следующие отделения: терапевтическое, хирургическое, педиатрическое, родильное и гинекологическое.

Вопрос об оптимальной емкости таких больниц обсуждается в главе 6. Здесь мы займемся вопросом о внедрении этой модели в странах с высоким уровнем жизни. Концепция окружной больницы общего профиля учитывается в планирующих документах нескольких стран, однако самые типичные аргументы были изложены в Плане для больниц Англии и Уэльса, опубликованном в 1962 г. (Ministry of Health 1962). Этот документ был направлен на то, чтобы устранить

дисбаланс между больницами при высших учебных заведениях (такие больницы к тому времени поглощали непропорционально высокую долю финансовых и человеческих ресурсов) и другими больницами. Было предложено увеличить емкость окружных больниц общего профиля таким образом, чтобы они могли служить местом обучения младшего медицинского персонала и надежным ночным аварийным убежищем (McKee and Black 1991); вместе с тем такие больницы не должны были быть настолько большими, чтобы помешать средним городам иметь собственные больницы.

В настоящее время эта модель подвергается критике. Королевский хирургический колледж Англии выступил с предложением, чтобы небольшие окружные больницы были заменены меньшим количеством более крупных больниц; каждая из таких больниц должна быть рассчитана на обслуживание полумиллиона человек (The Royal College of Surgeons of England 1997). В такой больнице, как правило, должны работать 15 специалистов-хирургов, 15 специалистов по ортопедической хирургии и 30 анестезиологов; больница должна быть оснащена всем необходимым для круглосуточного оперирования, иметь отделение интенсивной терапии и круглосуточные службы проведения анализов (Smith 1999). Лондонский Королевский врачебный колледж, напротив, предложил развивать небольшие окружные больницы общего профиля, обслуживающие от 150 000 до 300 000 человек каждая (Royal College of Physicians of London 1996). Аналогичные дискуссии ведутся во многих других странах. Ныне все согласны с тем, что больница, обслуживающая менее чем 150 000 человек, слишком мала и не имеет достаточных возможностей для предоставления широкого круга услуг по лечению острых случаев; что касается экономически целесообразной максимальной емкости, то по данному вопросу существуют серьезные разногласия.

Коммунальные больницы

В больничных системах многих стран функционирует низшее звено — коммунальные больницы, имеющие, как правило, не более 50 коек. В таких больницах предоставляется небольшой набор важнейших услуг по диагностике, проводятся несложные хирургические операции, осуществляется уход за такими больными, которые не нуждаются в удобствах, предоставляемых окружной больницей общего профиля.

Небольшие коммунальные больницы нужны прежде всего в таких регионах, где расстояния между населенными пунктами велики, а врачей в отдаленных местностях не хватает. В Сибири небольшие больницы, построенные в советское время, закрываются; тем самым положение изолированных популяций в отдаленных северных регионах России еще больше осложняется. В других странах и регионах больницы подобного типа являются наследием прошедшей эпохи, когда наличие ограниченных возможностей для медицинского вмешательства означало, что необходимость в концентрации больничных услуг отсутствует. В крупных богатых странах с низкой плотностью населения — таких, как Канада или Австралия, — небольшие больницы закрылись; больные, нуждающиеся во вторичной медицинской помощи, транспортируются на большие расстояния по воздуху, а в неотложных случаях воздушная скорая помощь сама вылетает к ним. Как было отмечено в гл. 2, за последние несколько десятилетий во многих странах с высоким уровнем жизни небольшие больницы были закрыты,

а в некоторых случаях — преобразованы в интернаты и дома престарелых. Впрочем, закрытие многих больниц далось с трудом, так как они пользовались популярностью среди местного населения, причем не столько по практическим, сколько по символическим причинам (White and Williams 1999).

Маятник может качнуться и в обратную сторону. Указывается, что коммунальные больницы облегчают положение тех больных, которые выписались из больниц более высокой ступени: коммунальные больницы могут служить местом реабилитации и выздоровления таких больных перед их окончательным возвращением домой. Для некоторых стран это может означать возвращение к старой концепции больницы как «дома, где выздоравливают». Основной вопрос заключается в следующем: может ли наличие коммунальной больницы привести к сокращению спроса на лечение острых случаев в больницах общего профиля? Этот вопрос обсуждается в некоторых работах, преимущественно в связи с приемом больных. Исследования, проведенные на севере Норвегии, показали, что в округах, имеющих коммунальные больницы («больницы общей практики»), прием в больницы более высокой ступени был на 25% ниже, чем в округах, не имеющих таких больниц (Aagaas et al. 1998). Согласно исследованиям, проведенным на западе Англии, в округах, имеющих коммунальные больницы, прием в общетерапевтические и гериатрические отделения больниц более высокой ступени ниже на 50%, однако прием в больницы более высокой ступени в целом выше на 6% (Baker et al. 1986). Анализ использования коек в целом показал, что наличие коммунальных больниц само по себе повышает прием в больницы на 16% (Round 1997). Существует очень немного данных, свидетельствующих о том, что переход в коммунальную больницу может эффективно заменить позднюю стадию пребывания в больнице более высокой ступени и тем самым облегчить раннюю выписку (см. гл. 5). Тем не менее ясно, что больницы этого типа могут представлять значительный интерес в связи с проблемой пожилых больных, которые часто остаются в стационаре на относительно долгий срок.

Меняющаяся больница

Современные больницы, предназначенные для лечения острых случаев, должны поддерживать баланс между несколькими функциями: лечением больных, обучением и проведением научных исследований, функцией поддержки системы здравоохранения, функцией работодателя и рядом социальных функций общего характера. Западноевропейские больницы работают с большим напряжением, принимая большее число более тяжелых больных на более короткие сроки для более интенсивного лечения. Растет число случаев, трактуемых как однодневные. Соответственно принципы комплектации персонала, проектирования больницы и организации работы нуждаются в пересмотре. Старые способы классификации больниц также утрачивают актуальность по мере того как современное высокотехнологичное оборудование становится более доступно не только для больниц третьей ступени, но и для более скромных окружных больниц.

В главе 5 рассматривается связь между больницей и другими медицинскими службами; особое внимание уделяется проблеме взаимозаменяемости больниц и других лечебных учреждений. В главе 6 обсуждается проблема оптимальной емкости и оптимального распределения больниц.

Литература

- Aaraas, I., Forde, O.H., Kristiansen, I.S. and Melbye, H. (1998) Do general practitioner hospitals reduce the utilisation of general hospital beds? Evidence from Finnmark County in north Norway, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(4): 243-6.
- American College of Surgeons Committee on Trauma (1990) *Resources for Optimal Care of the Injured Patient*. Chicago, IL: American College of Surgeons.
- Anonymous (2000) A case of market failure, *Lancet*, 355:1657.
- Baker, J., Goldacre, M. and Muir Gray, J.A. (1986) Community hospitals in Oxfordshire: their effect on the use of specialist inpatient services, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 40:117-20.
- Berman, P. (2000) Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries, *Bulletin of the World Health Organization: The International Journal of Public Health*, 78(6): 791-802.
- Bevan, G. (1999) The medical service increment for teaching (SIFT): a 400m anachronism for the English NHS?, *British Medical Journal*, 319:908-11.
- Britton, A., McKee, M., Black, N. et al. (1999) Threats to applicability of randomised trials: exclusions and selective participation, *Journal of Health Services Research and Policy*, 4:112-21.
- Calnan, M. (1984) The functions of the hospital emergency department: a study of patient demand, *Journal of Emergency Medicine*, 2:57-63.
- Clack, G.B., Bevan, G., Peters, T.J. and Eddleston, A.L. (1992) King's model for allocating service increment for teaching and research (SIFTR), *British Medical Journal*, 305(6845): 95-6.
- Cordes, S., van der Sluice, E., Lamphear, C. and Hoffman, J. (1999) Rural hospitals and the local economy: a needed extension and refinement of existing empirical research, *Journal of Rural Health*, 15(2): 189-201.
- Dale, J. and Dolan, B. (1996) Do patients use minor injury units appropriately?, *Journal of Public Health Medicine*, 18:152-6.
- Dale, J., Lang, H., Roberts, J.A., Green, J. and Glucksman, E. (1996) Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers and registrars, *British Medical Journal*, 312(7042): 1340-4.
- Dickinson, E. and Sinclair, A. (1998) *Effective Practice in Rehabilitation - Reviewing the Evidence*. London: King's Fund.
- Esping-Anderson, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Oxford: Polity Press.
- European Investment Bank (1999) *EIB Initiative on Growth and Employment: Interim Review*. Luxembourg: European Investment Bank.
- Field, M.G. (1990) Noble purpose, grand design, flawed execution, mixed results: Soviet socialized medicine after seventy years, *American Journal of Public Health*, 80:144-5.
- Field, M.G. (1995) The health crisis in the former Soviet Union: a report from the 'post-war zone', *Social Science and Medicine*, 41:1469-78.
- Fields, S.A., Ustatine, R. and Steiner, E. (2000) Teaching medical students in the ambulatory setting, *Journal of the American Medical Association*, 283:2362-4.
- Florin, D. and Rosen, R. (1999) Evaluating NHS direct: early findings raise questions about expanding the service, *British Medical Journal*, 319:5-6.
- Forster, A., Young, J. and Langhorne, P. (1999) Systematic review of day hospital care for elderly people: the Day Hospital Group, *British Medical Journal*, 318(7187): 837-41.

- Gleeson, A. (2000) Major trauma - major problem, *Journal of Irish Colleges of Physicians and Surgeons*, 29:69-71.
- Healy, J. (1998) *Welfare Options: Delivering Social Services*. Sydney: Allen & Unwin.
- Hensher, M., Fulop, N., Hood, S. and Ujah, S. (1996) Does hospital at home make economic sense? Results of an economic evaluation of early discharge hospital at home care for orthopaedic patients in three areas of West London, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89:595-600.
- Hunt, C.E., Kallenberg, G.A. and Whitcomb, M.E. (1999) Trends in clinical education of medical students: implications for paediatrics, *Archives of Paediatric and Adolescent Medicine*, 153:297-302.
- James, A.M. (1999) Closing rural hospitals in Saskatchewan: on the road to wellness?, *Social Science and Medicine*, 49(8): 1021-34.
- Kulzhanov, M. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Kazakhstan*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Lang, T., Davido, A., Diakite, B. et al. (1996) Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50:456-62.
- Langhorne, P., Williams, B.O., Gilchrist, W. and Howie, K. (1993) Do stroke units save lives?, *Lancet*, 342:395-8.
- McKee, M. and Black, N. (1991) Hours of work of junior hospital doctors: is there a solution?, *Journal of Management Medicine*, 5:40-54.
- McKee, M. and Mossialos, E. (1998) The impact of managed care on clinical research, *Pharmacoeconomics*, 14:19-25.
- McKee, M., Clarke, A. and Tennison, B. (1993a) Meeting local needs, *British Medical Journal*, 306:602.
- McKee, M., Snooks, H., Nicholl, J.P., Brazier, J.E. and Lees-Mlanga, S. (1993b) Utilisation of the helicopter emergency ambulance services in England and Wales, *Journal of Public Health Medicine*, 18:67-77.
- Ministry of Health (1962) *A Hospital Plan for England and Wales*, Cmnd 1604. London: HMSO.
- Mullins, R.J., Veum-Stone, J., Helfand, M. et al. (1994) Outcome of hospitalized injured patients after institution of a trauma system in an urban area, *Journal of the American Medical Association*, 271:1919-24.
- Munro, J., Nicholl, J., O'Caithain, A. and Knowles, E. (2000) Impact of NHS Direct on demand for immediate care: observational study, *British Medical Journal*, 321:150-3.
- Nicholl, J. and Turner, J. (1997) Effectiveness of a regional trauma system in reducing mortality from major trauma before and after study, *British Medical Journal*, 315:1349-54.
- Nicholl, J., Hughes, S., Dixon, S., Turner, J. and Yates, D. (1998) The costs and benefits of paramedic skills in pre-hospital trauma care, *Health Technology Assessment*, 2:1-67.
- OECD (1999) *OECD Health Data 99: A Comparative Analysis of 29 Countries*, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Paine, L.H.W. and Siem Tjam, F. (1988) *Hospitals and the Health Care Revolution*. Geneva: World Health Organization.
- Peckham, M. (1991) Research and development for the National Health Service, *Lancet*, 338:367-71.
- Pencheon, D. (1998) NHS direct: managing demand, *British Medical Journal*, 316:215-16.
- Porter, R. (1997) *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. London: HarperCollins.

- Poullier, J.P. (2000) Data and indicators for health care investment, in M. Garcia-Barbero (ed.) *Appraisal of Investments in Health Infrastructure: Proceedings of the European Investment Bank (EIB) and World Health Organization (WHO) Conference on the Appraisal of Investments in Health, Luxembourg, 17-18 June 1999*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Preker, A.S., Harding, A. and Travis, P. (2000) 'Make or buy' decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory, *Bulletin of the World Health Organization: The International Journal of Public Health*, 78(6): 779-90.
- Rivett, G. (1986) *The Development of the London Hospital System 1823-1982*. London: King's Fund.
- Robinson, R. and Dixon, A. (1999) *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Round, A. (1997) Emergency medical admissions to hospital — the influence of supply factors, *Public Health*, 111(4): 221-4.
- Royal College of Physicians (1996) *Future Pattern of Care by General and Specialist Physicians*. London: Royal College of Physicians.
- Royal College of Surgeons of England (1997) *The Provision of Emergency Surgical Services — An Organisational Framework*. London: Royal College of Surgeons.
- Sanders, D., Kravitz, J., Lewin, S. and McKee, M. (1998) Zimbabwe's hospital referral system: does it work?, *Health Policy and Planning*, 13:359-70.
- Sargaldakova, A., Healy, J., Kutzin, J. and Gedik, G. (2000) *Health Care Systems in Transition: Kyrgyzstan*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Sherman, D.H. (1984) Hospital efficiency measurement and evaluation, *Medical Care*, 22:922-38.
- Smith, R. (1999) Editorial. Reconfiguring acute hospital services: no easy answers, but there are principles we should follow, *British Medical Journal*, 319:797-8.
- Steedman, D.J. (1990) Medical teams for accidents and major disasters, *Injury*, 21:206-8.
- Swales, J.D. (2000) Science and health: an uneasy partnership, *Lancet*, 355:1637-40.
- Tomlinson, B. (1992) Report of the Inquiry into London's Health Service, *Medical Education and Research*. London: HMSO.
- Trunkey, D.D. (1983) Trauma, *Scientific American*, 249:28-35.
- University of York (1998) *Project Preparation for the Kazakhstan Health Sector Project: Final Report*. Almaty: Ministry of Education, Culture and Health and Fund for Compulsory Health Insurance.
- Van Lerberghe, W. and Lafort, Y. (1990) *The Role of the Hospital in the District: Delivering or Supporting Primary Health Care? Current Concerns*, SHS paper No. 2, Division of Strengthening Health Services. Geneva: World Health Organization.
- Waghorn, A. and McKee, M. (1999) Surgical outpatients: are we allowing enough time?, *International Journal of Quality Health Care*, 11:215-19.
- Waghorn, A. and McKee, M. (2000) Why is it so difficult to organise an outpatient clinic?, *Journal of Health Services Research and Policy*, 5:140-7.
- Waghorn, A., McKee, M. and Thompson, J. (1997) Surgical outpatients: challenges and responses, *British Journal of Surgery*, 84:300-7.
- Walt, G. (1994) *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books.
- White, V. and Williams, S. (1999) Close call, *Health Service Journal*, 4:26-7.
- WHO (1978) *Alma-Ata 1978: Primary Health Care*, Health for All Series, No. 1. Geneva: World Health Organization.

WHO (2000) *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2001) *WHO European Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Yates, D.W., Woodford, M. and Hollis, S. (1992) Preliminary analysis of the care of injured patients in 33 British hospitals: first report of the United Kingdom major trauma outcome study, *British Medical Journal*, 305:737-40.

часть ВТОРАЯ

**Влияние внешних факторов на
функционирование больниц**

глава ПЯТАЯ

Больница и внешняя среда: опыт Великобритании

Мартин Хеншер и Найджел Эдуардс

Введение

В главе 1 шла речь о том, насколько важен системный подход к больницам. Специалисты согласны в том, что больница — лишь один, хотя и весьма важный, компонент сложного континуума, внутри которого больные движутся между различными уровнями и типами лечения. Соответственно в настоящее время особенно значительное внимание уделяется связующим звеньям («интерфейсам»): как и где различные уровни лечения пересекаются, и в каких точках происходит переход больных от одного типа лечения к другому. В контексте больницы это внимание сосредоточено на точках перехода от первичной медицинской помощи к вторичной медицинской помощи и от больничного лечения к лечению после выписки из больницы. Больницы выполняют разнообразные функции; поэтому в них есть множество различных связующих звеньев («интерфейсов»). Например, больница является местом концентрации медиков-специалистов и специального оборудования; больница может служить своего рода организационным узлом для поставщиков медицинских услуг, базирующихся вне больничных стен; больница служит также местом обучения и подготовки местных профессионалов в области здравоохранения. Понятие связующего звена («интерфейса») имеет два аспекта. Во-первых, любое связующее звено — это своего рода граница между различными поставщиками медицинских услуг. Благодаря наличию таких границ больница получает возможность фильтрации больных и снижения уровня неподходящего спроса (или спроса, который по тем или иным причинам не может быть удовлетворен). Наличие связующих звеньев позволяет запустить в действие механизмы фильтрации больных, не требующих срочного лечения (среди таких механизмов — система направлений для не самых неотложных случаев и подразделе-

ния медицинской экспертизы в отделениях неотложной помощи). Границы могут быть:

- *Организационными*: ответственность за лечение больного переходит от одной организации к другой, — например, от врача общей практики к больнице.
- *Физическими*: больной должен оставить свой дом, чтобы быть принятым в больницу.
- *Финансовыми*: оплата первичной помощи и стационарного лечения может осуществляться разными плательщиками или с использованием разных механизмов.

Второе свойство «интерфейса» заключается в том, что он служит средоточием разнообразных взаимодействий, потоков и механизмов, с помощью которых больные могут двигаться от одного уровня лечения к другому. В центре этого понятия — поток информации (в любых формах), от которого зависит плавность и правомерность сдвигов между различными уровнями лечения. Перемены в способах передачи информации и в установках по отношению к коммуникации и координации обуславливают перемену установок по отношению к «интерфейсам» между больничным и внебольничным лечением. Прогресс информационных технологий упрощает передачу информации и делает ее более дешевой, однако более важно изменение структуры ожиданий медиков-профессионалов относительно минимально приемлемых уровней коммуникации и координации. Культура протоколирования медицинских процедур способствует более тесному взаимодействию между медиками и формализации требований к потокам информации на различных этапах лечения.

В настоящей главе опыт Великобритании используется для иллюстрации некоторых проблем, встающих перед системами здравоохранения по всей Европе. В 1980-е годы британская Государственная служба здравоохранения (ГСЗ) предпринимала особенно активные усилия по ликвидации дисбаланса между больничным лечением и первичной помощью; за это время ею был накоплен богатый опыт разнообразных политических мер. Мы критически проанализируем некоторые из ключевых перемен, определивших направленность недавней эволюции информационных потоков, идущих через «интерфейсы» системы здравоохранения; при этом мы будем опираться на обобщенную модель взаимоотношений между врачами общей практики и специалистами, базирующимися в больницах.

Меры по улучшению функционирования «интерфейсов» между больницей и внешним миром сводятся, в общем, к следующим трем фундаментальным стратегиям:

- совершенствование координации лечения;
- сдвиг организационных границ и границ между различными уровнями лечения;
- лечение в обход стационара.

Внутренний «интерфейс»: избегание госпитализации и лечение в обход больницы

Внутренний «интерфейс» имеет граничные пункты, допускающие переориентацию и фильтрацию больных. На рисунке 5.1 в упрощенном виде показаны ключевые «интерфейсы» между больными, принятыми в больницу, и типами предоставляемой в больнице вторичной помощи.

Рисунок 5.1. Взаимодействие больницы с внешней средой: связи, направленные извне



Больница как поставщик амбулаторного лечения

Амбулаторное лечение (включая хирургию в амбулаторных условиях, эндоскопию и другие анализы) занимает ведущее место в структуре деятельности большинства больниц Великобритании и других стран. Как уже было отмечено, несмотря на огромную значимость амбулаторных услуг, организационные и функциональные аспекты амбулаторного лечения исследованы мало.

Рост объема амбулаторных услуг в Великобритании за последние годы был медленным, но неуклонным. В 1979 г. за амбулаторной помощью в Англии обратилось около 28 425 000 человек. Этот показатель ежегодно возрастал в среднем на 1,2%; в 1996—97 финансовом году он составил 36 057 000 (Department of Health 1997). Параллельно этому медленному росту числа обращений за амбулаторной помощью происходил более активный рост числа консультирующих врачей-специалистов; соответственно количество обращений из расчета на одного специалиста постоянно снижается (Armstrong and Nicoll 1995).

Системы, предоставляющие больному возможность непосредственного обращения к специалисту (как во Франции, Германии, Швеции и США), обнаруживают тенденцию к более высоким издержкам, чем те системы, в которых между больным и врачом-специалистом существует связующее звено в лице врача общей практики (как в Дании, Финляндии, Нидерландах и Великобритании). Отсутствие как посредствующего механизма, так и фильтра и интерпретатора информации прямо влияет на деятельность больниц (Starfield 1994). Далее, системы, так или иначе вознаграждающие врачей, ответственных за выдачу направ-

лений, более эффективны в плане сокращения числа направлений и поощрения альтернативного амбулаторного лечения. Среди них — системы, требующие направлений от служб первичной помощи к больничным системам, где оплата производится в форме гонорара за услугу, или кооперативы, или системы, где больничное лечение покрывается пособиями из расчета на одного человека. При этом внедрение кооперативов врачей общей практики в Великобритании привело только к замедлению количественного роста направлений от кооперативов (по сравнению с направлениями от врачей, не состоящих в кооперативах), но не к фактическому сокращению числа направлений (Surender et al. 1995). Так или иначе, системы, предусматривающие выдачу направлений, чреватые проблемами в обслуживании больных и задержками в лечении.

«Благодаря системе направлений создается ситуация, при которой основную часть медицинской помощи оказывают врачи общей практики, а при наличии необходимости в специализированной помощи больные направляются к самым подходящим специалистам. Вместе с тем система направлений носит ограничительный характер. Она была внедрена первоначально ради того чтобы защитить интересы врачей; такая система предоставляет врачам общей практики монополию над первичной медицинской помощью и ограничивает свободу выбора больных» (Coulter 1998:1974).

В странах Восточной Европы и в системах, где первичная помощь развита слабо или имеет низкий статус по сравнению со специализированными клиническими или больничными услугами, «интерфейс» с поставками больничных услуг контролируется в меньшей степени. Это создает заметные трудности в связи с хроническими случаями, которые, при наличии квалифицированного персонала и диагностической поддержки, могут лечиться в условиях первичной помощи (таковы сердечная недостаточность, гипертония, диабет, ишемическая болезнь сердца, астма и хронические обструктивные заболевания легких).

Врач, выдающий направления, врач-специалист и больной часто совершенно по-разному понимают смысл направлений, что чревато различными недоразумениями (Coulter 1998). Больной может ждать от лечения чего-то совершенно иного, чем врач, выдавший направление, и врач-специалист. В этом контексте полезную роль могут сыграть финансовые стимулы и протоколы; они не только проясняют природу и смысл направлений, но и снижают вероятность дублирования диагностических тестов. Многие больницы все еще не отказались от достаточно бесполезной практики вызова больных для повторных консультаций (впрочем, после внедрения кооперативов ситуация в Великобритании несколько изменилась). Общение между амбулаторным врачом-специалистом и врачом, выдающим направления, все еще чревато различного рода осложнениями и взаимным раздражением.

Вероятно, самым удивительным свойством «интерфейса» между специализированным амбулаторным лечением и первичной помощью в Великобритании является очень высокий уровень различий в количестве направлений; для одних и тех же групп населения число направлений может различаться не менее чем в 4 раза (Coulter 1998). Это можно объяснить действием ряда факторов, среди которых — стремление врачей общей практики передать часть своей работы больницам, неодинаковый уровень компетентности и диагностической проницательности, социально-демографические особенности тех или иных групп населения (Reid et al. 1999), недостаточно продуманное управление процессами и неспособность правильно использовать протоколы. Принято счи-

тать, будто врачи общей практики, выдающие большие количества направлений, не всегда соблюдают разумную меру, однако сравнительные исследования не подтверждают это предубеждение; поэтому более активное использование протоколов может не повлиять на число выдаваемых направлений (Knotternus et al. 1990; Fertig et al. 1993). По меньшей мере в Великобритании продолжающиеся программы профессионального совершенствования редко затрагивают известные проблемы, связанные с чрезмерным или недостаточным числом направлений.

Амбулаторное лечение меняется; развиваются новые модели управления этим «интерфейсом». Так, многопрофильные амбулаторные коллективы могут сразу предоставить универсальный комплект услуг по сложному диагностированию и лечению (Waghorn et al. 1997). В системе ГСЗ увеличивается число открытых для свободного посещения клиник по некоторым специальностям (Waghorn et al. 1997); впрочем, целесообразность таких клиник часто подвергается сомнению. Клиники, дающие предварительную оценку, могут использоваться для того чтобы освободить больных с не слишком сложными случаями от ненужного пред- и постоперационного пребывания в стационаре; однако и в этом случае имеющиеся данные ограничены (Waghorn et al. 1997). Благодаря новым технологиям появилась возможность осуществлять на амбулаторной основе многие из тех процедур, которые раньше проводились в больницах. В системе амбулаторной неотложной помощи складываются новые модели лечения нетяжелых больных, которые раньше стали бы пациентами службы первичной помощи или больничного отделения скорой помощи. Больницы доказывают свою относительную эффективность в том, что касается предоставления подобных низкотехнологичных форм лечения (Read 1994).

За пределами больничных стен специализированные клиники предоставляют консультации в местах расположения служб первичной помощи (Bailey et al. 1994). Хотя консультирующие клиники пользуются популярностью среди больных, вопрос об их экономической эффективности остается открытым. Затраты на такие клиники из расчета на душу населения обычно выше, чем затраты на амбулаторные клиники традиционного типа; консультирующие клиники также менее полезны с точки зрения повышения квалификации врачей общей практики (Gillam et al. 1995; Anglia and Oxford 1997).

Обоснованность использования больничных услуг

В больницы индустриальных стран поступают преимущественно такие больные, для которых нет подходящей альтернативы. Однако в стационаре всегда существует достаточно заметное меньшинство больных, лечение которых могло бы эффективно осуществляться вне больничных стен. В зависимости от методов исследования и от состава изучаемой популяции доля этого меньшинства по отношению к общему числу стационарных больных оценивается по-разному. По данным оксфордской группы Oxford Bed Study Instrument доля больных, необоснованно пользующихся услугами больниц, равна нулю (Victor and Khakoo 1994), тогда как по данным группы Appropriateness Evaluation Protocol — 6% (Smith et al. 1997). Используя специальную систему подсчетов, другая группа исследователей пришла к выводу, что по специальностям «терапия» и «уход за пожилыми людьми» доля случаев необоснованного

приема в стационар составляет свыше 20% (Coast et al. 1995, 1996). Исследование, осуществленное на итальянском материале с использованием модифицированного метода Appropriateness Evaluation Protocol, показало, что доля необоснованно принятых стационарных больных по ряду специальностей доходит до 27% (Apolone et al. 1997). Согласно нашей более ранней работе, относительно давние исследования по необоснованному использованию больничных услуг либо отбрасывали низкие (ниже 10%) показатели, либо сосредоточивались только на необоснованном использовании коек (Edwards et al. 1998:236-60).

Выявляя случаи необоснованного приема больных в стационар, аналитики ничего не сообщают о том, насколько экономичны и эффективны для этих больных альтернативные формы лечения. Согласно некоторым исследованиям, лишь немногие из числа больных, будто бы необоснованно принятых в стационар, уходят после выписки домой, не продолжив лечения; по большей части такие больные испытывают необходимость в том или ином лечении сверх стандартной первичной помощи (Coast et al. 1995, 1996). Нужно доказать, что в «интерфейсе» между первичной и вторичной помощью могут быть приняты экономически выгодные меры, обеспечивающие переориентацию определенной части больных на более подходящие для них и менее дорогостоящие методы лечения вне больничных стен.

Стремление избежать необоснованной госпитализации: управление службами первичной помощи

Самый привлекательный способ контроля над «интерфейсом» приема в больницу — поиск путей к тому, чтобы больному могла быть оказана нормальная первичная помощь на месте приема. Очевидно, эту задачу можно решить при наличии соответствующего оборудования и медикаментов. В относительно сложных случаях принятие доказательных протоколов, утвержденных местной службой первичной помощи и специалистами, может способствовать повышению эффективности лечения и предотвратить возможные обострения. Хороших результатов по совершенствованию координации лечения удалось достичь в связи с такими хроническими заболеваниями, как астма и диабет.

Контроль над спросом на госпитализацию

Значительное внимание было уделено проблеме установки фильтров в «интерфейсе» между первичной и вторичной помощью. Цель таких фильтров — выявление больных, которые, возможно, пока не нуждаются в стационарном лечении. Один из таких фильтров — принцип выдачи направлений и системы записи в очередь. Прождав своей очереди некоторое время, больной может перестать нуждаться в помощи либо ввиду улучшения своего положения, либо ввиду своей смерти (Marber et al. 1991). Списки очередников могут быть использованы как инструмент, помогающий удовлетворять спрос по мере появления необходимых для этого ресурсов, однако их эффективность в плане долгосрочного контроля над спросом сомнительна. Судя по рассказам, наличие списков очередников может привести к увеличению спроса, поскольку боль-

ные в случае ухудшения их состояния могут быть достаточно рано направлены на стационарное лечение. Допущение, согласно которому плановые случаи менее неотложны, чем непредвиденные случаи, может привести к плохим результатам, когда больным, нуждающимся в срочной операции, приходится ждать, а другие больные поспешно принимаются в больницу вместо того, чтобы получить медицинскую помощь за ее пределами.

Важным новшеством последних лет стало создание подразделений медицинской оценки и приема. Врачи общей практики могут направлять внезапно заболевших людей непосредственно в подразделения медицинской оценки, где им ставится диагноз и осуществляются быстрые анализы. Интеграция подразделений медицинской оценки с больницами и коммунальными службами облегчает процесс принятия обоснованных решений о том, следует ли принять того или иного больного в стационар или его можно лечить дома; в последнем случае подразделения медицинской оценки могут осуществить мобилизацию и координацию ресурсов, необходимых для домашнего лечения. Таким образом, подразделения медицинской оценки «взвешивают» пограничные случаи и предпринимают нужные действия (Gaspoz et al. 1994). Параллельно подразделения приема предоставляют достаточно разносторонний и квалифицированный персонал, способный осуществить обследование и активное лечение в течение 48 часов до выписки или перевода в нестационарные условия. Подобные меры позволяют быстро снизить остроту случая и перевести больного на нестационарное положение (Audit Commission 1992).

Альтернативы приему в стационар

Благодаря фильтрам наподобие подразделений медицинской оценки и подразделений приема больных удастся направить в другие лечебные учреждения, минуя больницу. Одна из возможных альтернатив приему в стационар — предоставление специализированной (и, в случае необходимости, высокотехнологичной) медицинской помощи вне больничных стен; в комплект такой помощи могут входить консультации врача-специалиста, отслеживание течения болезни по телефону (Dawson et al. 1989), диализ на дому, визиты врача-специалиста к пожилым больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (Kogonowski et al. 1995). В иных случаях альтернативой больничному лечению может служить относительно интенсивный уход в домашних условиях (модель «больница на дому»). К сожалению, из-за недостатка данных мы не можем оценить, насколько модель «больница на дому» эффективна с точки зрения предотвращения случаев необоснованной госпитализации (данные о моделях ранней выписки обсуждаются ниже).

Не все больные, не нуждающиеся в госпитализации, могут лечиться на дому; в одних случаях невозможность домашнего лечения обусловлена неблагоприятными жилищными условиями или отсутствием дееспособного опекуна, в других — потребностью в постоянном уходе и наблюдении со стороны среднего медицинского персонала. Альтернативой для таких больных является прием во вспомогательное лечебное учреждение. Образцы учреждений подобного рода — коммунальные больницы, дома престарелых, хосписы для смертельно больных; сюда же примыкают больничные отделения низкоинтенсивной терапии, руководство которыми осуществляют врачи общей практики или медсестры. И вновь мы не располагаем достаточно

надежными данными о том, действительно ли вспомогательные учреждения представляют более экономичную альтернативу стационару (более или менее ясна только ситуация с хосписами). Как было показано в главе 4, коммунальные больницы могут явиться экономически выгодной альтернативой госпитализации; в то же время они могут увеличить емкость больниц и повысить уровень госпитализации (Baker et al. 1986). Микроэкономические данные о влиянии вспомогательных учреждений на уровень госпитализации практически отсутствуют, а совокупные макроэкономические данные (по меньшей мере в Великобритании) недостаточны для того, чтобы подтвердить или опровергнуть предположение об экономической выгоде вспомогательных учреждений.

Дневная медицинская помощь и дневная хирургия как замена госпитализации

Рост популярности дневной медицинской помощи и дневной хирургии часто трактуется как пример вытеснения стационарного лечения нестационарным. Однако здесь необходимо соблюдать осторожность. В таблице 5.1 показан рост числа стационарных и дневных случаев в Англии между 1982 и 1998 г. Нетрудно убедиться в том, что, несмотря на значительный рост числа дневных случаев, количество приемов в стационар также продолжало непрерывно расти. Таким образом, переориентация на дневную медицинскую помощь не привела к снижению госпитализации в Англии. За тот же период число коек заметно снизилось (в секторе больниц для лечения острых случаев — на 25%), а пропускная способность больниц (коэффициент использования отдельно взятой койки) значительно выросла (табл. 5.2). Возможно, если бы объем дневной медицинской помощи возрастал быстрее, ликвидированных коек было бы больше. Так или иначе, рост объема дневной медицинской помощи почти наверняка способствует ранней выписке и, следовательно, росту пропускной способности, наблюдаемому в системе ГСЗ.

Быстрое развитие дневной хирургии привело к вытеснению многих процедур, прежде требовавших госпитализации; недавние успехи щадящей хирургии и технологии получения изображений, по-видимому, приведут к аналогичному результату. Такие процедуры как цистоскопия, артроскопия, лапароскопия, удаление варикозных вен и грыжесечение, ныне легко осуществляются без госпитализации. И вновь совокупные данные по Великобритании не согласуются с данными оценки отдельных процедур. Представляется, что развитие дневной хирургии способствовало значительному росту числа хирургических операций вообще (Raftery and Stevens 1998). Среди возможных объяснений этого эффекта — распространение совершенно новых, ранее неизвестных процедур, наличие спроса, индуцированного поставщиком, невозможность сократить больничные хирургические мощности. Так или иначе, с появлением оборудования для дневной хирургии общий объем хирургических мощностей в системе ГСЗ вырос.

Таблица 5.1. Число стационарных и дневных случаев в системе Государственной службы здравоохранения Англии, 1982—98 гг.

	<i>Стационарные случаи (тыс.)</i>	<i>Дневные случаи (тыс.)</i>	<i>Всего случаев (тыс.)</i>	<i>Всего случаев на 1000 человек населения</i>	<i>Пропускная способность койки</i>
Все специальности					
1982 г.	5720	707	6427	137,3	16,4
1998 г.	8459	3071	11 530	233,9	43,7
Рост	48%	334%	79%	70%	166%
Общий профиль и острые случаи					
1982 г.	4709	685	5394	115,2	23,7
1998 г.	6514	2439	9549	193,8	47,2
Рост	38%	343%	77%	68%	99%

Источники: Department of Health (1982, 1997); Henscher and Edwards (1999).

Таблица 5.2. Число коек в системе Государственной службы здравоохранения Англии, 1982 и 1998 г.

<i>Год</i>	<i>Все специальности</i>	<i>Острые случаи</i>
1982	348 104	143 535
1998	193 625	107 807
Изменение процента	- 44%	- 25%

Источники: Department of Health (1982); Henscher and Edwards (1999).

Внешний «интерфейс»: ускорение выписки из больницы

Анализ обоснованности госпитализации показал, что необоснованные койко-дни — явление более распространенное, чем случаи необоснованного приема в стационар. Иначе говоря, среди обоснованно госпитализированных больных многие остаются в больнице дольше, чем необходимо. Доля больных, которым стационарное лечение, начиная с определенного момента, перестало приносить пользу, составляет от 14,6% для всех специальностей, за исключением психиатрии и акушерства (Victor et al. 1994), до 61,9% для больных, лечащихся в терапевтических отделениях и отделениях по уходу за пожилыми больными в городских больницах (Coast et al. 1996). Отсюда следует, что выписка многих больных может быть существенно ускорена. На рис. 5.2 представлена упрощенная диаграмма «интерфейсов» между больницей и теми службами, которые занимаются больными после выписки.

Значительное внимание уделялось проблеме улучшения внешнего «интерфейса» между больницей и послебольничным лечением. Заметных успехов можно достичь, координируя и планируя отдельные случаи и заранее разрабатывая планы выписки. Неплохие результаты обещает метод планирования хода больничного и послебольничного лечения, позволяющий заранее установить срок выписки и разработать меры по домашнему лечению. Координато-

ры выписки могут прийти к аналогичным результатам, отслеживая ход лечения каждого из стационарных больных и консультируясь со сторонними медиками-профессионалами и агентствами. Препятствия к выписке часто бывают обусловлены внутренними системными дефектами больниц и недостаточно четким планированием. Многие трудности могут быть обусловлены также недостаточно четким взаимодействием между медицинскими службами и службами социального ухода, ответственными за послебольничную помощь или за помещение больного в интернат или дом престарелых. Усилия по совершенствованию планирования и координации между агентствами предпринимались не только в Великобритании.

Рисунок 5.2. Взаимодействие больницы с внешней средой: связи, направленные вовне



Согласно некоторым данным, хорошо организованные реабилитационные службы, охватывающие как больницу, так и коммунальные учреждения и агентства по поставкам услуг, могут снизить продолжительность пребывания в больнице без ухудшения клинических результатов (Rudd et al. 1997). Было обнаружено, что хорошие реабилитационные службы дают положительные результаты по инсульту и сердечным заболеваниям, а всесторонние гериатрические оценки также могут заметно повысить эффективность услуг, однако об экономической стороне подобных мер судить трудно или даже невозможно (Dickinson and Sinclair 1998). Дневные больницы в Великобритании издавна служат местом многопрофильной оценки случаев и реабилитации больных на участке между стационарным лечением и домашним уходом. Систематический обзор проб на протяжении 30 лет показал, что, хотя наличие дневных больниц может привести к некоторому сокращению средних сроков пребывания в стационаре, этот способ лечения не менее дорог, чем коммунальная и больничная альтернативы (Forster et al. 1999).

Выписка далеко не всякого больного может быть ускорена только благодаря хорошо организованной координации. Требования об ускорении выписки могут адресоваться альтернативным поставщикам медицинских услуг для подострых случаев. Реабилитация может проводиться под руководством среднего медицинского персонала (то есть без участия врачей, что заметно снижает ее стоимость); своих сторонников имеет и такой метод, как создание «гостиниц» для больных, нуждающихся в наблюдении, но не в интенсивном лечении. Впрочем, эти подходы все еще не были систематически оценены с экономической точки зрения (Steiner 1997). Согласно имеющимся немногочисленным данным, ускорения выписки из больницы можно достичь благодаря повышению коэффициента использования коек (Baker et al. 1986). У нас нет ответа на главный вопрос: пусть с помощью вспомогательных лечебных учреждений удастся ускорить выписку и снизить расходы на каждого больного, однако значит ли это, что наличие таких учреждений снижает коэффициент использования коек и общий уровень расходов?

В Великобритании самой изученной альтернативой больничному лечению является, по-видимому, концепция «больницы на дому». Согласно этой концепции, больной выписывается из больницы быстрее, а послебольничная помощь (как правило, речь идет об уходе и реабилитационной терапии) предоставляется в домашних условиях. Как уже отмечалось, схемы «больницы на дому», призванные ускорить выписку из больницы, легче поддаются оценке, чем любые схемы, цель которых — не допустить госпитализации. В отношении результативности лечения «больница на дому» равноценна больнице (Wilson et al. 1997; Richards et al. 1998; Shepperd et al. 1998a; Shepperd and Illiffe 2000). Идея «больницы на дому» способствует ускорению выписки из больницы, однако это может быть достигнуто ценой значительного продления периода лечения на дому (Hensher et al. 1996; Shepperd et al. 1998b). Анализ экономичности «больницы на дому» дает неоднозначные результаты. Согласно одним авторам, лечение в «больнице на дому» обходится дешевле, чем обычное стационарное лечение (Wilson et al. 1997, Coast et al. 1998); другие авторы не усматривают различий или обнаруживают, что в ряде случаев «больница на дому» может оказаться дороже, чем обычная больница (Hensher et al. 1996; Shepperd et al. 1998a).

«Интерфейс» непрерывного ухода

Как ни странно, литература по организации здравоохранения в Великобритании почти ничего не сообщает об интернатах и домах престарелых, которые служат важнейшей альтернативой стационарному лечению и одним из ключевых «интерфейсов» для современной больницы. Интернаты и дома престарелых предоставляют индивидам непрерывный уход в институциональных (но не больничных) условиях.

Трудно переоценить влияние перемен в государственном больничном секторе Великобритании на функционирование интернатов и домов престарелых, находящихся преимущественно в частном владении, но финансируемых государством. Между 1984 и 1998 годом общее число коек в системе ГСЗ снизилось (по всем специальностям) с 348 104 до 193 625, то есть на 154 479. За то же время число зарегистрированных коек в английских домах престарелых возросло с 32 831 до 185 950, то есть на 153 119. В табл. 5.3 показана статистическая связь

Таблица 5.3. Связь между ростом числа коек в частных домах престарелых и снижением числа коек в больницах системы Государственной службы здравоохранения Англии, 1984—97 гг.

	<i>Общее число коек в системе Государственной службы здравоохранения</i>	<i>Число коек в системе Государственной службы здравоохранения, предназначенных для лечения острых случаев</i>
Коэффициент корреляции Пирсона (r)	-0,998	-0,998
Значение Р (на основе двойной выборки)	<0,0001	<0,0001
<i>Результаты линейной регрессии: r²</i>	0,996	0,976
Уклон	-0,848	-0,196
95-процентные доверительные интервалы уклона	от -0,883 до -0,812	от -0,216 до -0,175

Источник: Hensher et al. (1999).

между снижением числа коек в системе ГСЗ и ростом числа коек в домах престарелых как по всем специальностям, так и по острым случаям.

За последние 15 лет на каждую ликвидированную койку в системе ГСЗ приходилась одна новая койка в доме престарелых. Подобное соотношение было запланировано; больные систематически переводились из клиник, предназначенных для долгосрочного лечения психических болезней и инвалидности, в более мелкие учреждения, ныне классифицируемые как дома престарелых. Благодаря этому ГСЗ получила возможность ликвидировать ряд коек, предназначенных для длительного лечения пожилых людей, а также освободить койки, предусмотренные для острых случаев, от таких больных, которые нуждаются в непрерывном лечении. Почти точное совпадение числа коек, ликвидированных в системе ГСЗ, с числом коек, открытых в домах престарелых, указывает на то, что пребывание в доме престарелых — адекватная замена больничному лечению.

Сектор домов престарелых растет и в других странах. Кое-где — например, в Бельгии — даже некоторые больницы преобразуются в дома престарелых.

С расширением этого сектора расширяется также выбор между различными сочетаниями государственных и частных поставок. Однако литературные данные по Великобритании очень ограничены и касаются преимущественно долгосрочного ухода за психически больными и инвалидами. Так, было обнаружено, что уход за психически больными взрослыми людьми в частных интернатах и домах престарелых в среднем обходится дешевле, чем долгосрочное лечение в больнице (Veecham et al. 1997); вместе с тем внутри исследованной выборки верхний уровень расходов был в шесть раз выше нижнего. Подчеркивалось, что средства, высвобождаемые благодаря ликвидации больничных коек, должны в плановом порядке направляться на уход за престарелыми и инвалидами (Knapp et al. 1997).

Американская литература по интернатам и домам престарелых значительно богаче британской; некоторые ее ключевые темы могут иметь значение и для Европы. По положению на 1990 г. 43% всех жителей США, достигших 65-летнего возраста, проводят хотя бы немного времени в доме престарелых (Kemper and Murtaugh 1991). Из этого числа 55% находятся в доме престарелых свыше одного года, а 21% — пожизненно от пяти лет и выше. Не менее 8,5% всех больных в возрасте от 65 лет и выше, госпитализированных по программе Medicare, поступили из домов престарелых (Freiman and Murtaugh 1995). Дома престарелых отправляют в больницы значительную часть своих умирающих постояльцев (Smith et al. 1995; Fried et al. 1999); обоснованность подобной практики подвергается сомнению. По-видимому, есть смысл задуматься над возможностью преобразования домов престарелых в большие гериатрические центры; предполагается, что профессиональные врачи будут играть в таких центрах весьма значительную роль (Burton 1994). По-видимому, такое развитие будет означать шаг назад, к традиционной модели гериатрической больницы или больницы, предназначенной для непрерывного ухода; оно чревато последствиями для относительной стоимости пребывания в доме престарелых.

Меняющиеся информационные потоки и взаимосвязи

Меняющиеся модели предоставления услуг заметно влияют на характер взаимоотношений между поставщиками медицинской помощи. Ключевая тема — значение координации различных типов услуг для отдельного больного в постоянно усложняющейся системе. В таблице 5.4 проиллюстрированы некоторые изменения в характере информационных потоков и взаимосвязей на примере «интерфейса» между врачами общей практики и больничными консультантами (врачами-специалистами) в Великобритании. Представлена традиционная модель, которая, вероятно, является стереотипной; это описание типично для ситуации середины и конца 1980-х годов.

В таблице 5.4 показаны лишь некоторые информационные потоки между немногими агентами на одном из многих «интерфейсов», связывающих больницу с внешним миром. Непосредственное отношение к этим информационным потокам имеют организационные и финансовые механизмы, направленные на то, чтобы плавно и естественно переводить больных через граничные пункты по ходу их лечения. Совершенствование информационных технологий, несомненно, ускорило движение информационных потоков и облегчило установление взаимосвязей, однако само по себе не оказало особого влияния на установки агентов. Признание необходимости совершенствовать двусторонние связи, менее строгое размежевание ролей, рост возможностей для личного и профессионального взаимодействия между врачами общей практики и врачами-специалистами, — все эти моменты знаменуют собой принципиальный отход от традиционной модели и не зависят от прогресса в сфере коммуникаций и информационной технологии.

Таблица 5.4. Изменения в характере информационных потоков и взаимосвязей между врачами общей практики и больничными консультантами (врачами-специалистами) через «интерфейс» между первичной помощью и больницей

Тип потока или взаимосвязи	Традиционная модель	Складывающаяся модель
Личные контакты	Преимущественно неофициальные, через обучение и профессиональные ассоциации. Отдельные специализированные сессии для врачей общей практики в больницах	Совместная подготовка протоколов лечения. Заказ и планирование услуг. Койки, руководимые врачами общей практики. Более активная сессионная работа врачей общей практики (например, в отделениях скорой и неотложной помощи). Консультации выездных специалистов для врачей общей практики
Телефонные контакты	Возможны, но обычно зависят от факта знакомства	Для врачей общей практики и консультантов эта модель еще действительна. Однако больные получают возможность вступать в контакт с врачами-специалистами, чтобы получить консультацию после выписки. По телефону можно заказать срочную койку или консультацию. Средний медицинский персонал может консультироваться по телефону с группой первичной помощи перед выпиской больного
Письменное общение	Направление от врача общей практики, необходимое для приема у врача-специалиста (консультанта). Письмо консультанта врачу общей практики о выписке (иногда обязательное)	Многочисленное ускорение письменного общения благодаря факсу и электронной почте. Письменное направление может быть необязательным (так, для получения срочной консультации достаточно телефонного звонка врача общей практики).

		Документ о выписке содержит согласованные минимальные данные, представленные в формализованном виде
Передача клинических данных	Маловероятно, чтобы клиническая документация была передана врачу общей практики	Экземпляр клинической документации может прилагаться к документу о выписке. Переход к автоматическому электронному доступу?
Передача изображений	Рентгеновские снимки могут прилагаться к документу о выписке	Снимки и другие изображения обычно прилагаются к документации. Врачи общей практики могут иметь прямой доступ к рентгену. Переход к электронному доступу с полной документацией?

Уроки и следствия

Анализируя больницы, следует рассматривать их в более широком контексте коммунальных услуг, социального ухода и опеки, первичной медицинской помощи, специализированного амбулаторного лечения и медицинских служб третьей ступени. Системный подход к планированию не следует смешивать с нормативной моделью, когда планирующие инстанции предписывают строго определенные роли для каждого компонента системы и устанавливают параметры его функционирования. Системный подход предполагает наличие тонкой методики обнаружения сложных взаимосвязей и информационных взаимодействий внутри больницы и между больницей и ее окружением.

Неумение правильно оценивать стимулы, информационные потоки и ожидания, управляющие поведением различных «интерфейсов» и поведением различных агентов внутри самой больницы, чревато неожиданными и часто нежелательными последствиями. Предугадать реакции больниц и клиницистов на перемены в «интерфейсах» трудно. Дневная хирургия — полезный пример такой реакции системы, которая противоречит намерениям политиков. Неумение точно оценивать ожидания и стимулы, влияющие на поведение агентов, — основной фактор, мешающий эффективно управлять больничной системой, отдельной больницей или ее подразделением. Фильтры, протоколы и другие методы организации информационного обмена и выявления ожиданий различных агентов, вероятно, так же важны для управления «интерфейсами», как и более традиционные финансовые стимулы. Как те, так и другие необходимы для того, чтобы изменить поведение агентов.

После установления консенсуса относительно роли первичной помощи в лечении хронических болезней и некоторых острых случаев «интерфейс» выписки может сыграть полезную роль в том, что касается повышения эффек-

тивности использования больничных мощностей; пользы от правильного управления этим «интерфейсом» может быть больше, чем от дальнейших попыток предотвратить необоснованную госпитализацию. Перемены в «интерфейсе» выписки будут вдобавок способствовать увеличению пропускной способности больниц, что позволит увеличить число принимаемых больных. Такие меры будут иметь последствия и для поставщиков первичной и социальной помощи; чтобы не упустить их из виду, нужно трактовать больницу как целостный организм в системе экономики здравоохранения. Меры по снижению стоимости койко-дня и увеличению числа альтернативных поставщиков чреваты ростом общего уровня расходов на здравоохранение.

«Технократическое» отношение к больницам как к замкнутым системам никогда не оправдывало себя; оно является тем более неоправданным в наши дни, когда пребывание в больнице становится эпизодом в длительном процессе лечения и уже не может рассматриваться как изолированное событие. Непредвиденным следствием реформ 1990-х годов, приведшим к дроблению систем поставщиков на самостоятельные организационные единицы, стал провал попыток реформировать больницы как отдельные, изолированные учреждения. Больницы утратили или утрачивают часть того престижа и той власти, благодаря которым они могли функционировать отдельно от остальных компонентов системы здравоохранения, а также друг от друга. Задача будущих руководителей больниц — контролировать все «интерфейсы», общаться и сотрудничать с другими поставщиками, а также вступать с ними в отношения конкуренции. Руководители больниц должны уметь оказывать влияние на своих коллег-клиницистов и убеждать поставщиков первичной и социальной помощи поступать так же. Возможно, для этого понадобится иной тип личности и иные подходы, чем те, к которым нас приучили больницы традиционного типа.

Литература

- Anglia and Oxford Intermediate Care Project (1997) *Opportunities in Intermediate Care: Summary Report from the Anglia and Oxford Intermediate Care Project*. Milton Keynes: NHS Executive Anglia and Oxford.
- Apolone, G., Fellin, G., Tampieri, A. et al. (1997) Appropriateness of hospital use: report from an Italian study, *European Journal of Public Health*, 7:34-9.
- Armstrong, D. and Nicoll, M. (1995) Consultants' workload in outpatient clinics, *British Medical Journal*, 310:581-2.
- Audit Commission (1992) *Lying in Wait: The Use of Medical Beds in Acute Hospitals*. London: HMSO.
- Bailey, J., Wilkin, D. and Black, E. (1994) Specialist outreach clinics in general practice, *British Medical Journal*, 308:1083-6.
- Baker, J., Goldacre, M. and Muir Gray, J.A. (1986) Community hospitals in Oxfordshire, their effect on the use of specialist in-patient services, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 40:117-20.
- Beecham, J., Knapp, M., McGilloway, S. et al. (1997) The cost effectiveness of community care for adults with learning disabilities leaving long-stay hospital in Northern Ireland, *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 41:30-41.
- Burton, J. (1994) The evolution of nursing homes into comprehensive geriatrics centres: a perspective, *Journal of the American Geriatric Society*, 42:794-6.

- Coast, J., Inglis, A., Morgan, K. et al. (1995) The hospital admissions study in England: are there alternatives to emergency hospital admission?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49:194-9.
- Coast, J., Inglis, A. and Frankel, S. (1996) Alternatives to hospital care: what are they and who should decide?, *British Medical Journal*, 312:162-6.
- Coast, J., Richards, S., Peters, T. et al. (1998) Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis, *British Medical Journal*, 316:1802-6.
- Coulter, A. (1998) Managing demand at the interface between primary and secondary care, *British Medical Journal*, 316:1974-6.
- Dawson, A., Middlemiss, C., Coles, E., Gough, N. and Jones, M. (1989) A randomised study of a domiciliary antenatal care scheme: the effect on hospital admissions, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96:1319-22.
- Department of Health (1982) *Health and Personal Social Services Statistics for England*. London: The Stationery Office.
- Department of Health (1997) *Statistical Bulletin 1996*. London: Government Statistical Service.
- Dickinson, E. and Sinclair, A. (1998) *Effective Practice in Rehabilitation — Reviewing the Evidence*. London: King's Fund.
- Edwards, N., Hensher, M. and Werneke, U. (1998) Changing hospital systems, in R. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Fertig, A., Roland, M., King, H. and Moore, T. (1993) Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are referrals inappropriate and would guidelines help to reduce rates?, *British Medical Journal*, 318:1467-70.
- Forster, A., Young, J. and Langhorne, P. (1999) Systematic review of day hospital care for elderly people: the Day Hospital Group, *British Medical Journal*, 318(7187): 837-41.
- Freiman, M. and Murtaugh, C. (1995) Interactions between hospital and nursing home use, *Public Health Reports*, 110:546-54.
- Fried, T., Pollack, D., Drickamer, M. and Tinetti, M. (1999) Who dies at home? Determinants of site of death for community-based long-term patients, *Journal of the American Geriatric Society*, 47:25-9.
- Gaspov, J., Lee, T., Weinstein, M. et al. (1994) Cost-effectiveness of a new short-stay unit to 'rule-out' acute myocardial infarction in low risk patients, *Journal of the American College of Cardiology*, 24:1249-59.
- Gillam, S., Dunne, H., Ball, M. et al. (1995) Investigation of benefits and costs of an ophthalmic outreach clinic in general practice, *British Journal of General Practice*, 45:649-52.
- Hensher, M. and Edwards, N. (1999) Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s, *British Medical Journal*, 319:911-14.
- Hensher, M., Fulop, N., Hood, S. and Ujah, S. (1996) Does hospital at home make economic sense? Results of an economic evaluation of early discharge hospital at home care for orthopaedic patients in three areas of West London, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89:595-600.
- Hensher, M., Fulop, N., Coast, J. and Jefferys, E. (1999) The hospital of the future: better out than in? Alternatives to acute hospital care, *British Medical Journal*, 319:1127-30.
- Kemper, P. and Murtaugh, C. (1991) Lifetime use of nursing home care, *New England Journal of Medicine*, 324:595-600.

- Knapp, M., Chisholm, D., Astin, J., Lelliott, P. and Audini, B. (1997) The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study, *Psychological Medicine*, 27:681-92.
- Knotternus, J., Joosten, J. and Daams, J. (1990) Comparing the quality of referrals of general practitioners with high and average referral rates: an independent panel review, *British Journal of General Practice*, 40:178-81.
- Kornokowski, R., Zeeli, D. and Averbuch, M. (1995) Intensive home care surveillance prevents hospitalization and improves morbidity rates among elderly patients with severe congestive heart failure, *American Heart Journal*, 129:762-6.
- Marber, M., MacRae, C. and Joy, M. (1991) Delay to invasive investigation and revascularisation for coronary heart disease in South West Thames region: a two-tier system?, *British Medical Journal*, 302:1189-91.
- Raftery, J. and Stevens, A. (1998) Day case surgery trends in England: the influences of target setting and of general practitioner fundholding, *Journal of Health Services Research and Policy*, 3:149-52.
- Read, S. (1994) *Patients with Minor Injuries: A Literature Review of Options for their Treatment Outside Major A&E Departments or Occupational Health Settings*. Sheffield: Sheffield Centre for Health and Related Research.
- Reid, F., Cook, D. and Majeed, A. (1999) Explaining variation in hospital admission rates: cross sectional study, *British Medical Journal*, 319:98-103.
- Richards, S., Coast, J., Gunnell, D. et al. (1998) Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge hospital at home scheme with acute hospital care, *British Medical Journal*, 316:1796-801.
- Rudd, A., Wolfe, C., Tilling, K. and Beech, R. (1997) Randomised controlled trial to evaluate early discharge scheme for patients with stroke, *British Medical Journal*, 315:1039-44.
- Shepperd, S. and Iliffe, S. (2000) Hospital-at-home versus in-patient hospital care, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD000356.
- Shepperd, S., Harwood, D., Jenkinson, C. et al. (1998a) Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care I: three month follow up of health outcomes, *British Medical Journal*, 316:1786-91.
- Shepperd, S., Harwood, D., Gray, A., Vessey, M. and Morgan, P. (1998b) Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care II: cost minimisation analysis, *British Medical Journal*, 316:1791-6.
- Smith, H., Pryce, A., Carlisle, L. et al. (1997) Appropriateness of acute medical admissions and length of stay, *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 31:527-32.
- Smith, W., Kellerman, A. and Brown, J. (1995) The impact of nursing home transfer policies at the end of life on a public acute care hospital, *Journal of the American Geriatric Society*, 43:1052-7.
- Starfield, B. (1994) Is primary care essential?, *Lancet*, 344:1129-33.
- Steiner, A. (1997) *Intermediate Care: A Conceptual Framework and Review of the Literature*. London: King's Fund.
- Surender, R., Bradlow, J., Coulter, A., Doll, H. and Stewart Brown, S. (1995) Prospective study of trends in referral patterns in fundholding and non-fundholding practices in the Oxford region, *British Medical Journal*, 311:1205-8.
- Victor, C. and Khakoo, A.A. (1994) Is hospital the right place? A survey of 'inappropriate' admissions to an inner London NHS trust, *Journal of Public Health Medicine*, 16(3): 286-90.

- Victor, C., Nazareth, B., Hudson, M. and Fulop, N. (1994) The inappropriate use of acute hospital beds in an inner London District Health Authority, *Health Trends*, 25(3): 94-7.
- Waghorn, A., McKee, M. and Thompson, J. (1997) Surgical outpatients: challenges and responses, *British Journal of Surgery*, 84:300-7.
- Wilson, A., Parker, H., Wynn, A. et al. (1997) Hospital at home is as safe as hospital, cheaper and patients like it more: early results from a randomised controlled trial, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(5): 593.

глава ШЕШТАЯ

Можно ли считать, что чем больница больше, тем она лучше?

Джон Поснетт

Введение

Внутри системы здравоохранения существует множество разнообразных способов предоставления больничных услуг. В одних системах предпочтение отдается небольшому числу очень крупных учреждений, в других — мелким учреждениям, рассредоточенным по территории. Выбор между этими двумя формами организации больничного сектора зависит от географического контекста; кроме того, при выборе следует оценить возможные преимущества крупных больниц и возможное влияние той или иной формы организации больничного сектора на доступ населения к услугам.

Оптимальный размер больницы — функция взаимосвязи между доступом больных, положительным экономическим эффектом масштаба и объемом как определяющим фактором результативности лечения. В последнее время во многих странах наблюдается тенденция к росту емкости больниц: считается, что средний уровень расходов снижается по мере роста объема, а результаты лечения лучше в таких больницах, где клиницисты занимаются большими объемами случаев. С другой стороны, чем больше концентрация услуг, тем ниже доступность для больных. Настоящая глава посвящена анализу всех этих факторов.

Положительный экономический эффект масштаба

Может показаться, что чем больше больница, тем меньшим должен быть средний размер расходов на каждого больного (положительный эффект масштаба). Однако это предположение не подтверждается объективными данными. О положительном эффекте масштаба говорят в тех случаях, когда долго-

срочные средние издержки снижаются по мере того как масштаб или объем деятельности растет. Эффект масштаба характеризует ситуацию, когда фиксированные издержки высоки по сравнению с переменными издержками на единицу продукции. Когда объем деятельности растет, средние издержки снижаются, а фиксированные издержки распределяются по более широкой базе. На рис. 6.1 показана типичная кривая долгосрочных средних издержек. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что средние издержки начинают расти в тот момент, когда меры экономии исчерпывают себя, и дополнительные расходы порождают отрицательный эффект масштаба.

Рисунок 6.1. Долгосрочные средние издержки, теоретическая кривая



Источник: Aletras et al. (1997).

Применяя это понятие к больничному сектору, следует проводить различие между эффектом масштаба в учреждении, работающем до некоторого момента не на полную нагрузку, и сопоставлением средних издержек в двух учреждениях различного размера. Если больница укомплектована кадрами до определенного уровня, все расходы реально зафиксированы на данном уровне; рост активности порождает экономический эффект масштаба до момента достижения максимальной нагрузки. Впрочем, спорный момент заключается не в этом. Уверенность в том, что большая больница эффективнее малой, основывается на допущении, что средние издержки в малой больнице выше даже в том случае, если обе больницы работают на полную нагрузку. Если это допущение верно, то, сравнивая средние издержки в больницах различного размера, но сходных по остальным параметрам, мы должны будем выявить значительный эффект масштаба.

В недавнем обзоре литературы по экономическому эффекту масштаба учтено свыше 100 исследований (Aletras et al. 1997). Среди использованных методов — функциональный анализ больничных расходов, эконометрические исследования функций производства, анализ путем охвата данных, анализ выживаемости.

Функциональный анализ больничных расходов ставит своей целью определение основных детерминантов различий в структуре расходов между отдельными больницами. Признание существования положительного или отрицательного эффекта масштаба означает отказ от нулевой гипотезы, согласно которой издержки не зависят от размера. Подобные исследования основаны на допущении, что больницы работают в такой среде, которая совместима с минимизацией издержек; соответственно наблюдаемые различия в расходах отражают различия в эффективности.

Опубликованные исследования различаются по качеству использованных методов; результаты исследований должны оцениваться с учетом этого обстоятельства. Важно выбрать подходящую единицу измерения, скорректировать данные с учетом различий по совокупности случаев и с учетом вложенных средств.

- *Подходящая единица измерения.* В качестве единицы измерения относительной эффективности размер издержек на лечение отдельного случая предпочтительнее размера дневных издержек; исследования, использующие в качестве зависимой переменной размер издержек на лечение отдельного случая, более надежны. Поскольку больничные издержки, как правило, выше в первые дни после поступления больного, больница, повышающая эффективность путем снижения средней продолжительности пребывания в стационаре, может нести в среднем более высокие дневные издержки, чем соседняя больница, деятельность которой относительно менее эффективна.
- *Корректировка данных с учетом различий по совокупности случаев.* Один из самых очевидных детерминантов различий в уровне расходов между больницами — различия в характере случаев. Исследования, не скорректированные с учетом различий между больницами в том, что касается интенсивности использования средств, трудны для интерпретации, особенно с точки зрения эффекта масштаба. Если большие больницы работают в режиме более интенсивного использования ресурсов, их средние издержки могут быть выше даже при наличии положительного эффекта масштаба.
- *Корректировка данных с учетом размера вложенных средств.* Издержки зависят от совокупности вложенных средств и отдельных вложений. В отсутствие адекватной корректировки различия в размере вложенных средств могут стать препятствием для оценки реальной взаимосвязи между размером больницы и эффективностью ее работы.

Анализ функций производства в применении к больницам использовался также для проверки гипотез о положительном эффекте масштаба путем оценки соотношения между размером вложений и продуктивностью. Если рост продуктивности превышает пропорциональный рост всех вложений, это явно свидетельствует о положительном эффекте масштаба. При оценке качества исследования функций производства применяются те же критерии, что и при оценке анализа расходов.

При анализе путем охвата данных наблюдаемые соотношения на материале выборки больниц используются для выявления предела эффективности. Относительная эффективность отдельно взятой больницы оценивается согласно тому, какую позицию занимает данная больница по отношению к этому пределу. Были разработаны модели, указывающие на рост, снижение или

постоянство оборота в зависимости от масштаба; такие модели могут использоваться для определения того, какой масштаб является минимально эффективным (Banker 1984).

При анализе выживаемости в центре внимания оказывается процесс конкуренции, влияющий на распределение больниц различной емкости в масштабах местного или национального рынка. В основе этого типа анализа — допущение, что преуспевающие больницы (имеющие высокую долю на рынке) находятся в оптимальной категории объема. Доля на рынке тех больниц, которые слишком малы или слишком велики по условиям данного рынка, будет снижаться.

В ранних исследованиях по больничным издержкам различия по совокупности случаев учитывались слабо; в большинстве таких исследований в качестве зависимой переменной выступали дневные издержки. Почти все ранние исследования, использовавшие в качестве единицы измерения издержки на лечение отдельного случая и учитывавшие различия по совокупности случаев, указывали на непрерывный рост расходов (отрицательный эффект масштаба). Работа Паули (Pauly 1978), осуществленная с учетом различий по совокупности случаев и в размере не связанных с врачами вложений, указывает на постоянный рост оборота соответственно масштабу для выборки больниц, средний размер которых — 180 коек. Ивенс и Уокер (Evans and Walker 1972) обнаружили незначительный отрицательный эффект масштаба при анализе выборки больниц различного размера (от 25 до 1000 с лишним коек), тогда как положительный эффект масштаба был обнаружен только для больниц с числом коек меньше ста.

Недавние исследования, более аккуратно учитывающие различия по совокупности случаев, также обнаруживают постоянный рост издержек или отрицательный эффект масштаба (Eakin and Kniesner 1988; Vita 1990; Pangilinan 1991; Kemere 1992; Scuffham et al. 1996). Данные этих исследований согласуются с мнением, согласно которому положительный эффект масштаба полностью используется в небольших больницах (100—200 коек). Кемере (Kemere 1992) сообщает об устойчивом отрицательном эффекте масштаба для больниц с числом коек около 300. Скаффем с соавторами (Scuffham et al. 1996) указывает, что положительный эффект масштаба в полной мере используется в больницах с числом коек не более 125. Вита (Vita 1990) обнаруживает признаки отрицательного эффекта масштаба в больницах на 180 коек.

Если допущение, согласно которому больницы стремятся к минимизации издержек, обоснованно, значит, информация о положительном эффекте масштаба может быть извлечена либо из функции расходов, либо из функции производительности. Эконометрические исследования производительности больниц немногочисленны и по большей части указывают на постоянный или снижающийся оборот в зависимости от масштаба (Feldstein 1967; Lavers and Whynes 1978; Jensen and Morrisey 1986). Такие исследования не сообщают ничего существенного о емкости тех больниц, где положительный эффект масштаба используется в полной мере.

Исследования, осуществленные путем охвата данных, как правило, не обнаруживают эффекта масштаба в больницах с числом коек меньше 200 и выше 620. Для более мелких больниц характерен положительный, тогда как для более крупных — отрицательный эффект масштаба. Что касается оптимального размера больницы, то по данному вопросу существуют заметные разногласия. Согласно некоторым авторам, оптимальная емкость больницы составляет

220—260 коек (Banker et al. 1986, Byrnes and Valdemis 1994). Исследование, осуществленное на материале французских больниц, указывает на более высокую цифру — 500—520 коек (Derveaux et al. 1994). Данные одного из исследований (Maindiratta 1990) указывают на медленный рост отрицательного эффекта масштаба по мере отхода от оптимальной емкости: емкость больницы должна быть значительно (вплоть до 1,8 раз) выше оптимальной, чтобы она могла эффективно передать часть объема работы более мелким больницам.

Результаты анализов выживаемости трудны для интерпретации, поскольку успехи отдельно взятой больницы могут обуславливаться не только эффектом масштаба или относительной результативностью работы. Поэтому результатам подобных исследований должно придаваться меньшее значение, чем результатам методологически правильно осуществленного анализа больничных расходов и функций производства. Исследования выживаемости, как правило, свидетельствуют о том, что в больницах с числом коек менее 200 эффект масштаба не наблюдается (Mobley 1990; Lille-Blanton et al. 1992; Frech and Mobley 1995). Оптимальная емкость больницы оценивается в 325 коек (Mobley and Frech 1994) или в 200—370 коек (Frech and Mobley 1995).

Существующая литература обширна, так же как и спектр использованных статистических методов; при этом результаты различных исследований в целом хорошо согласуются друг с другом. Согласно большинству исследований, расходы больниц остаются на одном и том же уровне или растут. Эффект масштаба в полной мере используется в относительно небольших больницах (насчитывающих 100—200 коек). Заметной особенностью больничного производства является отрицательный эффект масштаба; при этом трудно сделать общий вывод относительно того, на каком уровне может ожидать рост издержек. Имеющимся данным более или менее соответствует масштаб 300-600 коек. Эти результаты противоречат гипотезе, согласно которой большие больницы эффективнее малых.

На рисунке 6.2 показана обобщенная долгосрочная кривая расходов, выведенная на основе имеющихся литературных данных. Каковы особенности технологии больничного производства, порождающие долгосрочную кривую этого рода? Предположим, что больница общего профиля определяется как совокупность взаимодополняющих лечебных, диагностических и вспомогательных служб. Сначала устанавливаются конфигурация и емкость больницы, затем — уровни кадрового обеспечения и оборудования. Далее, предположим, что существует некий минимум кадрового обеспечения и оборудования, необходимый для предоставления услуг по всем специальностям, характеризующим больницу общего профиля, и что максимальная пропускная способность (емкость) такой больницы — x случаев в год. В любой больнице, пропускная способность которой ниже x , будет иметь место неиспользованный положительный эффект масштаба. Литературные данные указывают на то, что минимальная емкость больницы общего профиля составляет около 200 коек. Впрочем, следует заметить, что основная часть литературы относится к Великобритании или США. Нужно признать, что понятие минимальной емкости складывается под влиянием сложившихся представлений о минимальном уровне кадрового обеспечения и оборудования больницы общего профиля. Эти представления в разных странах могут заметно различаться.

Когда емкость больницы превосходит этот уровень, расходы на кадровое обеспечение и оборудование начинают колебаться. Существование эффекта

масштаба теперь зависит от того, как происходит рост расходов по мере повышения емкости. Некоторые расходы (например, расходы на управление и администрацию) могут достичь постоянного уровня независимо от достижения минимальной емкости, однако большинство расходов (в том числе расходы на врачей, средний медицинский и технический персонал) будет, скорее всего, расти более или менее пропорционально увеличению емкости. При этом в больших больницах положительный эффект масштаба будет в лучшем случае незначительным; при емкости в 200 или более коек уровень средних издержек будет оставаться постоянным.

Рисунок 6.2. Кривая, отражающая наблюдаемые долгосрочные средние издержки



Источник: Aletras et.al. (1997).

Таблица 6.1. Распределение больниц в Англии согласно их размеру (включая больницы в системе объединенных трестов Государственной службы здравоохранения)

Число коек в больнице	Больницы		Койки в больницах	
	Число	%	Число	%
<100	90	22,0	5002	3,5
100-200	59	14,4	8491	6,0
200-300	51	12,5	12 513	8,9
300-400	55	13,4	19 260	13,7
400-500	48	11,7	21 147	15,0
500-600	39	9,5	21 224	15,1
>600	67	16,4	53 320	37,8

Источник: NHS Centre for Reviews and Dissemination and Nuffield Institute for Health (1996).

Отрицательный эффект масштаба становится очевидным, если некоторые из ресурсов, необходимых для функционирования больницы, не приумножаются настолько, чтобы прийти в соответствие с увеличением емкости. В этом случае средние издержки начинают расти, поскольку чрезмерная интенсивность использования услуг приводит к снижению эффективности руководства, недостаточной укомплектованности кадрами и более частой порче оборудования (на уровне около 300—600 коек).

В таблице 6.1 показано распределение больниц согласно емкости в системе британской Государственной службы здравоохранения по положению на 1997 г. Около половины больниц имели не более 300 коек, но половина общей емкости приходилась на больницы с числом коек свыше 400.

Объем и результативность работы

Считается также, что лучшая результативность достигается в тех учреждениях, где объем работы выше. Это представление подтверждается многочисленными источниками и обзорами (Luft et al. 1979; Black and Johnston 1990; Banta and Bos 1991; Stiller 1994).

Процессы, обуславливающие высокую результативность крупных учреждений, все еще поняты не в полной мере. Предполагается, что результативность может быть связана с опытом отдельных врачей, квалификацией и опытом коллектива клиники, доступностью дополнительных лечебных и вспомогательных услуг на месте оказания медицинской помощи. В литературе уделяется внимание преимущественно первому из этих факторов. Тем не менее возможное существование связи между объемом и результативностью не обязательно указывает на то, что большие больницы работают более результативно. Оно указывает прежде всего на то, что услуги, для которых удалось продемонстрировать наличие положительной связи между объемом и результативностью, будут результативнее в том случае, если деятельность по их оказанию будет сосредоточена в отделениях, удовлетворяющих минимальным критериям объема.

Исследования в данной области по большей части посвящены сопоставлению результатов, полученных для пациентов группы больниц малой емкости, с результатами, полученными для пациентов группы больниц большой емкости. Считается, что связь между объемом и результативностью положительна, если результаты в больницах большой емкости лучше.

В большинстве случаев для оценки результативности деятельности больницы служит показатель внутрибольничной или краткосрочной (до 30 дней) смертности. Объемы процедур измеряются либо на уровне отдельной больницы, либо, реже, на уровне отдельного взятого клинициста; в различных исследованиях высокий и низкий объемы определяются по-разному. Одни исследователи допускают существование порога, разделяющего высокий и низкий объемы, тогда как другие рассматривают объем как непрерывную переменную и используют метод регрессивного тестирования статистической значимости объема как показателя результативности.

Все эти варианты важны для интерпретации результатов опубликованных исследований, однако особенно большое значение имеет вопрос об адекватной корректировке с учетом различий по совокупности случаев. Любая наблюдаемая взаимосвязь между объемом и результативностью может быть интер-

претироваана неверно при отсутствии должной корректировки по прогнозу для больных. В качественных исследованиях осуществлена коррекция по всем факторам, способным повлиять на результативность лечения — таким, как возраст, степень серьезности болезни, наличие сопутствующих заболеваний и др. Наиболее надежны те исследования, в которых осуществлена коррекция согласно степени риска на основе детального анализа клинических данных.

Показано (Sowden et al. 1997), что большинство исследований в данной области осуществлялось без должного учета различий в прогнозе для больных. При наличии адекватного контроля над совокупностью случаев связь между объемом и результативностью становится малозаметной или исчезает.

В Великобритании был осуществлен анализ связи между смертностью и емкостью, показателем которой служит число больных, принятых в отделения интенсивной терапии для взрослых (Jones and Rowan 1995). Средняя емкость колебалась между 8,3 и 37,7 случаев в месяц. Использование некорректированных данных по смертности показало наличие связи между высокой емкостью и низкой смертностью. С другой стороны, после корректировки данных согласно схеме классификации степени серьезности болезни APACHE II (Knaus et al. 1985), а также с учетом возраста и наличия хронических болезней, эта связь исчезла; различия в уровне смертности между учреждениями утратили свою статистическую значимость. Согласно другому исследованию, в больницах, выполняющих менее 100 операций по шунтированию коронарных артерий в год, смертность заметно выше, чем в больницах, где число таких операций превышает 100, однако это различие исчезает после адекватной коррекции с учетом разницы в степени риска (Shroyer et al. 1996). В одной из работ объектом изучения была результативность работы больницы до и после создания отделения для больных инсультом. Анализ «сырых» (некорректированных) данных показал, что создание этого отделения привело к снижению смертности, однако после корректировки с учетом возраста, пола и других прогностических показателей найденные различия в уровне смертности утратили свое значение (Davenport et al. 1996). Эти примеры свидетельствуют о важности критического подхода к интерпретации результатов опубликованных исследований.

Данные о связи между объемом и качеством, адекватно скорректированные с учетом различий по совокупности случаев, обобщены в специальном обзоре (Sowden et al. 1997), на основе которого составлена табл. 6.2. Основные результаты этого обзора сводятся к следующему. Хотя исследований, указывающих на наличие положительной связи между объемом и результативностью, много, это обстоятельство не должно вводить нас в заблуждение. После адекватного учета «возмущающих» факторов связь либо исчезает, либо становится значительно менее заметной. Если положительная связь сохраняется и после корректировки, это значит, что подразумеваемый порог, разделяющий высокий и низкий объемы, располагается на сравнительно низком уровне. Так, эмпирические данные хорошо согласуются с гипотезой, согласно которой результативность коронарного шунтирования выше в больницах, где число таких процедур превышает 200 в год. Вместе с тем следует иметь в виду, что в Англии в больницах ниже этого порога осуществляется не более 0,04% таких процедур (NHS Centre for Reviews and Dissemination and Nuffield Institute for Health 1996). Следовало бы ожидать, что связь между результативностью работы больницы и числом работающих в ней врачей также будет положительной

(эффект опыта). Однако в девяти из 16 исследований, учтенных в упомянутом обзоре (Sowden et al. 1997) и содержащих данные о числе врачей (табл. 6.2), подобная связь не была обнаружена. Шесть других исследований указали на наличие положительной связи; согласно еще одной работе, опасность неблагоприятного исхода выше у хирургов, делающих свыше 200 операций по удалению катаракты в год.

Таблица 6.2. Данные о связи между объемом и качеством для различных лечебных процедур, услуг или болезней

<i>Процедура, услуга или болезнь</i>	<i>Данные</i>
Коронарное шунтирование	Слегка сниженный риск внутрибольничной смертности в больницах, осуществляющих свыше 200 процедур в год (показатель плохого исхода = 0,90; 95-процентный доверительный интервал = 0,82-0,98)
Детская сердечная хирургия	Более низкая смертность в больницах с числом случаев свыше 300 в год по сравнению с больницами с числом случаев менее 10 (показатель плохого исхода = 0,125) и свыше 300 (показатель плохого исхода = 0,33)
Острый инфаркт миокарда	Отсутствие заметной разницы по внутрибольничной смертности, но более высокая смертность в течение 6 месяцев после выписки и более низкое количество повторных инфарктов в больницах с числом коек свыше 300 (смертность 17% против 12%) Заметное обратное соотношение между внутрибольничной смертностью и числом случаев на одного врача, но не размером больницы
Катетеризация сердца	Отсутствие заметной связи с числом случаев на одного врача. С увеличением годового числа процедур в больнице на 100 смертность снижается на 0,1% (среднее число случаев = 400)
Баллонная коронарная ангиопластика	Отсутствие заметной связи между числом случаев на одного врача и ангиографическим или клиническим успехом. Снижение крупных осложнений, когда число процедур превышает 400 в год (показатель плохого исхода = 0,66). Отсутствие связи между числом случаев на одного врача и смертностью; вместе с тем большое число

Аневризма брюшной аорты	<p>процедур на одного врача (свыше 50 в год) ассоциируется с повышенной частотой осложнений и экстренного коронарного шунтирования, а также удлинением госпитализации</p> <p>Стандартизированный показатель смертности на 30% выше в больницах с числом больных свыше 14 в год; отсутствие связи с числом случаев на одного хирурга. Смертность 12% в больницах с числом процедур менее шести против 5% в больницах с числом процедур свыше 38 в год. У хирургов, осуществляющих мало операций (<6), смертность в 2 раза выше, чем у хирургов, осуществляющих много операций (>26). С увеличением числа операций в больнице на 4 в год смертность падает на 1% (среднее число операций = 23 в год). Связь с числом операций на одного хирурга не выявлена. Вероятность летального исхода в больнице, где число случаев <21 в год, выше на 2%, чем в больнице с числом случаев >21 в год.</p>
Ампутация нижней конечности (без травмы)	<p>При разрыве аневризмы различие выше</p> <p>Стандартизированный показатель смертности на 16% выше в больницах, где годовой объем операций ниже среднего (средний показатель = 10,5)</p>
Операции на желудке	<p>Отсутствие заметных различий между больницами, в которых годовой объем ниже и выше среднего показателя (среднее число операций = 24 в год). С увеличением числа операций в больнице на 17 в год смертность падает на 1% (среднее число операций = 38 в год). Связь между числом случаев на одного врача и смертностью не выявляется (среднее число операций = 8 в год). Хирурги, осуществляющие одну процедуру в год, ассоциируются с более высокой смертностью, чем хирурги, осуществляющие свыше одной процедуры в год. Связь между числом случаев на одного врача и смертностью не выявляется (среднее число операций = 8 в год)</p>
Холецистэктомия	<p>Стандартизированный показатель смертности на 26% выше в больницах,</p>

Операции на кишечнике (за исключением онкологических)	где ежегодный объем операций ниже среднего (среднее число операций = 109 в год). В больницах, осуществляющих свыше 168 процедур в год, показатель смертности составляет 1,52% по сравнению с 1,21% в больницах, где объем выше. Связь с числом случаев на одного хирурга не выявляется. Больничная смертность выше (8,3%), когда в год производится свыше 40 операций (если число операций меньше 40, показатель смертности составляет 5,9%). Хирурги, делающие свыше 8 операций в год, также ассоциируются с более низкой смертностью. Стандартизированный показатель смертности на 14% ниже в больницах, где ежегодный объем процедур ниже среднего (среднее число процедур = 73).
Желчный пузырь (нехирургическое вмешательство)	Статистически значимый эффект объема не выявлен
Язва (нехирургическое вмешательство)	Чем выше число операций в больнице, тем ниже риск осложнений (среднее число операций = 35)
Протезирование коленного сустава	Влияние объема на смертность не выявлено (среднее число случаев = 45)
Перелом шейки бедра	Выживаемость недоношенных младенцев (<28 недель беременности) выше в блоках интенсивной терапии (>500 дней вентиляции в год).
Лечение новорожденных	Для младенцев, родившихся после >28 недель беременности, различий не выявлено
Интенсивная терапия для детей	Статистически значимая связь между смертностью и ежемесячным объемом не выявлена
Интенсивная терапия для взрослых	Связь между смертностью и ежемесячным объемом не выявлена
Простатэктомия	Статистически значимые различия отсутствуют
Лечение травм	В трех регионах статистически значимая связь между смертностью от серьезных травм и объемом работы отделений скорой и неотложной помощи не выявляется. В третичных травматологических отделениях различия в смертности не выявляются
Удаление катаракты	У хирургов, делающих свыше 200 операций в год, осложнений больше

СПИД	Риск летального исхода в течение 30 дней в больницах с меньшим опытом (с числом больных меньше 43) в 2,5 раза выше, чем в больницах с числом больных больше 43
Рак груди	Смертность на 15% ниже у хирургов, лечащих свыше 29 новых случаев в год; если число случаев превышает 50, это ничего не меняет
Рак толстой и прямой кишки	Смертность на 20% выше в больницах, где годовое число случаев ниже среднего (средний показатель = 17)
Лапаротомия с резекцией толстой и прямой кишки (для онкологических и иных диагнозов)	Отсутствие связи между объемом и внутрибольничной смертностью (среднее число случаев = 50) или числом случаев на одного врача (средний показатель — 8)
Лапаротомия с резекцией толстой и прямой кишки (для онкологических и иных диагнозов)	Отсутствие статистически значимых различий по смертности или заболеваемости между хирургами, делающими 44-110 операций в год
Рак желудка	Отсутствие статистически значимой связи между смертностью и числом случаев на всю больницу или на одного хирурга
Злокачественная тератома	Смертность после пяти лет на 60% ниже среди больных, лечившихся в онкологическом отделении, через которое прошло больше половины больных с этой опухолью во всей округе
Рак пищевода	Операционная летальность на 17% ниже у хирургов, делающих менее трех операций в год. Смертность после пяти лет на 4% ниже у хирургов, оперирующих меньше пяти новых случаев в год; этот показатель объясняется преимущественно более низкой операционной летальностью
Рак поджелудочной железы	У больных, которых оперируют наиболее загруженные хирурги (от 76 случаев в течение 20 месяцев), наиболее низок риск осложнений (фистул)

Примечание: Данные, приведенные в таблице, скорректированы с учетом состава случаев. Результаты исследований, для которых подобная корректировка оказалась недостаточно адекватной, здесь не учтены. Показатель плохого исхода указывает на различие в вероятности негативных событий в крупных учреждениях по сравнению с менее крупными; если показатель плохого ис-

хода ниже единицы, это значит, что в крупном учреждении риск плохого исхода ниже.

Источник: NHS Centre for Reviews and Dissemination and Nuffield Institute for Health (1996).

Другие исследования указывают на наличие положительной связи между результативностью работы больницы и ее емкостью. В большинстве этих исследований число работающих в больнице врачей не учитывается; вместе с тем четыре работы свидетельствуют о наличии достоверной связи между результативностью работы больницы и ее емкостью, но не между результативностью и числом работающих в больнице врачей. Эффект емкости больницы, но не числа врачей, был выявлен для катетеризации сердца (Kelly and Hellinger 1986). В двух работах (Flood et al. 1984; Kelly and Hellinger 1986) была обнаружена достоверная связь с емкостью больницы, но не с числом клиницистов, для аневризмы брюшной аорты. Аналогичная связь была выявлена для холецистэктомии (Hannan et al. 1989).

Имеющиеся данные позволяют заключить, что процессы, связанные с улучшением клинической результативности, все еще недостаточно поняты. Объем деятельности сам по себе — слишком грубый показатель, чтобы быть полезным при планировании клинических служб.

После корректировки с учетом особенностей больных, влияющих на прогноз, результативность предстает величиной, зависящей от ряда факторов. Среди последних — квалификация и опыт отдельных клиницистов, состав и опыт врачебного коллектива и среднего медицинского персонала, доступность дополнительных медицинских и вспомогательных служб, спектр используемых диагностических и хирургических процедур. Основная часть литературы сосредоточена на значении клинического опыта и не учитывает остальных факторов; в значительной степени в силу этого обстоятельства услуги концентрируются преимущественно в больших больницах. Тем не менее результативность может быть улучшена без чрезмерной концентрации услуг благодаря лучшей подготовке специалистов, более эффективной коллективной работе и использованию более обоснованных протоколов для диагностики и лечения.

Доступ больных к услугам

Тенденция к централизации услуг преимущественно в крупных больницах ведет к ограничению доступа ввиду закрытия небольших местных больниц. Не следует пренебрегать возможным отрицательным влиянием этого обстоятельства на состояние здоровья населения. С точки зрения отдельно взятого индивида решение обратиться за медицинской помощью — функция издержек, воспринимаемой серьезности состояния здоровья (по отношению к «нормальному здоровью») и ожидаемой эффективности лечения. Интенсивность использования медицинских услуг тем ниже, чем, при прочих равных условиях, выше издержки доступа к лечению, менее серьезно состояние здоровья и ниже уровень ожиданий, связанных с эффективностью лечения.

В контексте здравоохранения доступ к лечению — это прежде всего социальные и экономические издержки использования медицинских услуг. К соци-

альным относятся, в частности, издержки, связанные с неудобным графиком работы учреждений (для тех, кто занят на работе), или издержки, которые приходится нести отдельным пользователям из-за наличия языкового барьера и т. п. К экономическим издержкам относятся сборы с пользователей, транспортные расходы и скрытые издержки на затраченное время. Чем выше издержки, тем менее доступны услуги.

Считается, что чем доступнее медицинские учреждения, тем легче больной принимает решение о том, чтобы обратиться за консультацией (первичным диагнозом) к врачу первичной помощи, тем легче врач первичной помощи принимает решение о том, чтобы обратиться за помощью к врачу-специалисту, и тем легче больной соглашается подчиниться врачам.

Высокие издержки доступа, скорее всего, влияют прежде всего на готовность больного обратиться за консультацией или воспользоваться услугами по диагностике. Это связано с тем, что больной, как правило, лучше оценивает преимущества лечения после постановки диагноза, чем на симптоматической или предсимптоматической стадиях болезни. Соответственно доступ к первичной помощи служит одним из важнейших аспектов доступности медицинских услуг.

Считается, что высокие издержки доступа к вторичной или третичной помощи менее заметно влияют на решения больного, ибо если лечение воспринимается как нечто важное и ценное, ожидаемая польза от него, скорее всего, перевесит любые возможные издержки. Вместе с тем важно иметь в виду, что в условиях ограниченной доступности значительная часть издержек по лечению перекладывается на самих больных и их опекунов. Представители разных слоев населения реагируют на этот рост издержек по-разному. Не все исследования свидетельствуют о наличии сдерживающего эффекта, однако вполне возможно, что они маскируют важные следствия для отдельных групп населения, в том числе для бедных и инвалидов.

Литература по данному вопросу сосредоточена почти исключительно на вопросе о том как интенсивность использования услуг связана с расстоянием или с количеством времени, которое приходится тратить на дорогу до больницы. Этот подход носит односторонний характер, поскольку, как указывалось выше, расстояние — лишь один из множества факторов, влияющих на доступ к медицинским услугам.

В большинстве работ, посвященных проблеме доступа, сравниваются между собой показатели интенсивности использования услуг для групп населения, живущих на различном расстоянии от больницы. Существующие работы, как правило, не учитывают возможного влияния таких «возмущающих» факторов, как различия в уровне потребностей в медицинской помощи. Так, если городское население использует медицинские услуги более интенсивно, чем население отдаленных пригородов, это не обязательно свидетельствует о сдерживающем эффекте расстояния. Это может свидетельствовать скорее о том, что городское население больше нуждается в медицинской помощи. Связь между доступностью и результативностью исследована слабо. Настоящее резюме в значительной степени основано на обзоре существующих работ по проблеме доступа к медицинским услугам (Carr-Hill et al. 1997).

Существуют данные о сдерживающем эффекте больших расстояний на консультации первичной помощи как для городского, так и для сельского населения (Parkin 1979; Whitehouse 1985; Bentham and Haynes 1992; Veitch 1995).

Данные по Франции (Launoy et al. 1992), свидетельствующие о том, что диагностика для сельского населения, особенно для женщин, осуществляется на основании более серьезных симптомов, могут отражать тенденцию обращаться за помощью с некоторой задержкой ввиду относительно высоких издержек доступа в сельской местности. Обнаружено, что смертность от новообразований в груди среди женщин выше в тех местностях, где хуже доступ к первичной помощи (Jones 1996).

Существуют также данные об отрицательной связи между расстоянием и частотой самостоятельных обращений за скорой и неотложной помощью (Magnusson 1980; Bentham and Haynes 1985; McKee et al. 1990). Анализ обращений за скорой помощью в Шотландии (Campbell 1994) показал, что большие расстояния оказывают явное сдерживающее влияние на самостоятельные обращения; вместе с тем сдерживающий эффект не наблюдается, когда больной обращается за специализированной помощью по направлению от врача первичной помощи.

Из-за больших расстояний больные с задержкой обращаются за услугами по цитологическому скринингу (Bentham et al. 1995) и маммографии (Haiart et al. 1990; Hurley et al. 1994). Показано, что расстояние — не единственный важный фактор, влияющий на доступ; так, по поводу анализа мазка шейки матки заметно чаще обращаются к врачам-женщинам (Majeed et al. 1994).

Многие исследования свидетельствуют о том, что интенсивность использования больничных услуг ниже в тех общинах, которые локализованы дальше от больниц. Гипотеза о факторах, влияющих на интенсивность использования услуг, наводит на мысль о том, что эффект расстояния больше заметен в случае диагностических процедур, чем в тех случаях, когда польза от лечения не кажется очевидной.

Обнаружено, что интенсивность использования стационара для детей младше 15 лет снижается по мере увеличения количества времени, которое приходится тратить на дорогу до больницы (Goodman et al. 1994). Расстояние свыше 130 километров достаточно значительно, чтобы влиять на частоту некоторых хирургических операций, в том числе коронарного шунтирования (Gittelsohn and Powe 1995). Во Франции вероятность получить специализированную медицинскую помощь в случае рака толстой и прямой кишки ниже для больных, живущих дальше от центра, где выдаются направления (Launoy et al. 1992). Интенсивность использования больничных услуг снижается, если больные живут на расстоянии свыше 5 километров от своих врачей первичной помощи и если практика находится на расстоянии свыше 56 километров от больницы (Wood 1985). Частота коронарного шунтирования и баллонной коронарной ангиопластики выше там, где есть местная кардиологическая практика, и снижается по мере увеличения расстояния до специализированного центра (Black et al. 1995). Существует достоверная отрицательная корреляция между числом госпитализаций и временем, которое приходится тратить на дорогу до ближайшей больницы (Slack et al. 1997).

Вместе с тем не все исследования свидетельствуют о том, что большие расстояния ограничивают доступ. Был осуществлен сравнительный анализ частоты коронарного шунтирования в Нью-Йорке, Калифорнии, Онтарио и Британской Колумбии (Grumbach et al. 1995). Авторы обнаружили, что в Канаде большие расстояния не ассоциируются с меньшим числом операций по шунтированию, тогда как в США, где общее число операций выше, заметен сдер-

живающий эффект расстояния. Андерсон и Ломас (Anderson and Lomas 1989) также не выявили свидетельств в пользу того, что частота операций по шунтированию в Онтарио подвержена влиянию расстояний от 24 до 190 километров. Связь между расстоянием и использованием услуг не была обнаружена также при анализе обращений по поводу сердечных заболеваний (Gittelsohn and Powe 1995) и протезирования бедренного сустава (Roos and Lyttle 1985).

Имеющиеся данные сами по себе не позволяют с уверенностью судить о том, насколько серьезно доступность услуг влияет на готовность врачей выдавать направления и на готовность больных выполнять советы врачей. Естественно предположить, что в тех случаях, когда врач действует как агент своего больного, решение выдать направление должно приниматься с учетом ожидаемых издержек для больного. Поведение врачей в связи с выдачей направлений изучено слабо. Существует сильно выраженная связь между выдачей направлений на специализированное лечение больным раком легких и расстоянием от того медицинского центра, где выдаются направления, до места жительства больного (от 25 до 120 километров и больше) (Greenberg et al. 1988). Некоторые врачи штата Западная Манитоба неохотно отправляют своих больных в Виннипег на коронарное шунтирование (Roos and Sharp 1989). С другой стороны, в Шотландии больные раком яичек направляются в специализированные онкологические центры независимо от расстояния (Clarke et al. 1995).

Одна из причин относительно низкого уровня госпитализации в общинах, живущих вдали от медицинских учреждений, может заключаться в том, что больные сами решают не выполнять рекомендаций или уклоняться от направлений. Если такая причина действительно существует, это должно отражаться на посещаемости амбулаторных консультаций и клиник и на частоте плановых поступлений в стационар. Имеющиеся данные не поддаются однозначному толкованию.

Показано, что больные алкоголизмом и диабетом бросают клиники тем чаще, чем дальше они живут (Prue et al. 1979; Graber et al. 1992; Fortney et al. 1995). Посещаемость амбулаторных клиник падает с увеличением расстояния (от 16 километров и выше) (Haynes and Bentham 1979; Bentham and Haynes 1985). Женщины, живущие на расстоянии свыше 7 километров от женской консультации, приходят на первый прием в среднем с трехнедельным опозданием (Kaliszer and Kidd 1981). Расстояние не влияет на посещаемость после аутотрансплантации костного мозга у детей (Meyers et al. 1995), обследования молочных желез (Kohli et al. 1995), лучевой терапии (Junor et al. 1992) и амбулаторного удаления катаракты (Strong et al. 1991). Связь между доступностью и результативностью услуг исследована слабо. Некоторые авторы указывают на то, что затрудненный доступ повышает смертность от дорожно-транспортных происшествий, сахарного диабета и астмы (Jones and Bentham 1995; Jones 1996) и частоту острых синдромов среди детей от одного месяца до 5 лет (Kelly and Munan 1974). Для рака груди, рака шейки матки, гипертонии, инсульта и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки подобная связь не обнаружена (Jones 1996).

Затрудненный доступ к медицинской помощи повышает издержки, связанные с использованием услуг. Эмпирические данные показывают, что повышение издержек сказывается прежде всего на использовании услуг по диагностике, амбулаторному лечению, скринингу и, особенно, первичной помощи. Достижение положительного результата затрудняется постольку, поскольку задержка с обращением за медицинской помощью ассоциируется с большей серьезностью

положения и худшим прогнозом. Приоритетной задачей становится обеспечение локального доступа к первичным диагностическим службам и неотложной помощи.

Данные о влиянии расстояния на использование вторичной и третичной помощи неоднозначны. Согласно некоторым исследованиям, уровень выдачи направлений и медицинского вмешательства ниже в тех общинах, которые проживают дальше от больницы. Другие исследования не указывают на наличие достоверной связи между расстоянием и интенсивностью использования больничных услуг.

Существующая литература относится преимущественно к Великобритании и Северной Америке. При интерпретации результатов этих исследований важно иметь в виду локальный контекст. В частности, при оценке расстояния следует учитывать доступность транспорта и уровень доходов. Исследования, осуществленные на материале такой небольшой, богатой и густонаселенной страны, как Великобритания, могут не иметь особого значения для многих других стран.

Даже при отсутствии явного сдерживающего эффекта расстояния последнее может заметно влиять на поведение некоторых групп населения, прежде всего бедных и инвалидов. Снижение степени доступности больничных услуг путем их централизации чревато общим ухудшением результативности для представителей самых уязвимых групп и ростом существующего неравенства в уровне здоровья.

Оптимальный размер больницы

Итак, допущение, согласно которому в больших больницах издержки ниже, а результативность лечения выше, не подтверждается. Литература по экономическому эффекту масштаба показывает, что положительный эффект масштаба в полной мере используется в больницах, насчитывающих от 100 до 200 коек. Обширная литература по проблеме связи между объемом и результативностью указывает на наличие положительного эффекта объема в связи с некоторыми процедурами, причем порог, после которого достигается этот эффект, относительно низок.

Факторы, определяющие результативность лечения, понята недостаточно. В качестве показателя квалификации и опыта отдельных клиницистов часто выдвигается объем осуществляемой ими работы, однако подобная подмена понятий, судя по всему, некорректна. Необходимо лучше понять процессы, ведущие к повышению результативности. Не следует пренебрегать такими факторами, как продолжающееся обучение, коллективная работа, приверженность доказательным протоколам и наличие подходящих вспомогательных служб.

Эмпирические данные наводят на мысль, что оптимальный масштаб больницы для лечения острых случаев зависит от соотношения между потребностями местного населения в медицинской помощи и разветвленностью взаимосвязей внутри больницы. Данные о положительном эффекте масштаба указывают на то, что оптимальная емкость больницы определяется минимальным «ядерным» набором взаимодополняющих терапевтических, хирургических и вспомогательных служб, необходимых для предоставления требуемого спектра услуг. Важнее всего следующее: оптимальный масштаб больницы прямо определяется потреб-

ностями в медицинской помощи той части населения, которую эта больница призвана обслуживать.

После установления спектра услуг в соответствии с потребностями местного населения основным фактором, обуславливающим оптимальную емкость больницы, становится масштаб дополняющих и вспомогательных служб (степени разветвленности связей между специальностями). К вспомогательным службам относятся клиническая лаборатория, отделение лучевой диагностики, снабжение, аптеки, содержание и техническое обслуживание зданий и помещений, кадры. Под дополняющими службами подразумеваются терапевтические или хирургические службы, необходимые для поддержки других специальностей; так, работа отделения скорой и неотложной помощи поддерживается специалистами по общей хирургии, педиатрии, терапии и гериатрии. Площадь, оборудование и кадровое обеспечение определяются установленным спектром услуг.

Хотя во многих странах приняты инструкции по организации взаимосвязей между специальностями внутри больницы, влияние этих взаимосвязей на результативность лечения изучено слабо. В большинстве стран инструкции разрабатываются не столько на основе объективных научных данных, сколько на основе суждений медиков; то же относится к нормам кадрового обеспечения. Необходимо активизировать научные исследования в этой области.

В отсутствие убедительных данных, свидетельствующих о наличии положительного эффекта масштаба в работе больниц, равновесие между доступностью, экономичностью и результативностью представляется менее устойчивым. Судя по результатам новейших исследований, малые больницы вполне могут быть достаточно экономичными и эффективно лечить больных. Вместе с тем в здравоохранении многих стран концентрация больничных услуг (часто достигаемая в результате слияния двух или нескольких учреждений) продолжает оставаться одной из приоритетных политических задач. В этом есть свое рациональное зерно. На частном рынке здравоохранения слияние больниц может быть оправдано прежде всего как мера по снижению конкуренции и стимулированию рентабельности.

Слияние в государственной системе может быть оправданно, во-первых, в ситуации, когда больницы работают не на полную нагрузку. Эмпирические данные согласуются с гипотезой, согласно которой издержки могут быть сокращены путем ликвидации дублирования и снижения чрезмерной емкости; слияние и рационализация призваны служить именно этим целям. Вместе с тем ликвидация чрезмерной емкости имеет мало общего с эффектом масштаба. Во-вторых, слияние может быть оправданно, когда рационализация клинических служб осуществляется на основе эмпирических данных о связи между организацией служб и результативностью лечения. Врачебные и хирургические ассоциации часто заинтересованы в установлении минимального уровня кадрового обеспечения консультантами; подобная рационализация может быть легче достигнута в относительно крупных больницах, где различные коллективы клиницистов входят в одну и ту же организацию. Таким образом, слияние может быть оправданно как относительно дешевая мера по преобразованию клинической практики.

Те, кто предлагает концентрацию и слияние, должны обосновать свои предложения, предъявив числовую оценку ожидаемых выгод и издержек и объяснив суть процесса, благодаря которому выгоды смогут быть реализованы на практике.

Литература

- Aletras, V., Jones, A. and Sheldon, T. (1997) Economies of scale and scope, in B. Ferguson, T. Sheldon and J. Posnett (eds) *Concentration and Choice in Healthcare*. London: Royal Society of Medicine.
- Anderson, G.M. and Lomas, J. (1989) Regionalization of coronary artery bypass surgery: effects on access, *Medical Care*, 27:288-96.
- Banker, R.D. (1984) Measuring most productive scale size using data envelopment analysis, *European Journal of Operational Research*, 17:35-44.
- Banker, R.D., Conrad, R.F. and Strauss, R.P. (1986) A comparative application of data envelopment analysis and translog methods: an illustrative study of hospital production, *Management Science*, 32:30-44.
- Banta, D. and Bos, M. (1991) The relation between quantity and quality with coronary artery bypass graft (CABG) surgery, *Health Policy*, 18:1-10.
- Bentham, G. and Haynes, R. (1985) Health, personal mobility and the use of health services in rural Norfolk, *Journal of Rural Studies*, 1:231-9.
- Bentham, G. and Haynes, R. (1992) Evaluation of a mobile branch surgery in a rural area, *Social Science and Medicine*, 34:97-102.
- Bentham, G., Hinton, J., Haynes, R. et al. (1995) Factors affecting non-response to cervical cytology screening in Norfolk, England, *Social Science and Medicine*, 40:131-5.
- Black, N. and Johnston, A. (1990) Volume and outcome in hospital care: evidence, explanations and implications, *Health Services Management Research*, 3:108-14.
- Black, N., Langham, S. and Petticrew, M. (1995) Coronary revascularisation: why do rates vary geographically in the UK?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49:408-12.
- Byrnes, P. and Valdemis, V. (1994) Analysing technical and allocative efficiency in hospitals, in A. Charnes, W.W. Cooper, A.Y. Lewin and L.M. Seiford (eds) *Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Applications*. Dordrecht: Kluwer.
- Campbell, J.L. (1994) General practitioner appointment systems, patient satisfaction and use of accident and emergency services: a study in one geographical area, *Family Practice*, 11:438-45.
- Carr-Hill, R.A., Place, M. and Posnett, J. (1997) Access and the utilisation of healthcare services, in B. Ferguson, T. Sheldon and J. Posnett (eds) *Concentration and Choice in Healthcare*. London: Royal Society of Medicine.
- Clarke, K., Howard, G.C.W., Elia, M.H. et al. (1995) Referral patterns within Scotland to specialist oncology centres for patients with testicular germ cell tumours, *British Journal of Cancer*, 72:1300-2.
- Davenport, R.J., Dennis, M.S. and Warlow, C.P. (1996) Effect of correcting outcome data for case-mix: an example from stroke medicine, *British Medical Journal*, 312:1503-5.
- Derveaux, B., Leleu, H., Lebrun, T. and Boussemart, J.P. (1994) Construction d'un indice de production pour le secteur hospitalier public: Version provisoire [Construction of an index of production for the public hospital sector: Provisional version], *Xvemes Journees des Economistes de la Sante*, 20-21 Janvier.
- Eakin, K.B. and Kniesner, T.J. (1988) Estimating a non-minimum cost function for hospitals, *Southern Economic Journal*, 54:583-97.
- Evans, R.G. and Walker, H.D. (1972) Information theory and the analysis of hospital cost structure, *Canadian Journal of Economics*, 5:398-418.

- Feldstein, M.S. (1967) *Economic Analysis for Health Services Efficiency: Econometric Studies of the British National Health Service*. Amsterdam: North-Holland.
- Flood, A.B., Scott, W.R. and Ewy, W. (1984) Does practice make perfect? 1: The relation between hospital volume and outcomes for selected diagnostic categories, *Medical Care*, 22:98-114.
- Fortney, J.C., Booth, B.M., Blow, F.C. and Bunn, J.Y. (1995) The effects of travel barriers and age on the utilization of alcoholism treatment aftercare, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21:391-406.
- Frech, H.E. and Mobley, L.R. (1995) Resolving the impasse on hospital scale economies: a new approach, *Applied Economics*, 27:286-96.
- Gittelsohn, A. and Powe, N.R. (1995) Small area variations in health care delivery in Maryland, *Health Service Research*, 30:295-317.
- Goodman, D.C., Fisher, E.S., Gittelsohn, A. et al. (1994) Why are children hospitalized? The role of non-clinical factors in pediatric hospitalizations, *Pediatrics*, 93:896-902.
- Graber, A.L., Davidson, P., Brown, A.W. et al. (1992) Dropout and relapse during diabetes care, *Diabetes Care*, 15:1477-83.
- Greenberg, E.R., Dain, B., Freeman, D. et al. (1988) Referral of lung cancer patients to university hospital centres: a population based study in two rural states, *Cancer*, 62:1647-52.
- Grumbach, K., Anderson, G.M., Luft, H.S. et al. (1995) Regionalization of cardiac surgery in the United States and Canada: geographic access, choice and outcomes, *Journal of the American Medical Association*, 274:1282-9.
- Haiart, D.C., McKenzie, L., Henderson, J. et al. (1990) Mobile breast screening: factors affecting uptake, efforts to increase response and accessibility, *Public Health*, 104:239-47.
- Hannan, E.L., O'Donnell, J.F., Kilburn, H. et al. (1989) Investigation of the relationship between volume and mortality for surgical procedures performed in New York State hospitals, *Journal of the American Medical Association*, 262:503-10.
- Haynes, R.M. and Bentham, C.G. (1979) *Community Hospitals and Rural Accessibility*. Farnborough: Saxon House.
- Hurley, S.F., Huggins, R.M., Jolley, D.J. et al. (1994) Recruitment activities and sociodemographic factors that predict attendances at a mammographic screening program, *American Journal of Public Health*, 84:1655-8.
- Jensen, G.A. and Morrissey, M.A. (1986) The role of the physician in hospital production, *Review of Economics and Statistics*, 63:432-42.
- Jones, A.P. (1996) *Health Service Accessibility and Health Outcomes*. Norwich: University of East Anglia.
- Jones, A.P. and Bentham, G. (1995) Emergency medical service accessibility and outcome from road traffic accidents, *Public Health*, 109:169-77.
- Jones, J. and Rowan, K. (1995) Is there a relationship between the volume of work carried out in intensive care and its outcome?, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 11:762-9.
- Junor, E.J., Macbeth, F.R. and Barrett, A. (1992) An audit of travel and waiting times for outpatient radiotherapy, *Clinical Oncology*, 4:174-6.
- Kaliszer, M. and Kidd, M. (1981) Some factors affecting attendance at ante-natal clinics, *Social Science and Medicine*, 15:421-4.
- Kelly, A. and Munan, L. (1974) Epidemiological patterns of childhood mortality and their relation to distance from medical care, *Social Science and Medicine*, 8:363-7.
- Kelly, J.V. and Hellinger, F.J. (1986) Physician and hospital factors associated with mortality of surgical patients, *Medical Care*, 24(9): 785-800.

- Kemere, P. (1992) *The Structure of Hospital Costs: An Econometric Analysis of Short Term General Hospitals in Maryland*. Washington, DC: Howard University.
- Kohli, H.S., Teo, P.Y., Howie, F.M. and Dobson, H.M. (1995) How accessible is the breast screening assessment centre for Lanarkshire women?, *Health Bulletin*, 53:153-8.
- Knaus, W.A., Draper, E.A., Wagner, D.P. and Zimmerman, J.E. (1985) APACHE II: a severity of disease classification system, *Critical Care Medicine*, 13:818-29.
- Launoy, G., Le Coutour, X., Gignoux, M., Pottier, D. and Dugleux, G. (1992) Influence of rural environment on diagnosis, treatment and prognosis of colorectal cancer, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46:365-7.
- Lavers, R.J. and Whyne, D.K. (1978) A production function of English maternity hospitals, *Socio-economic Planning Sciences*, 12:85-93.
- Lille-Blanton, M., Felt, S., Redmon, P. et al. (1992) Rural and urban hospital closures 1985-88: operating and environmental characteristics that affect risk, *Inquiry*, 29:332-4.
- Luft, H.S., Bunker, J.P. and Enthoven, A.C. (1979) Should operations be regionalized? The empirical relationship between surgical volume and mortality, *New England Journal of Medicine*, 301:1364-9.
- Magnusson, G. (1980) The role of proximity in the use of hospital emergency departments, *Sociology of Health and Illness*, 2:202-14.
- Maindiratta, A. (1990) Largest size-efficient scale and size efficiencies of decision-making units in data envelopment analysis, *Journal of Econometrics*, 46:57-72.
- Majeed, F.A., Cook, D.G., Anderson, H.R. et al. (1994) Using patient and general practice characteristics to explain variations in cervical smear uptake rates, *British Medical Journal*, 308:1272-6.
- McKee, C.M., Gleadhill, D.N. and Watson, J.D. (1990) Accident and emergency attendance rates: variation among patients from different general practices, *British Journal of General Practice*, 40:150-3.
- Meyers, K.E., Weiland, H. and Thompson, P.D. (1995) Paediatric renal transplantation non-compliance, *Pediatric Nephrology*, 9:189-92.
- Mobley, L.R. (1990) *Multihospital Systems in California: Behaviour and Efficiency*. Santa Barbara, CA: University of California at Santa Barbara.
- Mobley, L.R. and Frech, H.E. (1994) Firm growth and failure in increasingly competitive markets: theory and application to hospital markets, *Journal of the Economics of Business*, 1:77-93.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination and Nuffield Institute for Health (1996) Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access, *Effective Health Care*, 2(8): 1-16.
- Pangilinan, M.B. (1991) Production/cost inefficiency and flexible cost functions: the case of New York State hospitals, 1981-1987. PhD dissertation, State University of New York at Albany, Albany, NY.
- Parkin, D. (1979) Distance as an influence on demand in general practice, *Epidemiology and Community Health*, 33:96-9.
- Pauly, M.V. (1978) Medical staff characteristics and hospital costs, *Journal of Human Resources*, 13(suppl.): 77-111.
- Prue, D.M., Keane, T.M., Cornell, J.E. and Foy, D.W. (1979) An analysis of distance variables that affect aftercare attendance, *Community Mental Health Journal*, 15:149-54.
- Roos, N.P. and Lyttle, D. (1985) The centralization of operations and access to treatment: total hip replacement in Manitoba, *American Journal of Public Health*, 75:130-3.
- Roos, N.P. and Sharp, S.M. (1989) Innovation, centralization and growth: coronary artery bypass surgery in Manitoba, *Medical Care*, 27:441-52.

- Scuffham, P.A., Devlin, N.J. and Jaforullah, M. (1996) The structure of costs and production in New Zealand public hospitals: an application of the transcendental logarithmic variable cost function, *Applied Economics*, 28:78-85.
- Shroyer, A.L., Marshall, G., Warner, B.A. et al. (1996) No continuous relationship between Veterans Affairs hospital coronary artery bypass grafting surgical volume and operative mortality, *Annals of Thoracic Surgery*, 61:17-20.
- Slack, R., Ferguson, B. and Ryder, S. (1997) Analysis of hospitalisation rates by electoral ward: relationship to accessibility and deprivation data, *Health Services Management Research*, 10:24-31.
- Sowden, A.J., Watt, I. and Sheldon, T.A. (1997) Volume of activity and healthcare quality: is there a link?, in B. Ferguson, T.A. Sheldon and J. Posnett (eds) *Concentration and Choice in Healthcare*. London: Royal Society of Medicine.
- Stiller, C.A. (1994) Centralised treatment, entry to trials and survival, *British Journal of Cancer*, 70:252-62.
- Strong, N.P., Wigmore, W., Smithson, S. et al. (1991) Day case cataract surgery, *British Journal of Ophthalmology*, 75:731-3.
- Veitch, P.C. (1995) Anticipated response to three common injuries by rural and remote area residents, *Social Science and Medicine*, 41:739-45.
- Vita, M.G. (1990) Exploring hospital production relationships with flexible functional forms, *Journal of Health Economics*, 9:1-21.
- Whitehouse, C.R. (1985) Effects of distance from surgery on consultation rates in an urban practice, *British Medical Journal*, 290:359-62.
- Wood, P.W. (1985) *Geographical Equity and Inpatient Hospital Care: An Empirical Analysis*. Aberdeen: Health Economics Research Unit, University of Aberdeen.

глава СЕДЬМАЯ

Инвестирование в больницы

Мартин Макки и Джудит Хили

Введение

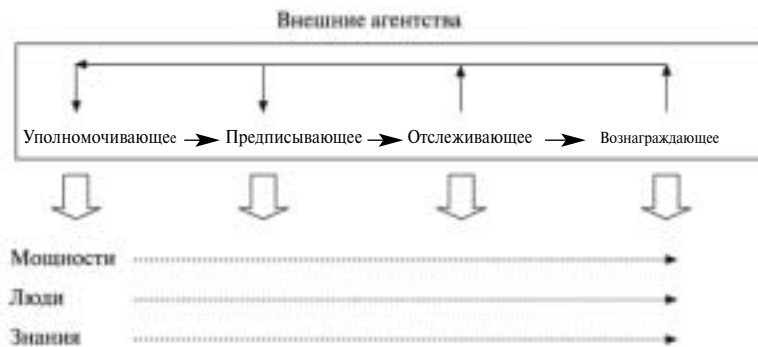
В докладе Всемирной организации здравоохранения (WHO 2000) названы три основные цели системы здравоохранения: обеспечение высокого уровня здоровья населения, создание условий, при которых медицинские службы чутко отзываются на нужды общественности, создание справедливых систем оплаты. Больница играет центральную роль в достижении этих целей. Правительство и те, кто действует от его имени, несут ответственность за создание условий для длительного нормального функционирования больничной системы. Иначе говоря, правительства и другие общественные институты должны разумно инвестировать средства в больницы. В упомянутом докладе специально оговорено, что правительства должны выполнять функцию «надзирающей» инстанции: на правительства возлагается высшая ответственность за систему здравоохранения страны, и именно правительства или те, кто действует от их имени, должны устанавливать основные цели системы здравоохранения и отслеживать деятельность по их достижению.

Центральные, региональные и местные правительства, правительственные агентства (прежде всего фонды социального страхования) и другие учреждения (прежде всего профессиональные ассоциации и потребительские группы) оказывают на больницы непрерывное давление, стимулируя их к повышению качества работы. Больницы должны также подчиняться разнообразным законодательным требованиям. С одной стороны, степень административной самостоятельности руководителей больниц повышается, с другой — они обязаны стремиться к достижению целей, установленных внешними инстанциями. Чтобы больницы могли функционировать эффективно, они нуждаются в различных финансовых вливаниях. В давней работе, посвященной анализу соот-

ношения между вложениями и производительностью в больничной отрасли (Montford 1981), основное внимание уделялось ограниченным аспектам результативности — таким, как число больных; позднее были сделаны поправки на различия в структуре совокупности случаев (Jensen and Morrisey 1986). Эти модели основывались на традиционном экономическом понимании физических и человеческих капиталовложений. Ныне, когда основное внимание тех, кто разрабатывает политику, сосредоточено на способности больницы обеспечить повышение уровня здоровья и на том, как больница осуществляет функции учебного и научно-исследовательского учреждения, структура вложений должна предусматривать также интеллектуальный капитал (знания) (Vuxton and Hanney 1996). Вдобавок в обществе растет сознание того, что деятельность любого учреждения должна быть обеспечена еще и социальным капиталом (Putnam 1992). Роль социального капитала в здравоохранении, в связи с организационной культурой, обсуждается в главе 14.

Многие из этих вложений — продукты систем, внешних по отношению к больнице. Следовательно, существует множество пунктов, по которым внешние инстанции могут оказывать влияние как на организацию, так и на текущее функционирование больницы. В настоящей главе рассматриваются пути влияния внешних инстанций на деятельность больниц. Мы предлагаем структурную схему, помогающую понять, как эти внешние инстанции могут воздействовать на вложения, необходимые для нормального функционирования больниц (рис. 7.1).

Рисунок 7.1. Внешние рычаги совершенствования больничной деятельности



Предмет нашего обсуждения — некоторые из важнейших стратегий, направленных на улучшение работы больниц. Это не столько исчерпывающий перечень, сколько набор иллюстраций. Среди других возможных стратегий — регулирование фармацевтической отрасли, охрана здоровья и безопасности, контроль состояния зданий и помещений; все они, будучи важны сами по себе, менее специфичны для больницы. Избранные нами стратегии (табл. 7.1) систематизированы согласно типологии ресурсов и политических мер; эта классификация определяет структуру настоящей главы. Многие стратегии предусматривают сочетание различных вложений и мер; судя по всему, вероятность успеха тем выше, чем лучше скоординированы принимаемые меры. В настоящей главе стратегии обсуждаются вначале согласно характеру предусмотренных ими вложений. Физический капитал мы обозначаем термином «мощности», человеческий капитал — термином «люди», а интеллектуальный

капитал — термином «знания». Социальный капитал (культура) воздействует на связи между больницей и внешними инстанциями (Saltman et al. 2001). Судя по опыту других секторов, долгосрочное доверительное сотрудничество (Fukuyama 1992) между внешними инстанциями и больницами должно принести больше пользы, чем краткосрочные конфронтационные взаимодействия. Исследования на эту тему, имеющие отношение к здравоохранению, затрагивают главным образом роль доверительных отношений внутри больницы. Поэтому проблема социального капитала рассматривается не в настоящей главе, а в главе 10, посвященной внутренней среде больницы. Последние разделы настоящей главы посвящены обсуждению трех типов деятельности, имеющих непосредственное отношение к вложениям: аккредитации, стратегических закупок и интегрированных программ обеспечения качества.

Таблица 7.1. Вложения и политические рычаги: образцы стратегий

<i>Вложения</i>	<i>Уполномочивание</i>	<i>Предписывание</i>	<i>Отслеживание</i>	<i>Вознаграждение</i>
В мощности	Доступ к капиталам	Управление инвестициями		Стимулы к инвестированию
В людей	Подготовка и обучение	Численность и состав персонала. Переаттестация. Права больных	Мониторинг деятельности	
В знания	Исследования и развитие	Оценка нужд больных. Инструкции по повышению эффективности		

Мощности

Право собственности

В связи с проблемой улучшения мощностей в здравоохранении нужно вначале обсудить вопрос о праве собственности на больницы. В связи с этим вопросом возникают различные недоразумения. В прошлом действовала достаточно простая классификация: больницы делились на государственные, принадлежащие благотворительным организациям и коммерческие (Roemer 1993). Позднее появились новые модели, границы между которыми не всегда отчетливы (рамка 7.1). В Европе эти модели по большей части относятся к государственному сектору, включая неправительственные органы, действующие, как правило, в интересах правительств, от которых они часто получают значительную часть финансирования.

Эта классификация, иллюстрируя разнообразие существующих моделей, одновременно побуждает задаться фундаментальными вопросами: что такое больница и что такое собственность. В Европе полностью частные больницы

встречаются редко; вместе с тем уменьшается и число полностью государственных больниц. На чем должно основываться определение больницы — на наличии зданий, помещений и оборудования или на совокупности предоставляемых клинических услуг? В некоторых странах здания, помещения и оборудование могут быть государственными, а предоставляемые услуги — частными. В чем заключается суть различий между коммерческими и некоммерческими собственниками в неправительственном секторе? Чем отличается частная собственность в относительно слабо регулируемой системе от частной собственности в системе, которая регулируется относительно жестко?

В качестве ответа на эти вопросы в главе 9 выдвигается классификация больниц по пяти показателям: степени самостоятельности, степени участия в рынке, уровню финансовой ответственности, уровню подотчетности и социальным функциям. По совокупности этих показателей больница может быть определена как бюджетная, автономизированная, корпоратизированная или приватизированная (Harding and Preker 2001). Здесь следует иметь в виду прежде всего то обстоятельство, что европейские больницы по большей части все еще сохраняют финансовую зависимость от правительств.

Рамка 7.1. Типы права собственности на больницы

Больницы, находящиеся в собственности правительства и управляемые им

Во всех частях Европы существуют больницы, принадлежащие правительству (центральному, региональному или местному). Руководители и другие работники таких больниц по своему статусу занятости могут быть государственными чиновниками. Эта модель обычна для стран, где здравоохранение финансируется из налоговых поступлений (например, для стран Скандинавии, где больницы находятся в собственности окружных советов); она встречается также в странах, где функционируют системы социального страхования. Например, во Франции 65% больничных коек находится в собственности правительства. Во многих странах Центральной и Восточной Европы больницы, находившиеся в собственности центрального правительства, в 1990-х годах перешли в собственность местных правительств.

Автономные больницы государственного сектора

В случае автономных больниц государственного сектора правительства сохраняют право собственности на активы больницы, но предоставляют больнице некоторую управленческую самостоятельность. Больница может иметь независимый юридический статус, позволяющий ей заключить договор с фондом медицинского страхования. Часто упоминаемый пример — создание в Великобритании трестов Государственной службы здравоохранения, начиная с 1990 г. (Robinson and Dixon 1999). Сходные модели были приняты в некоторых странах Центральной и Восточной Европы.

Советы по здравоохранению, создаваемые по географическому принципу

Такие советы существуют в странах, организующих свое здравоохранение на региональной основе (например, в Ирландии). Правительство действует через посредничество советов, управляющих группами больниц. Члены советов могут избираться и/или назначаться. Региональные советы полезны с точки зрения координации услуг в соседних больницах; с другой стороны, они часто ограничивают свободу принятия решений на местном уровне.

Коммерческие предприятия, находящиеся в собственности государства

Такие предприятия регистрируются как автономные юридические лица, имеющие право получать прибыль и удерживать ее часть. С 1997 г. в Казахстане бывшие государственные больницы могли претендовать на независимый юридический и финансовый статус. Ожидалось, что примерно четверть медицинских мощностей приобретет статус государственных коммерческих предприятий, однако грань между коммерческим и некоммерческим статусом остается неясной (Kulzhanov and Healy 1999). Государственные некоммерческие больницы находятся в собственности благотворительных групп (религиозных организаций, профсоюзов и др.). Во многих случаях финансирование таких больниц осуществляется правительством, а их деятельность жестко регулируется.

Акционерные больницы

Акционерные больницы получили распространение в Грузии, где правительство не в состоянии взять на себя финансирование здравоохранения. Такие больницы находятся в совместной собственности правительства и частных коммерческих компаний.

Частное управление больницами, находящимися в государственной собственности

Больницы, принадлежащие государству, но управляемые частным образом, существуют в Португалии и некоторых других странах. Государство удерживает за собой собственность на активы больницы, тогда как право на управление мощностями передается частному сектору.

Государственное управление больницами, находящимися в частной собственности

Частный сектор может нести ответственность за финансирование, строительство и содержание зданий, помещений и оборудования, тогда как государственный сектор использует эти мощности для предоставления клинических услуг. Эта форма организации приобретает большое значение в больничном секторе Великобритании (см. рамку 7.2).

Частные коммерческие больницы

Больницы этого типа широко распространены в США, где многие бывшие некоммерческие больницы сменили свой статус. В Европе частные коммерческие больницы встречаются реже. Во Франции, Португалии и Испании на больницы этого типа приходится свыше 1/5 всех больничных мощностей (Busse et al. 2002).

Инвестирование в мощности

Первый шаг на пути к достижению высококачественной и экономичной медицинской помощи заключается в создании необходимых структур. Для развития новых и совершенствования имеющихся мощностей необходимы постоянные финансовые вливания. Лица, разрабатывающие политику в области здравоохранения, владеют рычагами финансового воздействия на результативность работы больниц; впрочем, как уже было отмечено, реальные возможности больницы зависят от того, кому она принадлежит, и от тех систем финансирования и регулирования, в рамках которых она функционирует.

В ближайшие десятилетия объем инвестиций в развитие европейских систем здравоохранения, по-видимому, будет возрастать. В 1990-х годах сдерживание расходов на здравоохранение в Западной Европе было достигнуто главным

образом благодаря отсутствию инвестиций в новые мощности и обесцениванию существующих; в некоторых странах это привело к серьезному моральному износу мощностей. В Восточной Европе сложилась еще более тяжелая ситуация; к настоящему моменту устарели даже те мощности, которые были созданы в 1980-х годах. Давно назревшая перестройка европейских больничных систем потребует строительства множества новых и обновления старых зданий — в противном случае больницы перестанут соответствовать меняющимся потребностям и не смогут освоить новые методы лечения (см. главы 3 и 4).

Итак, лица, ответственные за системы здравоохранения, сталкиваются с необходимостью решить несколько задач. Первая задача — сделать так, чтобы руководители больниц получили доступ к фондам для последующего инвестирования в мощности. Вторая задача — обеспечить адекватное и разумное инвестирование средств. Многие существующие бюджетные системы порождают извращенные стимулы к тому, чтобы покрывать дефицит доходов, допуская износ мощностей или не инвестируя в новые мощности.

Третья задача — сделать так, чтобы любое инвестирование в мощности соответствовало потребностям населения в медицинской помощи, основывалось на доступных объективных данных об экономичности и осуществлялось с учетом деятельности окружающих медицинских служб. Строительство новых больниц обходится дорого, но построенные больницы требуют еще более значительных финансовых вливаний. Поскольку средства, предназначенные для нужд здравоохранения, ограничены, новые больничные мощности не должны рассматриваться как нечто изолированное от более широкого контекста. Они должны рассматриваться в связи с соседними мощностями (см. главу 6) и в связи с возможностями других учреждений по предоставлению аналогичных услуг (см. главу 5). Инвестиции, основанные на разумном расчете, облегчат больницам задачу освоения новых методов и обеспечения необходимых площадей. Наличие нового оборудования может повысить престиж больницы, однако оборудование само по себе имеет лишь косвенное отношение к улучшению здоровья населения; более того, отвлекая средства от более ценных инициатив, оно может, в конечном счете, оказаться даже вредным.

Четвертая задача — предоставить руководителям больниц достаточно свободы, чтобы они могли быстро и адекватно реагировать на меняющиеся потребности. Однако это не единственная причина, по которой следует дать больницам больше свободы по управлению основным капиталом. Ограничивая свободу действий поставщиков, покупатели дают им возможность оправдать свою несостоятельность. Кроме того, больница, по сравнению с плательщиком за медицинские услуги, имеет лучшие возможности для согласования конкурирующих друг с другом, но в равной степени обоснованных требований к инфраструктуре лечения, обучения и научной работы (Ferguson et al. 1997).

Совокупность этих задач порождает сложную дилемму. Те, кто работает в больницах, лучше понимают, что им нужно для того, чтобы как следует делать свое дело. С другой стороны, они недостаточно хорошо видят систему в целом. Большинству стран необходимо принять серьезные меры к децентрализации системы управления капиталом; вместе с тем деятельность такой системы должна твердо и умело регулироваться с учетом объективных данных о потребностях в медицинских услугах, об эффективности и экономичности работы медицинских служб, об особенностях местного контекста.

Следует обратить внимание еще на одну проблему. Недобросовестные люди могут нагреть руки на строительстве больниц и покупке сложного оборудования. Чтобы избежать серьезных материальных потерь, необходимо искоренить коррупцию в области государственных поставок; этот вопрос обсуждается в одном из томов настоящей серии (Saltman et al. 2002).

Сотрудничество государственного и частного секторов

Для преобразований нужны деньги. Выбор метода инвестирования средств зависит от того, в чьей собственности находятся больницы и кто управляет ими (рамка 7.1). Больницы, находящиеся в частной собственности, добывают капитал для инвестиций из частных источников. Подобная модель не является преобладающей в Европе, где инвестирование в больницы, как правило, все еще осуществляется правительством. Источником инвестиций традиционно служат государственные доходы; инвестирование принимает форму субсидий или ссуд. Однако постоянное давление на бюджеты побуждает правительства многих стран искать новые пути. Одна из возможных альтернатив — сотрудничество государственного и частного секторов. В рамках этой модели государственный сектор заключает с частным партнером договор о строительстве, управлении и обслуживании мощностей на определенный период времени. По истечении договора больница либо переходит в государственную собственность, либо, если такая возможность предусмотрена договором, сохраняется за частным собственником. На практике больницы чаще всего переходят в собственность государства: частные предприятия, как правило, не стремятся сохранить за собой больничное здание, которое трудно использовать каким-либо иным образом. Возврат больниц в государственную собственность — основная особенность контрактов, заключаемых в Великобритании по плану, известному как частная финансовая инициатива (Private Finance Initiative).

Такие формы сотрудничества на первый взгляд привлекательны для государственного сектора, поскольку они дают возможность получить деньги авансом, ликвидируя необходимость в одноразовом размещении капитала. Однако их самой привлекательной чертой является возможность возложить риски, не имеющие прямого отношения к клинической практике, на частный сектор. Руководители больниц должны стремиться к тому, чтобы перевести риски, связанные со строительством и техническим обслуживанием больницы, той организации, для которой эта работа является основным родом деятельности. Частный партнер имеет основания ожидать компенсации за принятие этих рисков. С точки зрения государственного сектора показателем успеха является перевод максимальных рисков с минимальными затратами, что, вообще говоря, весьма затруднительно.

В Европе модель сотрудничества государственного и частного секторов используется чаще всего для финансирования крупных инфраструктурных проектов, таких, как мост через реку Тежу в Португалии или мосты в Греции. Британский план, известный как частная финансовая инициатива (Private Finance Initiative), охватывает более широкий круг родов деятельности, включая здравоохранение и образование. Оплата новых, больших больниц в Великобритании осуществляется в основном по этому плану. Сходная модель была использована при строительстве государственной больницы на 250 коек близ Валенсии (Испания). Строительство этой больницы финансировалось частным кон-

сорциумом, который будет управлять ею в течение 10 лет, после чего передаст ее в собственность регионального министерства здравоохранения.

Частная финансовая инициатива — самый масштабный план подобного рода; он неоднократно подвергался критическому анализу (Gaffney et al. 1999a,b). Имеет смысл присмотреться к нему внимательнее (рамка 7.2). Сотрудничество между государственным и частным секторами может стать важным новым методом инвестирования средств в развитие больниц. Поэтому важно извлечь уроки из накопленного опыта.

Рамка 7.2. Британский план, известный как частная финансовая инициатива (Private Finance Initiative)

Частная финансовая инициатива (ЧФИ) — программа сотрудничества, направленная на поощрение инвестиций в государственный сектор. Британская Государственная служба здравоохранения ныне может финансировать капитальные затраты больниц с помощью частного капитала вместо того чтобы черпать средства из государственных налоговых поступлений. План ЧФИ был введен при консервативном правительстве, однако лейбористское правительство сохраняет приверженность этой инициативе. ЧФИ возник в середине 1990-х гг. в ситуации, когда треть органов здравоохранения и трестов находилась в трудном финансовом положении (Pollock et al. 1999), настойчиво требуя инвестиций в новые мощности. Согласно схеме ЧФИ, государственная больница заключает контракт с частным консорциумом, который обязуется построить здание больницы и обслуживать его. Руководство больницы платит за работу ежегодное вознаграждение, размер которого установлен на весь срок действия контракта (как правило, он составляет 30 лет). Больница может иметь двойную финансовую выгоду. Во-первых, больница не должна изначально мобилизовать все средства, необходимые для постройки здания. Во-вторых, что более важно, больница перекладывает финансовые риски, связанные с будущим содержанием и обслуживанием мощностей, на частную компанию. Иногда утверждается также, что передача управления в частные руки обеспечит снижение расходов на строительство и обслуживание здания. Сторонники ЧФИ считают, что, стимулируя частный сектор к учету пожизненных расходов на содержание здания и, в некоторых случаях, на неклинические услуги, которые будут оказываться в этом здании, можно добиться значительного экономического эффекта. Опыт заключения контрактов с внешними поставщиками в сфере бытового обслуживания показывает, что подобный эффект часто достигается с трудом.

Итоги ЧФИ в здравоохранении подвергались критике. Один из спорных пунктов — стоимость финансирования. Чтобы финансировать проект, частный партнер занимает деньги почти наверняка под более высокие проценты, чем это могло бы сделать правительство. Частный сектор запрашивает у Государственной службы здравоохранения вознаграждение в размере 11—19% расходов на строительство, тогда как Государственное казначейство может занять деньги под 3,5% годовых (Gaffney et al. 1999a, b). Однако это сопоставление не учитывает расходов на обслуживание в течение всего срока действия контракта; оно не учитывает и той доли заимствованных средств, которую Государственное казначейство должно выделить на погашение займа. Поскольку частный консорциум сдает больницу государственному сектору — в хорошем состоянии и без дальнейшей оплаты, — сразу по истечении контракта, он должен сделать так, чтобы вознаграждение, которое он запрашивает, покрыло капитальные займы, а не только проценты по займам. Во-вторых, нередко считается, что частный партнер получает чрезмерное вознаграждение за риск. Этот аргумент до известной степени оправдан. В-третьих, сделки, подготовленные органами здравоохранения, поначалу были конфиденциальными; в итоге многие оптимистические

прогнозы остались без возражений, а противоположные взгляды не принимались во внимание (Pollock et al. 1999).

Чтобы план ЧФИ дал хорошие результаты, те, кто проводит его в жизнь, должны обладать определенной квалификацией. Лица, ведущие переговоры от имени государственного сектора, должны уметь оговаривать все детали проекта, точно определять природу и качество мощностей, стандарты их содержания и обслуживания и качество предоставляемых ими услуг. Наконец, один из самых сложных моментов сотрудничества между государственным и частным секторами — относительно высокий размер операционных издержек, в том числе гонораров юридическим и другим советникам, которые помогают обеим сторонам минимизировать риски. В будущем издержки могут быть снижены благодаря разработке стандартной проектной документации.

Редактор британского медицинского журнала, скорее всего, преувеличивает, именуя проект ЧФИ «чудовищным финансовым идиотизмом»; вместе с тем нельзя отрицать, что в своем нынешнем виде план не свободен от серьезных недостатков (Smith 1999). Один из них — отсутствие открытой дискуссии вокруг тех допущений, которые легли в его основу. Тем не менее, хотя при заключении отдельных сделок соблюдается секретность, программа в целом подверглась тщательному анализу; это означает, что из положительного и отрицательного опыта ЧФИ можно извлечь полезные уроки для других стран.

Стимулы к инвестированию средств

Обеспечение доступа к фондам — лишь первый шаг. Каким образом лица, ответственные за разработку политики, могут создать для больниц стимулы к инвестированию? Для этого нужны подходящая система учета и достаточно гибкая система управления планированием. Во многих системах здравоохранения как расходы на приобретение капитала, так и стоимость основного капитала не учитываются; тем самым ликвидируются стимулы к эффективному управлению активами. Вероятность подобного развития особенно велика там, где потоки доходов и капиталовложений разделены; именно так обстоит дело в большинстве стран Европы. Недооценка скрытых издержек основного капитала чревата недостаточно интенсивным использованием потенциально ценных площадей.

Предоставление больницам самостоятельности приведет к позитивным результатам только при условии либерализации системы планирования. Такая система даст возможность по-новому использовать недостаточно продуктивные мощности, продавать часть активов, сдавать помещения в аренду для альтернативного употребления; конечно, все подобные меры должны приниматься в рамках четко определенных правил землепользования. Лица, ответственные за разработку и проведение политики в области здравоохранения, смогут более конструктивно взаимодействовать с плановыми отделами местных правительств. Вклад медицинских учреждений в местное экономическое развитие сможет получить более достойное признание. Наконец, влияние развития здравоохранения на другие аспекты строительства станет более заметным (чтобы улучшить доступ к новым учреждениям, будут создаваться новые транспортные маршруты, подъездные пути и т. п.).

Целевое накопление денежных средств

Один из типов стимулов, известный как целевое накопление средств, был внедрен в Великобритании в 1990 г. Самоуправляемые больницы, оставаясь в собственности государства, обязываются оценивать свои активы и выплачивать Государственному казначейству налог в размере 6%. Хотя финансирование больниц рассчитывалось таким образом, чтобы покрыть эти расходы, принятые меры привлекли внимание управленцев к методам использования активов, к потребности в добавочных инвестициях и к праву распоряжаться фондами. Во многих случаях устаревшие, подолгу не работавшие мощности продавались, и принадлежащие государству площади внутри больниц сдавались в аренду магазинам. Эта мера взаимовыгодна: поскольку через ворота больницы проходит множество людей, больница становится привлекательным местом для покупок; с другой стороны, магазины предоставляют расширенные мощности для персонала и больных. Вместе с тем, чтобы больницы, подобно некоторым аэропортам, не выродились в нечто вроде торговых пассажей, нужно соблюдать взвешенность. Сходная ситуация сложилась в некоторых других странах. Так, в Стокгольмском округе (Швеция) частные компании управляют больницами, находящимися в собственности окружного совета. Арендная плата за больницу поощряет управленцев к лучшему использованию основных фондов, избавляясь от тех из них, которые не являются обязательными.

Спецификация и отслеживание инвестиций и вознаграждение за результативность

Ввиду важных последствий для экономики многие правительства сохраняют за собой некоторый контроль над спецификацией крупных капиталовложений даже в те больницы, которые формально не находятся в правительственной собственности. Так, в Германии действует двойная система финансирования больниц: стоимость доходов выплачивается медицинскими фондами, тогда как капиталовложения финансируются единицами административного деления (землями); крупные решения принимаются в рамках региональных больничных планов (Busse 2000). С точки зрения свободы инвестирования Нидерланды превосходят большинство стран; здесь больницы, относящиеся к благотворительному сектору, могут получать займы под финансовые рынки (впрочем, до недавнего времени размещение их кредитов гарантировало государство). Тем не менее свобода больниц ограничена Актом о больничных мощностях, согласно которому новые мощности в основном должны быть санкционированы правительством; это необходимо для того, чтобы распределение мощностей было справедливым и отражало структуру общественных потребностей (Maarse 1996). В Канаде, где больницы, как правило, имеют статус автономных некоммерческих заведений и управляются общественными советами, сотрудничество с частными компаниями активизировалось, однако капиталовложения продолжают оставаться под жестким контролем провинциальных правительств.

Результаты разумных инвестиций, — иначе говоря, качественные показатели медицинской помощи — должны отслеживаться и вознаграждаться в рамках общей структуры управления больничной деятельностью; это подразумевает оценку структур и процессов, равно как и результатов (Donabedian 1966).

Сотрудничество между государственным и частным секторами создает новые механизмы поощрения инвестирования. Согласно принятому в Великобритании плану, известному как частная финансовая инициатива (см. выше), по истечении срока контракта больница переходит в собственность Государственной службы здравоохранения; чтобы в течение этого срока (обычно он составляет 30 лет) больница поддерживалась в хорошем состоянии, необходимо, чтобы вознаграждение было выплачено полностью.

Инвестирование в людей

Качество работы здравоохранения зависит также от притока квалифицированного персонала, вооруженного современными знаниями и управленческими способностями. Лица, несущие ответственность за деятельность систем здравоохранения, обязаны должным образом организовать обучение и подготовку квалифицированных кадров. Как и в случае капиталовложений, краткосрочное давление на больницы чревато резким ослаблением стимулов к инвестированию в персонал. Инвестирование в людей — сложный процесс, предполагающий переговоры с различными внешними инстанциями (таких, как университеты, министерства образования и профессиональные ассоциации).

Кадровое обеспечение здравоохранения

Хотя работники здравоохранения составляют значительную и непрерывно растущую долю работающего населения любой развитой страны, планирование человеческих ресурсов в системах здравоохранения большинства стран осуществляется недостаточно (World Bank 1993). Например, в секторе здравоохранения стран «семерки» занято от 4 до 10% работающего населения (OECD 1999). В 1970 — 80-х годах, в период особенно значительного роста сферы обслуживания, рост численности работников здравоохранения в этих странах был весьма быстрым. В большинстве стран рост замедлился в 1990-х годах. В некоторых странах Центральной и Восточной Европы численность работников здравоохранения, напротив, снизилась (Healy and McKee 1997; International Labour Organization and Sectoral Activities Programme 1998).

Планирование численности рабочей силы осуществляется ради того, чтобы обеспечить наличие необходимого числа людей соответствующей квалификации в нужном месте и в нужное время (Armstrong 1991). Основные проблемы планирования связаны с поддержанием равновесия между различными группами работающего населения (Egger et al. 2000; WHO 2000):

- в одних странах Европы численность врачей чрезмерно высока, тогда как в других недостаточна;
- часто наблюдается дисбаланс по определенным специальностям или квалификациям — например, весьма обычен дефицит квалифицированных медсестер, технических профессиональных групп или профессиональных управленцев; вдобавок возрастает интерес к возможностям замены одних профессионалов другими;

- очень обычен также дисбаланс в кадровом обеспечении между городской и сельской местностью.

Установление нужного кадрового баланса — задача крайне сложная. Причины этого обсуждаются в главе 11. Директивы по кадровому обеспечению, определяющие численность персонала на основе численности и состава обслуживаемого населения, не играют особой роли в современных системах здравоохранения. Хотя подобные соотношения фигурируют во многих политических документах, директивы, разработанные на их основе, быстро устаревают. Так, в Германии время работы среднего медицинского персонала законодательно корректировалось в соответствии со степенью материальной зависимости обслуживаемых больных; амплитуда возможностей составляла 52—215 минут на одного больного в день. Благодаря этому правилу численность среднего медицинского персонала удалось повысить, однако его пришлось отменить через 3 года после принятия, поскольку его применение обходилось больницам слишком дорого и вносило чрезмерные ограничения в их деятельность (Busse and Schwartz 1997; Busse 2000). Согласно одному из комментариев, «меры по регулированию объема работы среднего медицинского персонала оказались не более чем дорогостоящей игрой в числа» (Carr-Hill and Jenkins-Clarke 1995).

Расчеты, основанные на сопоставлении статистических данных (например, численности врачей на 1000 человек населения) по разным странам, также должны восприниматься с осторожностью, так как требования к профессиональной подготовке кадров и структура ожиданий в разных странах далеко не одинаковы. Так, в одних странах принадлежность к среднему медицинскому персоналу предполагает наличие высшего образования, тогда как в других странах достаточно среднего образования (Salvage and Heijnen 1997).

Проблеме численности врачей уделяется особое внимание, отчасти потому, что врачи — наиболее дорогостоящая группа профессионалов в области здравоохранения. Благодаря свободе передвижения врачей в рамках Европейского союза системы подготовки врачей в разных странах становятся похожи друг на друга (хотя некоторые важные различия сохраняются). Выравнивание кадрового состава врачей в странах Европейского союза, в сочетании с ограничением приема в высшие учебные заведения, почти наверняка приведет к тому, что после 2005 г. численность работающих врачей начнет падать (Eysenbach 1998). Большинство стран стремится контролировать количество врачей (Mossialos and Le Grand 1999). Страны, не сумевшие наладить контроль (например, Италия), испытывают перепроизводство врачей; клинический опыт многих врачей в этих странах весьма ограничен. В данном случае можно говорить не только о неэкономном растрачивании ресурсов, но и о несправедливом отношении к людям. В немногих странах низкий уровень инвестиций в образование, в сочетании с зависимостью от иммигрантов из развивающихся стран, привел к дефициту врачей.

Численность среднего медицинского персонала также планируется недостаточно, особенно в странах, где обучение медсестер за последние десятилетия не претерпело особых изменений, отчасти ввиду чрезмерной численности врачей (Salvage and Heijnen 1997). Такие медсестры часто имеют ограниченную квалификацию и, следовательно, не всегда способны оказать медицинскую помощь на современном уровне.

Профессиональное развитие и переаттестация

В прошлом квалификация врача или медсестры, приобретенная к 20—24 годам, считалась достаточной для практической деятельности на всю жизнь. Подобный взгляд на вещи устарел уже полвека назад; ныне, когда наука развивается беспрецедентно быстрыми темпами, он не выдерживает никакой критики.

В большинстве стран вопрос о том, стоит ли продолжать учиться, каждый решает самостоятельно. Вместе с тем продолжение обучения может быть связано с приобретением или удержанием статуса специалиста. Дело профессионала в области здравоохранения — сделать все от него зависящее, чтобы его квалификация соответствовала меняющимся требованиям современной клинической практики. В отдельных странах получают развитие системы, требующие, чтобы некоторые профессионалы наглядно доказывали свое соответствие современному уровню. Профессионалам, вовлеченным в деятельность подобных систем, приходится посещать учебные курсы или конференции, участвовать в деятельности по поддержке качества и заниматься самообразованием. Схемы, участие в которых изначально задумывалось как добровольное, постепенно становятся обязательными. Разрабатываются также инициативы по обмену опытом между различными схемами.

Обязательное продолжение образования встречается реже, отчасти из-за отсутствия эффективных санкций против нарушителей. Один из возможных способов побудить медиков к профессиональному развитию — внедрение системы переаттестации. Переаттестация означает, что специалисты, желающие сохранить свой профессиональный статус, обязаны продемонстрировать свое профессиональное соответствие требованиям современной практики. В США система переаттестации медиков утвердилась достаточно давно, тогда как в Европе она делает первые шаги. Генеральный медицинский совет Великобритании, в сотрудничестве с Королевскими колледжами, разрабатывает систему регулярной (через каждые пять лет) переаттестации всех практикующих врачей на основе данных о продолжающемся профессиональном росте претендента, о его участии в программах поддержки качества, о результативности его клинической деятельности, о его отношениях с больными и другими профессионалами, о его реакциях на неблагоприятные случаи (Buckley 1999).

Необходимость в переаттестации стала ощущаться ввиду несовершенства существующей системы профессионального саморегулирования. В большинстве стран регулирование деятельности больниц и персонала выступает как крайняя мера при наличии вопиющих дефектов в работе. Решения о наказании за медицинскую небрежность принимаются только профессиональными регулирующими инстанциями и судами. Обращения к судебным органам для исправления врачебных ошибок, как правило, не приводят к удовлетворительным результатам, поскольку страх перед юридической ответственностью за медицинскую небрежность никак не влияет на развитие клинической практики (Black 1990). Кроме того, различные судебные системы подходят к случаям медицинской небрежности по-разному. Так, Барселонский врачебный колледж (Испания) учредил систему, предназначенную для минимизации судебных исков путем предотвращения обстоятельств, порождающих такие иски, или путем посредничества в случае неудачи (Trilla and Bruguera 2000); в итоге число исков по поводу врачебных ошибок непрерывно снижается. В Италии, напротив, дела о медицинской небрежности часто разбираются в уголовных судах. Подобная система носит ярко выраженный конфронтационный характер и не удовлетворяет ни одну из сторон

(Jourdan et al. 2000). При этом число исков непрерывно растет. Опыт учит, что системы, основанные на посредничестве и умелом управлении рисками предпочтительнее систем, основанных на взаимных подозрениях и обвинениях. Проблемы продолжающегося обучения и переаттестации имеют особенно большое значение для стран Европейского союза в связи с той свободой передвижения, которой пользуются медики-профессионалы, являющиеся гражданами этих стран.

Накал дискуссии о профессиональном саморегулировании и клинической компетентности в Великобритании отражает уровень неудовлетворенности существующим положением дел (рамка 7.3).

Рамка 7.3. Дело о Бристольской королевской больнице

В 1998 г. Генеральный медицинский совет провел разбирательство дела о детской сердечной хирургии в Бристольской королевской больнице. Выяснилось, что трое врачей больницы виновны в профессиональном преступлении. Двое из них продолжали оперировать несмотря на высокий уровень смертности среди их больных. Третий, хотя и не участвовал в операциях, был признан виновным, поскольку он нес административную ответственность за работу врачей больницы и не сумел вовремя принять необходимых мер. Позднейшее независимое общественное расследование по вопросу о стандартах в детской сердечной хирургии в Бристолье (1999) показало, что эффективный мониторинг медицинских стандартов в Великобритании отсутствует. Выяснилось, что сами врачи, их работодатель (Государственный трест здравоохранения), официальные профессиональные организации (такие, как Генеральный медицинский совет) и Министерство здравоохранения, просвещения и социального обеспечения осуществляют свои регулирующие функции не в полной мере. Бристольский случай привел к нескольким важным последствиям. Генеральный медицинский совет ввел усовершенствованную систему обнаружения врачебных ошибок. После расследования случая и его оценки Генеральный медицинский совет может приостановить регистрацию врача или порекомендовать ему пройти дополнительное обучение. В 1999 г. Министерство здравоохранения, просвещения и социального обеспечения объявило о внедрении интегрированной программы качества, цель которой — повысить стандарты качества в системе Государственной службы здравоохранения (см. гл. 10).

Источники: Dunn (1998), Egan (1998), Smith (1998), Treasure (1998) and Cummings (1999).

Мониторинг деятельности

В ряде стран накоплен солидный опыт мониторинга (отслеживания) деятельности государственных организаций на предмет ее соответствия определенным критериям и целям. Сложности мониторинга не в последнюю очередь связаны с тем, что цели, о которых идет речь, нередко противоречат друг другу (Wildavsky 1979; Pollit et al. 1999; Pollit and Bouckaert 2000).

Мониторингом деятельности больницы и ее персонала должны заниматься люди, имеющие соответствующую квалификацию. Они должны понимать механизмы предоставления медицинской помощи, уметь оценивать количественные и качественные показатели, осознавать методологические ограничения, знать, каким обра-

зом организации здравоохранения реагируют на различные стимулы, и иметь доступ к необходимой и надежной информации. Многие из стандартных статистических подходов, — например, подсчет числа больных без учета различия между специальностями или болезнями, — часто оказываются почти бесполезными. В настоящем разделе рассматривается один из подходов — публикация показателей деятельности.

Рамка 7.4. Показатели клинической деятельности: Англия

Министерство здравоохранения, просвещения и социального обеспечения докладывает о деятельности каждого из трестов системы Государственной службы здравоохранения, основываясь на системе шести основных клинических показателей. При этом осуществляются такие измерения, как, например, смертность в больнице в течение 30 дней после операции, смертность в больнице в течение 30 дней после оказания неотложной помощи в связи с переломом шейки бедра для лиц в возрасте от 65 лет, число случаев повторного приема в течение 4 недель после выписки. Комплект из 41 показателя высокого уровня составлен с учетом таких моментов, как объявленные случаи летального исхода, сроки ожидания, неотложный повторный прием в связи с психическими заболеваниями, а также с учетом прогресса в достижении целей, выдвинутых в докладе Министерства здравоохранения, просвещения и социального обеспечения (Department of Health 1998a), по четырем стратегическим направлениям (онкология, кардиология, несчастные случаи и самоубийства). Показатели, используемые для оценки деятельности органов здравоохранения, включают продолжительность сроков ожидания и смертность в течение пяти лет от рака груди и шейки матки.

Источник: Department of Health (1999).

Показатели клинической деятельности

Метод публикации показателей клинической деятельности представляет интерес по двум причинам. Во-первых, он позволяет больным и тем, кто направляет их на лечение, сделать выбор в пользу той или иной больницы (впрочем, следует заметить, что возможность выбора существует далеко не всегда). Во-вторых, обнародование данных о недостатках в работе той или иной больницы может поощрить ее руководство к принятию действенных мер по улучшению качественных показателей.

Показатели деятельности могут выступать в различных формах. При относительно обобщенном подходе учитываются различные аспекты деятельности больницы, охватывающие отзывчивость на нужды больных, клиническую результативность и экономичность. Другой подход ограничивается главным образом клинической результативностью. В нижеследующих разделах характеризуются различные показатели и отмечаются их возможные слабые стороны.

Особенно высокоразвитая система показателей деятельности действует в Англии. Все организации здравоохранения по закону обязаны стремиться к улучшению качественных показателей работы (Department of Health 1997), что является частью комплекса мер, направленных на улучшение стандартов медицинской помощи (Sally and Donaldson 1998; Dixon and Preker 1999). Деятельность каждого больничного треста в Англии оценивается на основании ряда критериев; публикация результатов позволяет сравнивать больницы друг с другом. Национальная схема оценки деятельности больниц устанавливает показатели качества деятельности по шести основным измерениям: улучшению здоровья населения, справедливому доступу к услугам, предоставлению эффективной медицинской помощи, экономичности, опыту больных и их опекунов, результативности лечения (рамка 7.4).

Опыт Англии свидетельствует о том, насколько многочисленны проблемы, связанные с использованием качественных показателей деятельности (New 1998). Публикация этих показателей может способствовать улучшению клинической организационной деятельности; вместе с тем выполнение показателей изучено недостаточно. Во-вторых, интерпретация показателей часто вызывает споры; так, показатели для больниц в относительно бедных регионах, как правило, хуже, что наводит на мысль о необходимости делать скидки на более низкий уровень здоровья населения и на худшую обеспеченность средствами. В-третьих, некоторые больницы начали по-иному подходить к сбору данных, когда стало ясно, что сообщаемые ими показатели деятельности заметно отличаются от того, как они сами воспринимают свою работу. Выявились также проблемы, связанные с сочетаемостью различных показателей, простотой измерений и доступностью данных. Наиболее проблематичными оказались случаи сочетания данных по родственным, но различным типам деятельности (McKee and Sheldon 1998).

Особые проблемы возникают в связи с обнародованием рейтингов клинической результативности больниц или врачей. Публикация таких рейтингов рассматривается как мера, служащая повышению стандартов и расширяющая возможности выбора для покупателей медицинских услуг или для больных. Будучи на первый взгляд привлекательной, она часто подвергается критике. Так, согласно недавно опубликованному обзору, «официальная поддержка практики публикации рейтингов неуместна» (Goldstein and Spiegelhalter 1996).

Первая проблема заключается в том, что в Европе на сбор клинических данных отпускается заметно меньше средств, чем в США, где рейтинги клинической результативности используются весьма широко и где информированию потребителя традиционно придается большое значение. Даже страны, инвестировавшие большие средства в повышение качества данных, все еще испытывают серьезные трудности (McKee and Hunter 1995). Во многих европейских странах собираемые в плановом порядке данные недостаточны для составления подобных рейтингов.

Вторая проблема заключается в степени адекватности данных для контроля над характеристиками больных. Необходимо учитывать как первичные, так и вторичные диагнозы — ведь последние нужны для корректировки различий в серьезности случаев (McKee et al. 1999). Необходимо учитывать общий знаменатель — ведь неблагоприятные результаты следует связывать с больными, а не с фактами приема в стационар (Clarke and McKee 1992). Следует выявлять также неблагоприятные результаты, возникающие после выписки. Желательно использовать такой показатель, как смертность в течение 30 дней, — иначе результативность больниц, выписывающих больных слишком быстро, рискует оказаться фиктивно высокой. Истинные различия в степени серьезности случаев с трудом поддаются измерению; в ряде исследований показано, как корректировка данных с учетом серьезности случаев ведет к изменению рейтингов (Green et al. 1991; Rockall et al. 1995; Davenport et al. 1996).

Третья техническая проблема заключается в том, что подобные исследования возможны только на материале больших больниц: ведь число случаев должно быть статистически достоверным (Marshall et al. 1998).

Предполагается, что рейтинги в конечном счете должны способствовать повышению стандартов. Поэтому большое значение имеет реакция всех заинтересованных сторон. Отстающая больница, по идее, должна заняться поиском причин своих неудач, а затем принять меры по улучшению своей работы. На практике больницы часто прибегают к целенаправленной обработке данных ради того, чтобы обеспечить себе в следующий раз более высокий рейтинг (Smith 1993; Edhouse and Wardrope

1996; Savill 1996). Большое внимание этому явлению уделяется прежде всего в США. Так, в штате Нью-Йорк были разработаны бланки отчетов по смертности среди больных, перенесших операцию на сердце (Green and Owen 1995). После введения этого вида отчетности степень серьезности случаев хронических обструктивных заболеваний легких или сердечной недостаточности стала оцениваться в среднем заметно выше, хотя подобные оценки не подтверждались более объективными данными. После корректировки с учетом явного ухудшения здоровья больных показатели результативности улучшились. Возможно, это изменение показателей не столько отражало реальный прогресс, сколько было обусловлено более строгим отбором больных и преувеличенной оценкой серьезности их положения (Hannan et al. 1994).

Еще одна проблема заключается в том, что информация не обязательно способствует качественному улучшению клинической деятельности. В Пенсильвании, где публикуются данные о смертности среди пациентов каждого хирурга, 87% кардиологов сообщили, что эта информация никак или почти никак не повлияла на их решимость направлять больных на операцию (Schneider and Epstein 1996). Согласно тем же исследователям, менее 10% кардиологов обсуждали полученную информацию более чем с одним из каждых десяти больных, обдумывавших возможность лечь на операцию. Судя по этим данным, публикации данных о смертности не приносят ни вреда, ни пользы. Вместе с тем обнаружилось, что кардиологам было нелегко найти хирургов, готовых оперировать больных с высоким уровнем риска.

Сказанное не означает, что мониторинг клинической результативности больниц не нужен. Поддерживая принцип отслеживания качества деятельности в системе здравоохранения, мы хотели бы тем не менее предупредить, что публикация больничных рейтингов чревата сомнительными результатами. Важно, чтобы лица, ответственные за здравоохранение, при разработке систем мониторинга учитывали присущий здравоохранению момент неопределенности, заботились о совершенствовании методов измерения показателей, стремились не столько к составлению точных рейтингов, сколько к выявлению основных различий.

Больные

При планировании больниц больные долгое время оставались тем элементом, которому почти не уделялось внимания. Ныне признано, что больных выгоднее воспринимать как партнеров в процессе оказания медицинской помощи. Это не только повышает степень удовлетворенности больных, но и улучшает показатели результативности работы больниц (McPherson and Britton 1999). Информирование больных существенно влияет на качественные показатели деятельности здравоохранения; это обстоятельство лежит в основе активизации деятельности внешних агентств по обеспечению прав больных.

Права больных

Благодаря открытому признанию прав больных устанавливаются определенные рамки для деятельности больниц и определенные ориентиры для общественной оценки качества медицинской помощи. По идее, больницы должны быть в высшей степени отзывчивы на нужды своих больных. Однако в действительности дело чаще обстоит совсем не так (Weatherall 1994). Позиции больных слабы. Они находятся в

чуждой обстановке; болезнь, отсутствие информации и зависимость от других делает их уязвимыми. Поэтому некоторые правительства и другие организации, ответственные за деятельность больниц, стремятся хотя бы частично восстановить равновесие, защищая права больных и требуя, чтобы больным была предоставлена возможность участвовать в принятии решений по вопросам, связанным с их лечением.

Возможное влияние больного на больницу можно рассматривать в категориях «выхода» и «голоса» (Hirschman 1970). Голос — политическое понятие, обозначающее способность индивида влиять на деятельность организации, продолжая пользоваться ее услугами. Модель участия граждан, сложившаяся в 1970-х годах в ряде стран с высоким уровнем жизни, была нацелена на то, чтобы предоставить людям право решающего голоса по вопросам деятельности государственных организаций и обеспечить признание их прав как пользователей. Выход — экономическое понятие, обозначающее способность индивида покинуть одну организацию и обратиться за услугами или товарами к другой. Возможности выхода для больного, как правило, незначительны ввиду неотложности ситуации, отсутствия конкуренции или ограничений, налагаемых административными правилами. Поэтому меры, направленные на повышение роли больных, обычно сосредоточены на усилении их голоса.

Большинство европейских стран — участники международных соглашений, имеющих серьезное значение с точки зрения прав больных; основное соглашение такого рода — Европейская конвенция по правам человека и основным свободам (Newson 2000). Вдобавок существует ряд документов, не налагающих юридических обязательств, но имеющих определенное моральное значение. Среди них — Амстердамская декларация о содействии правам больных 1994 г. Всемирная организация здравоохранения включила принцип соблюдения прав больных в число тех задач, которые обязуются решать европейские системы здравоохранения в XXI веке (общее число таких стратегических задач — 21). Задача № 16 (управление качеством лечения) предусматривает оценку степени удовлетворенности больных (WHO 1999). Законодательство о защите и осуществлению прав больных особенно развито в странах Северной и Западной Европы (Leenen et al. 1993).

Северные страны активно разрабатывают и применяют законы, придающие определенную форму отношениям между врачами и больными. Акт о правах больных, принятый в Норвегии в 1999 г., предусматривает право выбора больницы, право на осмотр у врача-специалиста в течение 30 дней после направления, право на второе мнение, право на полную информацию, право давать или не давать согласие на основании имеющейся информации и право на жалобу (Muklebust 2000).

Потребность в нейтральном посреднике между больницами и больными привела к тому, что в некоторых европейских странах была учреждена должность больничного омбудсмена (Swingedau 2000). Омбудсмен — должностное лицо, разбирающее жалобы частных лиц. Вначале омбудсмен выступает в качестве посредника между больным и больницей. В случае неудачи омбудсмен уполномочен передать дело в суд (как в Финляндии) или в посреднический центр или трибунал (как во Франции и Нидерландах).

Права больных могут также фигурировать в так называемых хартиях больного — документах, устанавливающих формальные процедуры подачи жалоб. С начала 1970-х годов хартии больного разрабатываются во Франции, Нидерландах, Великобритании и некоторых других странах (Massion 2000). Так, хартия больного для Англии, принятая в 1991 г., формулирует десять правил и оговаривает стандарты, соблюдения которых больной имеет право ожидать от Государственной службы здравоохранения (Department of Health 1995). Вместе с

тем эти права и стандарты не могут быть принудительно осуществлены по закону. В США, напротив, билли о правах больных имеют силу закона; впрочем, дела на их основании заводятся редко (так, в штате Нью-Джерси за 5 лет было только 12 случаев) (Silver 1997).

Еще одним механизмом, предназначенным для того, чтобы побудить больницы прислушаться к голосу пациентов, служат национальные или региональные опросы больных. Так, Министерство здравоохранения, просвещения и социального обеспечения Англии ежегодно устраивает национальные опросы больных и пользователей; результаты этих опросов учитываются при разработке национальных показателей качества деятельности (Department of Health 1998b). Данные подобных опросов следует трактовать с большой осторожностью (Carr-Hill 1992; Williams 1994). Более 80% больных, как правило, выражают удовлетворение качеством медицинских услуг, однако такой уровень одобрения часто вступает в противоречие с результатами исследований, осуществленных более целенаправленно.

Существуют и другие механизмы, позволяющие услышать голос больных. Среди таких механизмов — представительство граждан в больничных советах, адвокат больных в больнице, формальные процедуры подачи жалоб. Такие процедуры, будучи юридическим инструментом, могут одновременно выступать в качестве метода отслеживания деятельности больницы. Например, в Испании жалобы больных учитываются при составлении программ разбора случаев с 1984 г. (Sunol et al. 1991). Жалобы больных будут также учитываться в системах медицинской переаттестации в Великобритании.

Инвестирование в знания

Современная больничная система должна уметь извлекать пользу из научного прогресса. Те, кто несет ответственность за регулирование системы здравоохранения, обязаны разработать национальную или региональную стратегию исследований и развития, чтобы на ее основе можно было бы предпринять исследование хотя бы тех проблем, которые имеют первоочередное местное значение.

Для этой цели 6 из 15 стран Европейского союза к концу 1999 г. приняли национальные программы экспертной оценки медицинской технологии. Существует также несколько международных программ. Проект EUR-ASSESS был учрежден с целью координации действий в странах Европейского союза и Швейцарии (Banta 1997). Деятельность, поощряемая центрами оценки технологии и профессиональными ассоциациями, привела к созданию обширного набора «систематически разработанных формулировок, ориентирующих врачей и больных при принятии решений в связи с теми или иными клиническими обстоятельствами» (NHS Centre for Reviews and Dissemination and Nuffield Institute for Health 1994).

В некоторых странах учреждены национальные комитеты планирования высоких технологий, выдающие свидетельства общественной необходимости. Так, в Германии законодательные органы и корпорации стремятся взять внедрение дорогостоящих технологий под свой контроль. Между 1987 и 1997 гг. в землях ФРГ действовали плановые комитеты, состоящие из представителей больниц, врачебных ассоциаций, медицинских фондов и земельных правительств. Эти комитеты были упразднены в 1997 г. ввиду своей неспособности приостановить рост числа новейших дорогостоящих приборов; впрочем, по распространенно-

му мнению, без регулирования со стороны этих внешних органов новейшие технологии распространялись бы еще быстрее (Perleth et al. 1999).

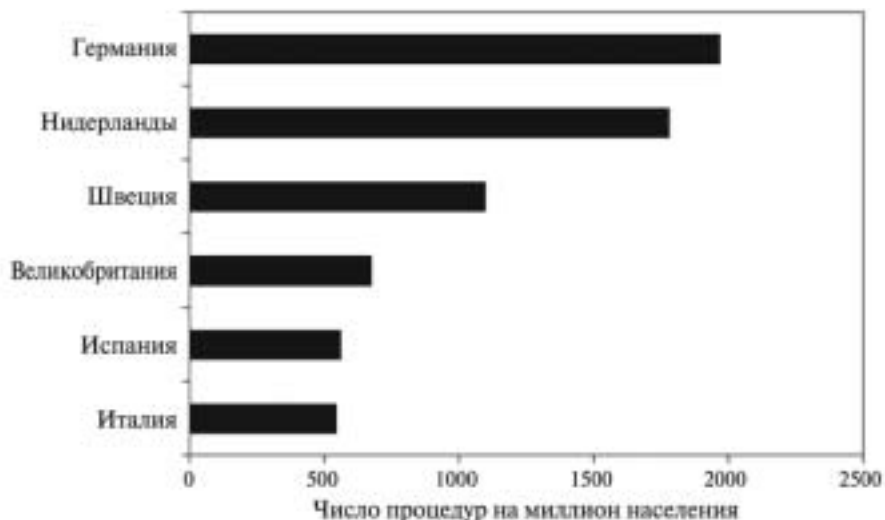
Внешние инстанции должны также обеспечить больничному персоналу доступ к необходимым научным материалам (в том числе через Интернет). Этот процесс значительно облегчился благодаря плану Кокрейна (Cochrane Collaboration 1991). По этому плану международного сотрудничества была учреждена процедура составления и распространения регулярных обзоров литературы по эффективности разнообразных форм медицинского вмешательства и профилактических мер; база данных доступна на Интернете (<http://www.cochrane.org>). Понимание принципов и методов доказательной медицины должно стать обязательным элементом профессиональной подготовки врачей и управленцев в области медицины.

Оценка потребностей населения

Больница должна быть осведомлена о медицинских потребностях той части населения, которую она обслуживает. За последние годы уровень понимания потребностей населения в медицинской помощи заметно вырос. Возможны три основных подхода: эпидемиологический, сравнительный и корпоративный (Stevens and Raftery 1994).

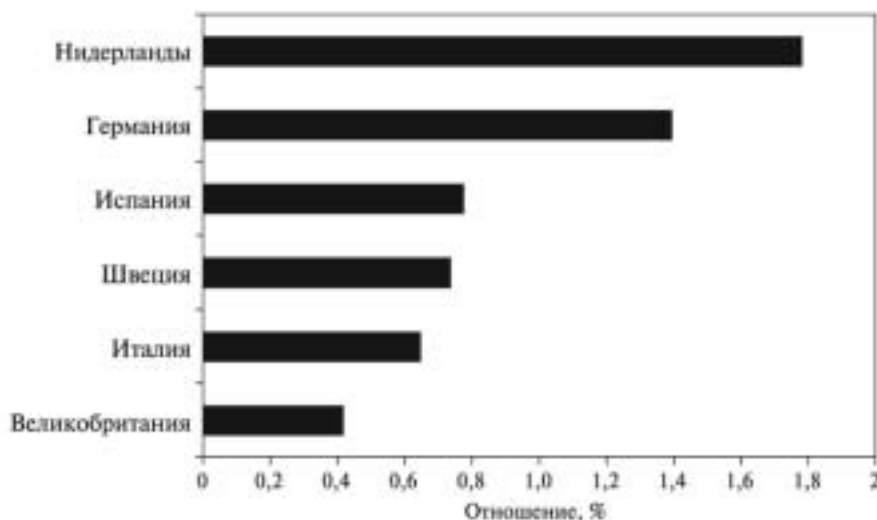
При эпидемиологическом подходе первый шаг заключается в установлении клинических показаний для той или иной формы лечения. Образец — уровень урологических симптомов, выше которого может быть показана простатэктомия (Sanderson et al. 1997). Второй шаг — исследование популяции на предмет установления числа мужчин, попадающих в эту категорию. Благодаря знанию о том, как варьируют условия в зависимости от возраста, этнического происхождения и других параметров, результаты можно экстраполировать на другие популяции.

Рисунок 7.2. Число операций на сердце (шунтирование, установка стентов, ангиопластика) на миллион населения



Источник: <http://www.escardio.org> (на 21 января 2001 г.).

Рисунок 7.3. Отношение числа операций на сердце (на миллион населения) к смертности от ишемической болезни сердца



Источник: <http://www.escardio.org> (на 21 января 2001 г.).

При сравнительном подходе основное внимание уделяется различиям в уровне медицинской помощи, предоставляемой разным популяциям; на основании анализа различий выносится суждение о том, какой уровень необходим. Желательно, чтобы этот подход был скорректирован с учетом известных эталонов распространенности болезни. Так, рис. 7.2 и 7.3 свидетельствуют о том, что в Великобритании операции на сердце производятся примерно с такой же частотой, что и в других странах Западной Европы; вместе с тем корректировка с учетом бремени болезни ставит Великобританию ниже других стран. Корпоративный подход основывается на суждениях основных заинтересованных сторон (больных, медиков-профессионалов и покупателей) о тех услугах, которые должна предоставить больница. Все эти подходы предполагают высокий уровень подготовки как в области эпидемиологии, так и в том, что касается умения оценивать эффективность.

Все три подхода объединены в рамках стандартной схемы, принятой в Великобритании (Stevens and Raftery 1994) (рамка 7.5).

Рамка 7.5. Этапы оценки потребностей в медицинском вмешательстве

- Определение того, что включено (описание случая и услуг, предусмотренных для его лечения)
- Разграничение категорий, предполагающих различные пакеты услуг (образец — легкий или тяжелый инсульт)
- Определение процента тех, кто нуждается в помощи Установление доступных услуг и пробелов
- Оценка эффективности и экономичности альтернативных мер
- Разработка доказательных моделей лечения
- Определение результативности и постановка целей

Источник: Stevens and Raftery (1994).

Оценка потребностей населения — метод, с помощью которого те, кто несет основную ответственность за организацию и предоставление медицинской помощи, могут установить основные параметры эффективности и справедливости в здравоохранении. Вопрос о том, как лучше всего справиться с тем или иным конкретным случаем, медик и больной должны вместе решать. Следует также разработать ясную стратегию по отношению к тем, кто не имеет доступа к лечению, а также по отношению к проблемам финансовой обоснованности медицинских расходов и экономичности здравоохранения.

Управление клинической эффективностью

Потребность в медицинской помощи определяется как «возможность извлечь пользу» из медицинского вмешательства (Acheson 1978). Следовательно, оценка потребности в лечении зависит от того, что мы знаем об эффективности тех или иных видов вмешательства. Еще одна функция правительства или его агентств заключается в создании и распространении научно обоснованных руководств по новым медицинским технологиям, методам вмешательства и моделям лечения.

Во многих случаях фактическая база может быть ограниченной; чтобы прийти к согласию на основе сравнительно надежных доступных данных, можно прибегнуть к методам формального консенсуса (Black et al. 1999). Подобный подход чаще всего используется в Германии, Нидерландах, странах Скандинавии и Великобритании.

Одно из самых слабых звеньев цепи — распространение информации о достижениях науки среди тех, кто принимает решения (Granados et al. 1997). Даже если эта информация легко доступна, врачи, как правило, не очень склонны учитывать ее в своей повседневной клинической практике (глава 13). В условиях применения какой-либо одной стратегии — будь то распространение клинических протоколов или короткие курсы повышения квалификации — клиника весьма активно противодействует любым переменам. Отсюда следует, что повышение клинической результативности требует применения пакета мер, предполагающих как внешнее, так и внутреннее вмешательство.

Координация стратегий

До сих пор в настоящей главе речь шла о возможностях политического воздействия преимущественно на один из типов вложений, необходимых для организации качественной медицинской помощи. Возвращаясь к системной модели, изложенной в главе 1, отметим еще раз, что различные вложения в больницу находятся в отношениях взаимозависимости; чтобы система работала оптимально, необходимо, чтобы между всеми подсистемами были установлены действенные связи. Для этой цели были разработаны разнообразные политические механизмы; к числу важнейших относятся аккредитация, стратегические закупки и интегрированные программы обеспечения качества.

Аккредитация больницы

Аккредитация — род деятельности, внешний по отношению к больнице и заключающийся в оценке общей способности больницы предоставлять качественные медицинские услуги. Аккредитация предполагает инспекцию мощностей, персонала, процессов, а иногда и результатов. Аккредитацией занимается независимый орган, оценивающий степень соответствия больницы установленным ранее стандартам; если больница соответствует этим стандартам, ей выдается свидетельство (Robinson 1995; Bohigas et al. 1996; Scrivens 1998).

Системы аккредитации наиболее развиты в странах, где финансирование и поставки разделены (Scrivens 1995). В одних странах аккредитация носит обязательный, в других — добровольный характер. Обязательная аккредитация (как во Франции и в Испании) — это по преимуществу разрешающая и регулирующая мера; она дает больнице право на получение финансирования и направлена на обеспечения приемлемых стандартов во всех больницах. Добровольная аккредитация (как в Австралии, Канаде и США) повышает общественный и профессиональный престиж больниц. Иначе говоря, аккредитация — это показатель статуса больницы, способный дать ей определенные преимущества перед конкурентами.

Обе модели имеют ряд общих черт. Орган, предоставляющий аккредитацию, должен быть независимым; впрочем, больницы, желающие получить аккредитацию, обычно платят определенный взнос. Процесс осуществляется профессионалами в области здравоохранения. Это либо работники других медицинских учреждений, либо независимые консультанты, умеющие квалифицированно оценивать соответствие больницы определенным стандартам (Bohigas et al. 1998). Аккредитация предоставляется, как правило, на три года.

До последнего времени системы аккредитации фокусировались прежде всего на структурах и процессах и критиковались за недостаточное внимание к клинической эффективности (Purdy and Rich 1995; Robinson 1995). Было принято считать, что хорошо разработанные больничные структуры и процессы непременно приводят к хорошим клиническим результатам. В будущем системам аккредитации придется сделать упор на измеримых показателях клинической эффективности (Scrivens 1997, 1998).

Хорошо разработанные схемы добровольной аккредитации способны привлечь множество участников. В самой старой из всех существующих систем, американской, действует только один независимый орган — Объединенная комиссия по аккредитации организаций здравоохранения (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations); эта комиссия предоставляет аккредитацию большинству (80%) больниц, прошедших конкурсный отбор (Scrivens 1995). В Канаде аккредитация носит добровольный характер и осуществляется Канадским советом по аккредитации медицинских учреждений (Canadian Council on Health Facilities Accreditation); 95% канадских больниц аккредитовано (Caillet and Baillet 2000). Австралийский совет по стандартам в области здравоохранения (Australian Council on Healthcare Standards) — независимый орган, играющий «не столько инспекционную роль или роль третейского судьи, сколько оценивающую и образовательную роль». Этот орган предоставляет аккредитацию на срок 1, 3 или 5 лет по результатам инспекции, цель которой — установить возможности больницы по поддержанию высоких стандартов лечения. В Австралии аккредитацию получили 40% государственных (преимущественно крупных) больниц (Australian Institute of Health and Welfare 1998).

В условиях обязательной системы аккредитация играет уже не «одобряющую» и образовательную, а регулирующую и контролирующую роль; вместо профессионалов в области образования функцию проверяющей инстанции выполняют профессиональные инспекторы. В Испании, где региональные органы здравоохранения финансируют и предоставляют большую часть больничных услуг, первая система аккредитации была разработана в 1981 г. в Каталонии (эта провинция характеризовалась особенно высоким процентом частных коек), а в 1984 г. был принят закон об обязательной аккредитации для всех больниц Испании (Sunol et al. 1991). Во Франции закон об обязательной аккредитации был принят в 1999 г.; ожидается, что к 2004 г. все 4000 больниц этой страны пройдут инспекцию (Caillet and Baillet 2000). Аккредитацию осуществляет независимое государственное агентство, финансируемой правительством (Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante 1998).

Аккредитация преследует две различные, но взаимосвязанные цели. Первая — гарантировать соответствие больницы минимальным установленным стандартам. Вторая — поощрить распространение позитивного опыта (Scrivens 1995). Трудно спорить с тем, что первая из этих целей соответствует сути аккредитации; вместе с тем в нашем распоряжении почти нет эмпирических данных, свидетельствующих в пользу того, что аккредитация может служить экономически выгодным средством повышения стандартов.

Успехи или неудачи системы аккредитации определяются особенностями ее практической реализации. Успешной может быть, судя по всему, такая схема, которая ставит реалистические, но стимулирующие задачи, учитывает все факторы, ограничивающие свободу деятельности больницы, и предусматривает главным образом меры не карательного, а поощряющего характера. Особая проблема связана с поиском средств: ведь кто-то должен платить за процесс аккредитации (часто это делает заинтересованная больница). Идентифицируемые расходы могут составлять лишь небольшую долю всех расходов, если процесс требует значительной подготовительной работы со стороны больницы. В любом случае расходы следует соизмерять с возможной выгодой. Многие элементы программы аккредитации могут стать доступными в рамках системы стратегических закупок — возможно, путем слияния (пулинга) средств покупателей. Особая ситуация складывается для систем, прочно укорененных в стратегии обеспечения качества (см. ниже).

Стратегические закупки

Одна из основных идей настоящей книги заключается в том, что государство или те, кто действует от его имени (медицинские фонды и др.), несут ответственность за спецификацию услуг, предоставляемых больницей населению. Вместе с тем некоторые специалисты считают это мнение спорным: ведь во многих частях Западной Европы профессиональная независимость бдительно оберегается. С этой точки зрения медик должен нести ответственность только перед своим больным; роль фонда социального страхования или регионального органа здравоохранения ограничивается оплатой предоставляемых медицинских услуг. Это мнение разделяется многими специалистами в Восточной Европе, где, впрочем, историческая подоплека вы-

глядит несколько иначе: стремление отстоять профессиональную независимость выступает в качестве реакции на прежнюю систему, когда государство, будучи единственным работодателем, разрабатывало ход лечения для каждого типа больных. Ясно, что при таком негибком подходе не могло быть речи об адаптации лечения к потребностям каждого больного в отдельности.

Итак, в 1980-х годах в Европе функционировали две различные системы. Одна система базировалась на принципе *laissez-faire* (*франц.* «делай что хочешь»), предусматривающем минимальные юридические рамки для деятельности больниц и специалистов. Вторая система, представленная советской моделью, была тщательно регулируемой, основывалась на командно-административном методе и практически исключала свободу действий. Ни одна из систем не поощряла сочетание экономичности, отзывчивости на нужды больных и социальной справедливости. К началу 1990-х годов многие страны выбрали средний путь между этими двумя крайностями. Этот новый подход предусматривает оценку потребностей населения в медицинской помощи, выявление того, насколько полно удовлетворяются эти потребности, и поиск возможностей для заполнения всех пробелов с использованием таких механизмов, как заключение договоров об услугах. Эти виды деятельности принято именовать стратегическими закупками.

Стратегические закупки — эффективное средство организации внешних факторов, стимулирующих поставщиков к повышению качества (WHO 2000). Оно предполагает переориентацию ряда стимулов, действующих в рамках платежных систем, с целью достижения таких целей, как улучшение здоровья населения и повышение отзывчивости на нужды больных; все эти меры осуществляются в рамках общей стратегии здравоохранения. О сложности задачи свидетельствует специальная литература, объем которой непрерывно растет (Ovretveit 1995). Стратегические закупки связаны с постоянным поиском самых подходящих продуктов (в данном случае имеются в виду формы медицинского вмешательства), лучших поставщиков и наиболее удобных механизмов оплаты и контрактации. Процесс оценки потребностей и разработки пакетов медицинской помощи требует участия высококвалифицированных специалистов, имеющих доступ к необходимым данным. Спецификация продуктов медицины связана с трудностями, поставщики имеют множество разнообразных возможностей удовлетворить свое стремление к наживе, существует постоянная напряженность между желаемым уровнем детализации и размером реальных операционных издержек.

Для многих стран модель стратегических закупок остается предметом устремлений. Некоторые из систем, еще сравнительно недавно действовавших по принципу *laissez-faire*, сделали важные шаги по замене простой компенсации (хотя и в рамках более или менее четко установленных правил) более активным закупочным процессом, основанным на реальных данных об эффективности. Вместе с тем более подробная спецификация могла бы вызвать заметное противодействие со стороны медиков, отстаивающих свою профессиональную независимость. В восточноевропейских системах, которые еще недавно регулировались весьма жестко, медики стали более независимы. Благодаря этому в ряде случаев удается внедрить в практику новаторские модели лечения; вместе с тем завоеванная независимость все еще не уравновешена высококоразвитыми регулирующими схемами, основанными на надежных данных.

Спецификация больничных услуг

Природа стратегических закупок зависит от свойств конкретной системы здравоохранения. Там, где закупки и поставки разделены, вероятно использование той или иной системы контрактации (заключения договоров). Там, где закупки и поставки составляют единое целое, тот или иной принцип контрактации может быть запечатлен в соглашениях об услугах.

Даже в системах, которые на первый взгляд кажутся похожими, контрактация может иметь совершенно разный смысл. Некоторые контракты могут быть тщательно детализованными и предусматривать отказ от оплаты в случае отсутствия поставок (контрактация на покупку услуг). Другие контракты могут представлять собой соглашения общего характера по широкому спектру услуг. Проблема контрактации обсуждается в другой книге настоящей серии (Mossialos et al. 2002); здесь мы займемся только несколькими основными понятиями.

В Западной Европе модели государственного подряда получили особенно широкое распространение с конца 1990-х годов, когда страны, где до этого действовали интегрированные системы, приняли принцип разделения покупателя (в этой роли выступают, как правило, местные или региональные органы здравоохранения) и больницы или иного поставщика (Mossialos and Le Grand 1999). Хотя модель государственного подряда длительное время использовалась в странах с системами социального страхования, согласно новой версии этой модели процесс спецификации типа предоставляемой помощи должен носить более упреждающий характер; основное внимание должно уделяться экономичности и социальной справедливости. Несколько упрощая, можно сказать, что прежние системы были в основном платежными системами, функционирование которых было подчинено прежде всего задаче сдерживания расходов.

Практика контрактации в здравоохранении имеет ряд преимуществ. В контрактах можно подробно оговаривать типологию услуг и условия их предоставления. Если контрактация сочетается с детализированной оценкой потребностей населения, это может дополнительно способствовать эффективности и справедливости закупок. Считается, что возможность выбора между конкурирующими поставщиками идет на пользу эффективности. В действительности, однако, выбор чаще всего жестко ограничен ввиду барьеров, преграждающих выход на рынок: ведь новая больница не может быть воздвигнута за один день. С другой стороны, опасность потерять выгодный контракт или утратить конкурентоспособность часто стимулирует предоставление более качественных услуг за более низкую цену (Ham 1996). Благодаря регулярным раундам контрактации появляется возможность всякий раз переоценивать то, что покупается, в свете новых обстоятельств.

Практика контрактации имеет и свои недостатки. Среди них — высокие (и, как правило, недооцениваемые) операционные издержки. В случае контрактов, срок которых составляет несколько лет, издержки могут быть не слишком высоки; с другой стороны, долгосрочная контрактация не дает особых возможностей приспособиться к меняющимся условиям. Высокие операционные издержки чреватые укреплением монополий, поскольку стоимость выхода на рынок часто весьма высока.

Чтобы закупки реально способствовали повышению результативности лечения и большей отзывчивости на нужды больных, необходимы высокая уп-

равленческая квалификация покупателей, значительные вложения в информационные технологии и доступ к важнейшим исследованиям по клиническим и организационным новациям. Всего этого удалось достичь лишь в немногих европейских странах.

Интегрированные программы обеспечения качества

Никто не сомневается в том, что высококачественную медицинскую помощь можно обеспечить только при условии правильного размещения вложений. Вместе с тем политические меры, направленные на улучшение только одного элемента целостной системы, часто приводят к разочаровывающим результатам. Поощрение инвестиций в мощности не означает, что персонал, использующий эти мощности, обладает необходимой квалификацией. Мониторинг результатов деятельности больницы чреват искажением данных, если осуществляющие его специалисты недостаточно привержены идее качества. Поэтому во многих странах применяются интегрированные подходы к повышению качества медицинской помощи.

Система управления качеством работы, недавно разработанная Государственной службой здравоохранения в Англии, может служить образцом систем подобного рода (Department of Health 1998b) (рис. 7.4). Первый элемент системы — разработка стандартов, осуществляемая Национальным институтом качества клинической деятельности (Rawlins 1999). Принимая решения относительно специфических форм помощи (например, консультируя органы здравоохранения по поводу эффективности и экономичности некоторых противораковых препаратов), институт одновременно подготовил ряд директивных документов, основанных на обширной совокупности эмпирических данных по лечению и предупреждению определенных болезней. Ранний образец — директива по сердечно-сосудистым болезням (Department of Health 1998b). В этих документах точно определяются оптимальные пакеты лечения и содержатся указания относительно необходимых мощностей, оборудования и квалификации персонала.

Эти и другие аналогичные директивы должны внедряться на местном уровне с учетом новых систем профессионального регулирования, продолжающегося профессионального развития и клинического руководства. Клиническое руководство — способ интеграции традиционных типов деятельности по управлению учреждением и обеспечению качества работы; его цель — сделать так, чтобы управленцы обращали как можно больше внимания на качество лечения и чтобы те, кто стремится обеспечить высокое качество, имели возможность контролировать необходимые для этого ресурсы. Вопросы клинического руководства подробно обсуждаются в главе 10.

Успех деятельности по обеспечению качества будет оцениваться с помощью опросов больных, анализа административных данных, инспекций. Под инспекциями подразумеваются как посещения больниц, так и сбор количественных данных; инспекции будут осуществляться новым органом — Комиссией по совершенствованию здравоохранения (Commission for Health Improvement), которая возьмет на себя многие из тех функций, которые обычно выполняют агентства по аккредитации; кроме того, она будет отвечать за совершенствование клинического руководства больницами.

Рисунок 7.4. Интегрированная программа обеспечения качества: схема обеспечения качества в Англии



Источник: Department of Health (1998b).

Эти модели пока находятся на ранней стадии развития, поэтому оценка их эффективности преждевременна. Так или иначе, они учитывают важность взаимосвязей между различными частями системы здравоохранения. Кроме того, они основаны на признании того факта, что простая спецификация того, что должно произойти, недостаточна; нужно также разработать механизмы внедрения стандартов и контроля над их соблюдением.

Уроки и следствия

В этой главе были рассмотрены различные предпосылки качественного лечения. Больница играет заметную роль в обеспечении необходимых ресурсов; вместе с тем она функционирует не в одиночку. Правительства и те, кто действует от их имени, обязаны создавать и поддерживать все условия для улучшения деятельности больниц.

В большинстве случаев правительства уже активно участвуют в этой деятельности, устанавливая права собственности и правила инвестирования средств, поддерживая университеты и финансируя систему здравоохранения. Мы лишь хотели бы подчеркнуть, что деятельность правительств должна быть скорректирована с учетом двух основных задач — улучшения результативности медицинской помощи и повышения степени отзывчивости медицинских служб на нужды больных. Правительства и те, кто действует от их имени, должны создать условия для хорошей работы больниц и, кроме того, должны более заметно влиять на спецификацию больничных услуг.

Европейский опыт в данной области весьма значителен и разнороден. Некоторые страны стремятся прежде всего обеспечить постоянное наличие определенных ресурсов — например, квалифицированной рабочей силы, — или предоставить капитал, необходимый для инвестирования в больничные мощности и оборудование. Правительства должны прежде всего иметь точное представление о том, насколько эффективны имеющиеся в их распоряжении механизмы с

точки зрения обеспечения нужных ресурсов. Частичные меры сами по себе недостаточны. Удачно спроектированные больницы не предоставят качественно-го лечения в отсутствие квалифицированного персонала и хорошего оборудования. Даже при наличии всех необходимых ресурсов правительства и те, кто действует от их имени, должны участвовать в руководстве деятельностью больницы, отслеживать результаты этой деятельности и должны образом вознаграждать за них. Важнейшая задача для будущего заключается в том, чтобы объединить принимаемые меры в рамках интегрированных программ обеспечения высокого качества и развития стратегических закупок; с помощью таких программ удастся лучше выявить реальные потребности населения в медицинской помощи и найти самые подходящие пути для их удовлетворения.

Литература

- Acheson, R.M. (1978) The definition and identification of need for health care, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32:10-15.
- Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante (1998) *A Propos de l'Accreditation [On accreditation]*. Paris: Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante.
- Armstrong, M. (1991) *A Handbook of Personnel Management*. London: Kogan Page.
- Australian Institute of Health and Welfare (1998) *Australian Hospital Statistics 1996-97*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- Banta, D. (1997) Report from the EUR-ASSESS project, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 13:333-340.
- Black, N. (1990) Medical litigation and the quality of care, *Lancet*, 335:35-7.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D. et al. (1999) Consensus development methods: a review of best practice in creating clinical guidelines, *Journal of Health Service Research and Policy*, 4:236-48.
- Bohigas, L., Smith, D., Brooks, T. et al. (1996) Accreditation programs for hospitals: funding and operation, *International Journal for Quality in Health Care*, 8:583-9.
- Bohigas, L., Brooks, T., Donahue, T. et al. (1998) A comparative analysis of surveyors from six hospital accreditation programmes and a consideration of the related management issues, *International Journal for Quality in Health Care*, 10:7-13.
- Buckley, G. (1999) Revalidation is the answer, *British Medical Journal*, 319:1145-6.
- Busse, R. (2000) *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Busse, R. and Schwartz, F. (1997) Financing reforms in the German hospital sector: from full cost cover principle to prospective case fees, *Medical Care*, 35(19): 40-9.
- Busse, R., van der Grinten, T. and Svensson, P-G. (2002) Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice, in R.B. Saltman, R. Busse and E. Mossialos (eds) *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Buxton, M. and Hanney, S. (1996) How can the payback from health services research be assessed?, *Journal of Health Services Research and Policy*, 1:35-43.
- Caillet, R. and Baillet, S. (2000) Accreditation: the French experience, *Hospital: Official Journal of the European Association of Hospital Managers*, (1): 23-4.
- Carr-Hill, R.A. (1992) The measurement of patient satisfaction, *Journal of Public Health Medicine*, 14:236.

- Carr-Hill, R.A. and Jenkins-Clarke, S. (1995) Measurement systems in principle and in practice: the example of nursing workload, *Journal of Advanced Nursing*, 22(2): 221-5.
- Clarke, A. and McKee, M. (1992) The consultant episode: an unhelpful measure, *British Medical Journal*, 305:1307-8.
- Cochrane Collaboration (1991) *Commission on Health Research for Development. Health Research: Essential Link to Equity in Development*. Oxford: Oxford University Press.
- Cummings, M. (1999) Look at this case again, *British Medical Journal*, 318:1009.
- Davenport, R.J., Dennis, M.S. and Warlow, C.P. (1996) Effect of correcting outcome data for case-mix: an example from stroke medicine, *British Medical Journal*, 312:1503-5.
- Department of Health (1995) *NHS: The Patient's Charter: A Charter for England*. London: HMSO.
- Department of Health (1997) *The New NHS: Modern, Dependable*. London: The Stationery Office.
- Department of Health (1998a) *Our Healthier Nation: A Contract for Health*. London: The Stationery Office.
- Department of Health (1998b) *A First Class Service: Quality in the New NHS*. London: The Stationery Office.
- Department of Health (1999) *The NHS Performance Assessment Framework*. London: Department of Health.
- Dickinson, E. (1998) Clinical effectiveness for health care quality improvement, *Journal of Quality in Clinical Practice*, 18(1): 37-46.
- Dixon, J. and Preker, A. (1999) Learning from the NHS, *British Medical Journal*, 319:1449-50.
- Donabedian, A. (1966) Evaluating the quality of medical care, *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 44:169.
- Dunn, P. (1998) The Wisheart affair: paediatric cardiological services in Bristol, 1990-5, *British Medical Journal*, 317:1144-5.
- Edhouse, J.A. and Wardrope, J. (1996) Do the national performance tables really indicate the performance of accident and emergency departments?, *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 13:123-6.
- Egan, J. (1998) Concept of collective responsibility is important, *British Medical Journal*, 317:811.
- Egger, D., Lipson, D. and Adams, O. (2000) *Achieving the Right Balance: The Role of Policy-Making Processes in Managing Human Resources for Health Problems*, document WHO/EIP/OSD/00.2. Geneva: World Health Organization.
- Eysenbach, G. (ed.) (1998) *Medicine and Medical Education in Europe*. Stuttgart: Thieme.
- Ferguson, B., Sheldon, T. and Posnett, J. (1997) *Concentration and Choice in Health Care*. Glasgow: Royal Society of Medicine Press.
- Fukuyama, F. (1992) *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. New York: Free Press.
- Gaffney, D., Pollock, A.M., Price, D. and Shaoul, J. (1999a) PFI in the NHS: is there an economic case?, *British Medical Journal*, 319:116-19.
- Gaffney, D., Pollock, A.M., Price, D. and Shaoul, J. (1999b) The politics of the new private finance initiative and the new NHS, *British Medical Journal*, 319:249-53.
- Glanville, J., Haines, H. and Auston, I. (1998) Finding information on clinical effectiveness, *British Medical Journal*, 317(7152): 200-3.
- Goldstein, H. and Spiegelhalter, D.J. (1996) League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance, *Journal of the Royal Statistical Society*, 159:385-443.

- Granados, A., Jonsson, E., Banta, D. et al. (1997) EUR-ASSESS project subgroup report on dissemination and impact, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 13:220-86.
- Green, A. and Owen, D. (1995) The labour market aspects of population change in the 1990s, in R. Hall and P. White (eds) *Europe's Population: Towards the Next Century*. London: UCL Press.
- Green, J., Passman, L.J. and Wintfeld, N. (1991) Analyzing hospital mortality: the consequences of diversity in patient mix, *Journal of the American Medical Association*, 265:1849-53.
- Ham, C. (1996) Contestability: a middle path for health care, *British Medical Journal*, (312): 70-1.
- Hannan, E.L., Kilburn, H., Racz, M., Shields, E. and Chassin, M.R. (1994) Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in New York State, *Journal of the American Medical Association*, 271:761-6.
- Harding, A. and Preker, A.S. (2001) A conceptual framework for organizational reforms of hospitals, in A.S. Preker and A. Harding (eds) *Innovations in Health Services. Vol. 1: The Corporatization of Public Hospitals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Healy, J. and McKee, M. (1997) Health sector reform in central and eastern Europe: the professional dimension, *Health Policy and Planning*, 12(4): 286-95.
- Hewson, B. (2000) Why the Human Rights Act matters to doctors, *British Medical Journal*, 321:780-1.
- Hirschman, A. (1970) *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- International Labour Organization and Sectoral Activities Programme (1998) *Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms*. Geneva: International Labour Office.
- Jensen, G.A. and Morrisey, M.A. (1986) Medical staff specialty mix and hospital production, *Journal of Health Economics*, 5:253-76.
- Jourdan, S., Rossie, M.L. and Goulding, J. (2000) Italy: medical negligence as a crime, *Lancet*, 356:1268-9.
- Kulzhanov, M. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Kazakhstan*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Leenen, H., Gevers, S. and Pinet, G. (eds) (1993) *The Rights of Patients in Europe: A Comparative Study*. Dordrecht: Kluwer.
- Maarse, H.A.M. (1996) Fixed budgets in the inpatient sector: the case of the Netherlands, in F.W. Schwartz, H. Glennester, R.B. Saltman and R. Busse (eds) *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*. Chichester: John Wiley.
- Marshall, E.C., Spiegelhalter, D.J., Sanderson, C. and McKee, M. (1998) Reliability of league tables of in vitro fertilisation clinics: retrospective analysis of live birth rates. Commentary: how robust are rankings? The implications of confidence intervals, *British Medical Journal*, 316:1701-5.
- Massion, J. (2000) The ethical characteristics of patients' rights in Europe, *Hospital: Official Journal of the European Association of Hospital Managers*, 2(1): 11-13.
- McKee, M. and Hunter, D. (1995) Mortality league tables: do they inform or mislead?, *Quality Health Care*, 4:5-12.
- McKee, M. and Sheldon, T. (1998) Measuring performance in the NHS: good that it's moved beyond money and activity but many problems remain, *British Medical Journal*, 316:322.

- McKee, M., Coles, J. and James, P. (1999) 'Failure to rescue' as a measure of quality of hospital care: the limitations of secondary diagnosis coding in English hospital data, *Journal of Public Health Medicine*, 21:453-8.
- McPherson, K. and Britton, A. (1999) The impact of patient treatment preferences on the interpretation of randomised controlled trials, *European Journal of Cancer*, 35:1598-602.
- Montford, A.P. (1981) Production functions of general hospitals, *Social Science and Medicine*, 15:87-98.
- Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999) Cost containment in the EU: an overview, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J.E. and Kutzin, J. (2002) *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Myklebust, A. (2000) Patients' rights in the 1999 reforms in Norway, *Hospital: Official Journal of the European Association of Hospital Managers*, 1:16.
- New, B. (1998) Accountability and performance, in R. Klein (ed.) *Implementing the White Paper*. London: King's Fund.
- OECD (1999) *OECD Health Data 99: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Ovretveit, J. (1995) *Purchasing for Health*. Buckingham: Open University Press.
- Perleth, M., Busse, R. and Schwartz, F. (1999) Regulation of health-related technologies in Germany, *Health Policy*, 46:105-26.
- Pollit, C. and Bouckaert, G. (2000) *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Pollit, C., Girre, X., Lonsdale, J. et al. (1999) *Performance or Compliance: Performance Audit and Public Management in Five Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Pollock, A.M., Dunnigan, M.G., Gaffney, D., Price, D. and Shaoul, J. (1999) The private finance initiative: planning the 'new' NHS: downsizing for the 21st century, *British Medical Journal*, 319(7203): 179-84.
- Purdy, S. and Rich, G. (1995) Accrediting hospitals, *British Medical Journal*, 311:456.
- Putnam, R.D. (1992) *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rawlins, M. (1999) In pursuit of quality: the National Institute for Clinical Excellence, *Lancet*, 353:1079-82.
- Robinson, R. (1995) Accrediting hospitals, *British Medical Journal*, 310:755-6.
- Robinson, R. and Dixon, A. (1999) *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Rockall, T.A., Logan, R.F., Devlin, H.B. and Northfield, T.C. (1995) Variation in outcome after acute upper gastrointestinal haemorrhage: the national audit of acute upper gastrointestinal haemorrhage, *Lancet*, 346:346-50.
- Roemer, M.I. (1993) Health facilities, in *National Health Care Systems of the World*, Vol. 2. New York: Oxford University Press.
- Saltman, R.B., Busse, R. and Mossialos, E. (eds) (2002) *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Salvage, J. and Heijnen, S. (eds) (1997) *Nursing in Europe: A Resource for Better Health*, WHO Regional Publications, European Series, No. 74. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Sanderson, C., Hunter, D.J., McKee, M. and Black, N. (1997) Limitations of epidemiologically based needs assessment: the case of prostatectomy, *Medical Care*, 35:669-85.

- Savill, R. (1996) Targets being put ahead of patients says resigning health manager, *Daily Telegraph*, 25 April, p. 6.
- Scally, G. and Donaldson, L.J. (1998) Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England, *British Medical Journal*, 317:61-5.
- Schneider, E.C. and Epstein, A.M. (1996) Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care: a survey of cardiovascular specialists, *New England Journal of Medicine*, 335:251-6.
- Scrivens, E. (1995) *Accreditation: Protecting the Professional or the Consumer?* Buckingham: Open University Press.
- Scrivens, E. (1997) Putting continuous quality improvement into accreditation: improving approaches to quality assessment, *Quality in Health Care*, 6:212-18.
- Scrivens, E. (1998) Policy issues in accreditation, *International Journal for Quality in Health Care*, 10(1): 1-5.
- Silver, M.H.W. (1997) Patients' rights in England and the United States of America: the Patient's Charter and the New Jersey Patient Bill of Rights: a comparison, *Journal of Medical Ethics*, 23:213-20.
- Smith, P. (1993) Outcome related performance indicators and organisational control in the public sector, *British Journal of Management*, 4:135-51.
- Smith, R. (1998) All changed, changed utterly, *British Medical Journal*, 316:1917-18.
- Smith, R. (1999) PFI: perfidious financial idiocy: a 'free lunch' that could destroy the NHS, *British Medical Journal*, 319:2-3.
- Stevens, A. and Raftery, J. (1994) *Health Care Needs Assessment*, Vol. 1. Oxford: Radcliffe.
- Sunol, R., Delgado, R. and Esteban, A. (1991) Medical audit: the Spanish experience, *British Medical Journal*, 303:1249-51.
- Swingedau, O. (2000) The Ombudsman: mediating on behalf of patients, *Hospital: Official Journal of the European Association of Hospital Managers*, 2(1): 14-15.
- Treasure, T. (1998) Lessons from the Bristol case. More openness - on risks and on individual surgeons' performance, *British Medical Journal*, 316:1685-6.
- Trilla, A. and Bruguera, M. (2000) Spain: avoiding law suits, *Lancet*, 356:1266-7.
- Weatherall, D. (1994) The inhumanity of medicine, *British Medical Journal*, 309:1671-2.
- WHO (1999). HEALTH21: *The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*, European Health for All Series, No. 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2000) *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- Wildavsky, A. (1979) *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis*. Boston, MA: Little, Brown & Company.
- Williams, B. (1994) Patient satisfaction: a valid concept?, *Social Science and Medicine*, 38:509.
- World Bank (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

глава ВОСЬМАЯ

Механизмы оплаты больничных услуг: теория и практика в странах с переходной экономикой

*Джон К. Лангенбруннер
и Мириам М. Уайли*

Введение

Политика оплаты услуг поставщиков для больниц ставит своей целью изменение поведения. Хорошая организация оплаты может привести к повышению результативности работы, то есть к снижению расходов и улучшению качества. Методы оплаты, особенно в странах с относительно зрелыми, устоявшимися системами здравоохранения, меняются именно ради этого.

Изменение системы оплаты создает новые стимулы для поставщиков и поощряет дальнейшие организационные сдвиги, связанные с ролью больницы в поставках услуг. Поиски более эффективных и экономичных способов финансирования больничного сектора характерны для систем здравоохранения большинства стран — членов Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Последние тенденции в этих странах — лишь начало длительного переходного процесса.

В настоящей главе рассматриваются текущие изменения политики оплаты услуг; особое внимание обращается на ситуацию в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР и в Турции. Четыре из этих стран также являются членами ОЭСР: Турция (с 1961 г.), Чехия (1995), Венгрия (1996) и Польша (1996).

Сложившаяся в этих странах новая среда является источником серьезных проблем, в том числе имеющих отношение к общему финансированию здравоохранения и к экономичности медицинских услуг. В конце 1980-х годов стало ясно, что низкая результативность услуг обусловлена не только недостаточным финансированием, но и неэффективной системой управления ресурсами здравоохранения (Sheiman 1993; Ensor 1997). Отсутствие стимулов к повышению экономичности сочеталось с низким уровнем расходов. Доля валового внутрен-

него продукта, предназначенного для нужд здравоохранения, традиционно была низкой, составляя 3—6% (Preker and Feachem 1996) против 6—9% в странах ОЭСР (Poullier et al. 1994). Хроническое недофинансирование обострилось на этапе перехода к рыночной экономике, когда уровень финансирования начал стремительно падать (Klugman and Schieber 1996; University of York 1998).

Другой комплекс проблем был связан с нарушением равновесия в пользу больницы по сравнению с первичной помощью и с неэффективной работой амбулаторных врачей. Отсутствие конкуренции и выбора, наряду с отсутствием стимулов к повышению экономичности, поощряло врачей действовать наподобие диспетчеров, равнодушно распределяющих больных по больницам. В начале 1990-х годов в странах бывшего СССР 25—30% больных направлялись в больницы после первого же посещения поликлиники (Sheiman 1993); в Великобритании аналогичный показатель составлял 8,6%, а в США — 5,2% (Sandier 1989). В странах бывшего СССР доля лиц, принятых в больницы, составляла 18—24% всего населения против 16% (в среднем) для всех стран ОЭСР. В странах бывшего СССР на финансирование стационарного лечения уходило примерно 65—85% государственных бюджетов здравоохранения (WHO 2001) против 45—50% в странах ОЭСР (OECD 1997).

По примеру стран ОЭСР некоторые страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР изучают возможность замены исторически сложившихся методов финансирования. Существующие методы, в принципе, делятся на четыре категории: (1) посуточная оплата; (2) системы оплаты за каждый отдельный случай или за каждый отдельный прием в больницу (может быть предусмотрена корректировка с учетом специфики случая); (3) глобальные бюджеты; (4) подушевая оплата (капитация). В настоящей главе анализируется опыт внедрения этих методов в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР и в Турции и проводится сравнение с аналогичными западноевропейскими системами.

Система, унаследованная от прошлого

Системы оплаты больничных услуг не могут рассматриваться отдельно от общих проблем здравоохранения. В большинстве стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР здравоохранение переживает переходный период от модели, предусматривающей централизованное планирование, к более децентрализованным моделям (основные черты советской модели здравоохранения описаны в главе 2).

Государственная система финансировалась из общегосударственного бюджета, из бюджетов предприятий и из внебюджетных фондов. Платежи из кармана потребителя предусматривались для немногих второстепенных услуг; определенное распространение получили неофициальные платежи государственным поставщикам за те или иные привилегии при лечении.

Финансирование осуществлялось согласно бюрократическому механизму по нисходящей линии. Размеры финансирования определялись центральными органами. Средства размещались по согласованному государственному плану. Резервы размещались согласно механизму, типичному для модели Семашко: на каждом уровне системы число единиц, в которые должны были вкладываться средства, определялось на основании экспертной оценки с уче-

том численности обслуживаемого населения. В результате применения этой модели сложились определенные бюджетные требования для каждого медицинского учреждения.

Постатейные бюджеты

Численность и структура персонала больницы определялись числом коек. Размер средств, идущих на кадровое обеспечение, определялся путем умножения числа работников больницы на размер их заработной платы по принятой национальной шкале. Определенные поправки делались с учетом некоторых внешних факторов, в том числе географических; так, за работу в зонах экологического бедствия (например, в регионе Аральского моря или близ мест, где производились ядерные испытания) полагались надбавки. Финансирование других статей осуществлялось с учетом имеющихся мощностей и численности населения. Так, размер средств, предназначенных на больничное питание (бюджетная статья 9), определялся на основе числа койко-дней за предыдущий год (Ensog and Langenbrunner 2001) или нормативного числа койко-дней. Всего насчитывалось 18 различных категорий. В примере, взятом из украинского опыта, самую крупную категорию составляли зарплаты плюс налог на зарплату. Размещение капиталов допускалось (бюджетная строка 16), но воспринималось как разовая мера, не отражающая годового снижения цен. «Плановые» уровни в начале года отличались от «реальных» уровней, обусловленных влиянием таких факторов, как инфляция и прибыли в течение бюджетного цикла.

Практика постатейных бюджетов характеризовалась определенными «правилами поведения» (Preker and Feachem 1996):

- Финансирование на текущий год отражало исторически сложившийся уровень и учитывало некоторые факторы инфляции.
- Перераспределение средств между категориями или от одного года к другому носило крайне ограниченный характер или не допускалось вообще.
- В условиях обострения экономических трудностей преимущество отдавалось зарплатам, питанию и медикаментам

Практика постатейных бюджетов имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Она делает возможным жесткий централизованный контроль в тех случаях, когда управленческие возможности на местах ограничены, обеспечивает предсказуемый уровень бюджетов и расходов и может означать, что в любом учреждении будут соблюдены хотя бы минимальные стандарты. Вместе с тем она:

- стимулирует недостаточно активное лечение или передачу больного другим инстанциям;
- не обладает достаточной гибкостью для того, чтобы приспособливаться к местным или новым обстоятельствам;
- не создает прямых стимулов к распространению информации или к повышению уровня руководства;
- не создает прямых стимулов к повышению результативности;
- обнаруживает тенденцию к установлению высоких уровней фиксированных средств, поскольку при постатейном размещении изменения редки.

Постатейные бюджеты, особенно привязанные к вложениям, не способствуют снижению избытка персонала и площадей, столь характерного для большинства стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (Preker and Feachem 1996; Klugman and Schieber 1997; University of York 1998). Жесткие постатейные бюджеты поощряют администрацию учреждений (и отдельных поставщиков) искать другие источники финансирования. Этим отчасти объясняется широкое распространение неофициальных платежей в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (Lewis 2002).

Переходный период

С 1987 г. в СССР начались опыты по применению новых моделей организации и финансирования. Согласно одной из таких моделей в ряде регионов были внедрены элементы кооперации, а поликлиники были реорганизованы в семейные предприятия. Задача заключалась в том, чтобы повысить значимость менее дорогостоящих амбулаторных служб и служб первичной помощи. В России эти меры привели к сокращению приема в стационар на 10—15% (Sheiman 1993); если раньше соотношение стационарных и амбулаторных больных было равно 70:30, то после внедрения новой модели оно приблизилось к 50:50 (Schieber 1993). В Самарской области было ликвидировано 5500 коек. В Джезказганском районе Казахстана прием больных в стационар сократился на 26%, а число коек на душу населения — на 32% (Langenbrunner et al. 1994). Эти показательные проекты не особенно повлияли на совершенствование технологии оплаты стационарных услуг. В Джезказгане кооператоры использовали только простую систему посуточной оплаты и административные директивы по приему и выписке. Средняя продолжительность пребывания в больнице не снизилась, а состав случаев практически не изменился. Эти показательные меры в конечном счете потерпели провал, когда санкт-петербургский эксперимент по созданию системы хозрасчетных организаций первичной помощи был приостановлен из-за чрезмерного снижения числа направлений в больницы и неразвитости систем поддержки качества.

С начала 1990-х годов меры по повышению разнообразия доходной базы в странах бывшего СССР включали: (1) оплату части расходов, преимущественно за лекарства для амбулаторного лечения, из кармана потребителя; (2) специальные сборы с нанимателей (благодаря этой мере доходы удалось изолировать от бюджетного процесса); (3) заключение частных контрактов с предприятиями; (4) введение частного добавочного страхования. Эти меры, как правило, были связаны с такими организационными преобразованиями, как принятие закона о хозрасчетных государственных фондах медицинского страхования. Реформы финансирования и организации здравоохранения ускорили процесс изменений в системах закупок и в политике оплаты и организации поставщиков. Особенно активные процессы происходили в таких областях, как реструктуризация финансирования, децентрализация управления, организация закупок.

- *Реструктуризация финансирования.* Специальные целевые налоги на зарплату либо заменяют, либо дополняют традиционные государственные бюджеты здравоохранения. В Польше внедряется медицинское страхо-

вание, но одновременно используется традиционный бюджет здравоохранения для покрытия расходов по таким высокоспециализированным услугам, как трансплантация органов. В некоторых странах бывшего СССР государственные бюджеты используются для покрытия взносов в страховые фонды для неработающего населения и продолжают использоваться для финансирования «специализированных» фтизиатрических, психиатрических и онкологических учреждений, а также «приоритетных» служб вакцинации и борьбы со СПИДом. Часть расходов здравоохранения покрывается из частных источников (платежи нанимателей, страховщиков и отдельных индивидов).

- *Децентрализация управления.* В разных странах практика передачи прав на принятие решений региональным и местным властям принимает различные масштабы. В России относительно автономные региональные страховые фонды инкассируют и тратят почти 85% всех средств, выделенных на здравоохранение; в других странах фонды инкассируются централизованно, а затем распределяются по регионам и областям. Государства Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, как правило, перераспределяют часть фондов специально с целью соблюдения принципов социальной справедливости. В Польше 19 региональных фондов отсылают 14,2% своих доходов центральному фонду для последующего перераспределения. Децентрализация может распространиться на уровень поставщиков; юридическая и организационная автономия может предоставляться врачам (как в Хорватии, Венгрии и Польше) и больницам (как в Казахстане и Польше). Вместе с тем в большинстве стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР до сих пор нет достаточно развитой административной и информационной инфраструктуры, позволяющей управлять преобразованиями и контролировать риски.
- *Организация закупок.* Покупатели и поставщики медицинских услуг разделены. Для приобретения услуг фонды ныне пользуются механизмом избирательной контрактации (Savas et al. 1997) и поощряют совершенствование систем оплаты услуг. Согласно новым системам, учитывающим качественные показатели работы или ориентированным на рынок, оплате подлежат определенным образом измеренные единицы деятельности больницы.

Различные модели оплаты больничных услуг

Спецификация единиц измерения — важнейшая предпосылка количественной оценки взаимосвязи между объемом ресурсов и объемом работы больницы. Измерение объема денежных ресурсов не представляет больших трудностей; кадровые ресурсы могут оцениваться в эквивалентах полной занятости или часах работы, тогда как площади — в квадратных метрах. Количественная оценка объема работы больницы выглядит не столь элементарно, поскольку в качестве единиц измерения могут выступать процедура или услуга, койко-день, выписка или совокупность этих единиц. Выбор метода измерения объема работы больницы — важный элемент любой модели оплаты больничных услуг.

Оплата на основе оценки процедуры или услуги

Финансирование, привязанное к определенной процедуре или услуге, часто именуется «вознаграждением за услугу». Уровень доступных для больницы ресурсов определяется количеством процедур или услуг, предусмотренных договоренностью между плательщиком и поставщиком. При внедрении этого метода нужно учитывать следующие факторы:

- Метод не представляет административных трудностей для плательщика и поставщика.
- Уровень требований к обстоятельности и своевременности данных может быть весьма значительным.
- Спецификация или количественная оценка хирургических операций и параклинических услуг не представляет особых трудностей.
- Стимулируя рост числа процедур, легко оказать негативное влияние на качество работы и на общий уровень расходов.
- Стимулы к повышению экономичности появляются тогда, когда расходы больницы превышают ставку компенсации; если ставка превышает расходы, стимулы отсутствуют.

Посуточная оплата

В связи с финансированием на основе фиксированной платы за койко-день нужно иметь в виду следующее:

- Необходимые данные, как правило, легко доступны.
- Этот метод не представляет административных трудностей для плательщика и поставщика.
- Возникают стимулы к увеличению продолжительности пребывания в больнице, что может отрицательно повлиять на доступ, качество и расходы.
- Неравномерное распределение расходов за период пребывания в больнице не связано с реальной стоимостью лечения; динамика расходов, как правило, имеет вид колоколообразной кривой (в течение первых дней после поступления в больницу расходы плавно растут, затем снижаются).

Оплата за случай

Различаются две основные модели: оплата из расчета за каждый отдельный случай и оплата с учетом состава случаев. Первая, более простая, модель предусматривает финансирование на основе фиксированной платы за каждую выписку, независимо от типа случая. В связи с применением этой модели нужно иметь в виду следующие моменты:

- Данные, как правило, легко доступны.
- Возникают стимулы к увеличению числа больных, принимаемых в стационар, особенно если платежи превышают расходы; это чревато отрицательными последствиями для качества услуг.
- Размещение средств может быть слабо связано со стоимостью лечения.

Вторая модель предусматривает финансирование на основе фиксированной платы за каждую выписку с учетом различий в специфике или составе случаев. В международном масштабе чаще всего используется метод диагностических групп. Использование этого метода позволяет оценить стоимость лечения группы однородных случаев. Необходимо иметь в виду следующие моменты:

- Данная модель относительно сложна с административной и практической точек зрения.
- Ее применение зависит от доступности относительно непротиворечивых и полных данных о деятельности больницы и стоимости услуг.
- Она относительно справедлива, поскольку компенсация основывается на совокупной количественной оценке предоставляемых услуг.
- Она создает стимулы к ограничению расходов согласно установленной типологии услуг.

Глобальные бюджеты

Глобальные бюджеты для больниц — это совокупные платежи одной строкой, установленные заранее для покрытия расходов на определенные услуги в течение определенного периода времени (например, в течение года). Глобальные бюджеты ограничивают рост цен на услуги и количества услуг и допускают определенную гибкость при использовании средств в установленных бюджетных границах. По истечении предусмотренного периода времени бюджетные излишки могут удерживаться учреждением и использоваться по необходимости; остальные расходы должны покрываться больницей из других источников. Поставщик должен оставаться в рамках принятого бюджета, корректируя либо цену услуг или расходы на услуги, либо объем услуг. Выигрыш в экономичности возможен при условии жесткого исполнения глобальных бюджетов. В связи с применением этой модели нужно иметь в виду следующие моменты:

- Необходимы по возможности полные данные о деятельности больницы и стоимости услуг.
- Сложности для плательщика, как правило, возрастают пропорционально сложности бюджетной формулы. Самый простой случай — когда формула всецело основана на исторически сложившихся бюджетах; более сложные случаи — когда формула учитывает интенсивность использования услуг, структуру совокупности случаев, другие факторы риска и факторы социальной справедливости.
- Эта модель относительно сложна для поставщика с административной и практической точек зрения; соответственно эффективное перераспределение средств и поддержание уровня расходов в рамках установленного бюджета возможно только при наличии местной административной самостоятельности.
- Существуют стимулы к тому, чтобы поддерживать структуру расходов в соответствии с типологией услуг в установленных бюджетных границах; вместе с тем если доходы слишком низки, глобальные бюджеты могут стимулировать снижение качества лечения или рационирование услуг.
- Может возникнуть необходимость в периодическом мониторинге со стороны плательщика и в создании административной системы для исполнения бюджета и для реагирования на апелляции и специальные требования.

Подушевая оплата (капитация)

В самом простом виде подушевая оплата используется для того, чтобы обеспечить определенный пакет медицинских услуг определенной группе населения за определенную сумму, взимаемую с каждого индивида, на определенный период времени (например, на год). Платежи из расчета на душу населения могут быть использованы на различных уровнях сектора здравоохранения: для установления региональных бюджетов, для установления бюджетов промежуточных фондов в рамках региона или при распределении фондов от плательщика к медицинскому учреждению или группе учреждений.

На уровне отдельного учреждения сумма подушевой оплаты зависит от типологии услуг, включенных в пакет льгот и пособий; необходимо точно определить состав группы абонентов. Руководство фонда и медицинское учреждение могут предусмотреть подушевую оплату либо части услуг (например, для стационарного лечения в данном учреждении), либо всех услуг в рамках интегрированной системы учреждений (например, больницы и связанной с ней поликлиники). В связи с применением этой модели нужно иметь в виду следующие моменты:

- По сравнению с другими платежными системами подушевая оплата в наибольшей степени зависит от доступности полных данных о деятельности и расходах поставщика.
- Сложности для плательщика, как правило, возрастают пропорционально сложности бюджетной формулы. Самый простой случай — когда формула всецело основана на исторически сложившихся суммах подушевой оплаты; более сложные случаи — когда формула учитывает интенсивность использования услуг, структуру совокупности случаев, другие факторы риска и факторы социальной справедливости.
- Для поставщика подушевая оплата является самой сложной и рискованной моделью с практической и административной точек зрения. Поскольку, поставщик всецело контролирует эпизод лечения, местная управленческая автономия является необходимым условием эффективного перераспределения ресурсов и удержания расходов в рамках установленного бюджета.
- Подушевая оплата создает сильные стимулы к тому, чтобы поддерживать структуру расходов в соответствии с типологией услуг в установленных бюджетных границах; вместе с тем если платежи слишком низки, подушевая оплата может стимулировать снижение качества лечения или рационализирование услуг.

Рассмотренные здесь модели по-разному служат решению задач, связанных с экономичностью услуг, доступом к услугам и качеством услуг (табл. 8.1). Ни одна из этих моделей не обеспечивает совместного решения всех задач в рамках системы оплаты больничных услуг. Острота возникающих проблем может быть эффективно снижена благодаря дополнительным административным гарантиям (Coulam and Gaumer 1991).

Таблица 8.1. Оценка избранных моделей оплаты больничных услуг согласно объективным критериям

<i>Единица измерения оплаты</i>	<i>Влияние на экономичность</i>	<i>Влияние на доступ</i>	<i>Влияние на качество</i>
Процедура или услуга	неопределенное	положительное для хирургии	неопределенное
Койко-день	отрицательное	неопределенное	неопределенное
Выписка	отрицательное	положительное	отрицательное
Единица, скорректированная с учетом состава случаев	положительное	положительное	неопределенное
Глобальный бюджет	положительное	неопределенное	неопределенное
Подушевая оплата	положительное	неопределенное	неопределенное

Ранние опыты: страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР

Подходы, особенно популярные в начале переходного периода, основывались на посуточной оплате и оплате за случай; оба типа оплаты могут рассматриваться как взаимосвязанные. Процесс внедрения этих подходов обычно делился на 4–5 стадий.

- Определенная суточная ставка, основанная на исторически сложившемся бюджете, поделенная на среднее число дней пребывания в больнице; общим знаменателем служит больница, категория больницы (например, сельская или городская) или географический регион.
- Определенная ставка на каждую выписку, безотносительно к степени тяжести случая или к тому обстоятельству, что больница, как правило, предпочитает принимать легких, а не тяжелых, больных (Wickham 1998).
- Определенная ставка на каждую выписку, скорректированная с учетом типа учреждения: в итоге ставки для специализированной больницы и для небольшой сельской больницы различаются, отражая различия в составе и специфике случаев и различия в стоимости вложений (например, в размере затрат на оплату труда).
- Определенная ставка на каждую выписку, скорректированная по клиническим подразделениям, с некоторыми поправками на специфику отдельных учреждений. Реальные средние расходы на лечение одного случая рассчитывались для каждой больницы каждым клиническим подразделением и приводились к среднему значению по всем больницам; в итоге получалась единая шкала, позволявшая проводить сравнение со средним значением расходов на лечение отдельного случая в данном регионе.

Рисунок 8.1. Группы, сформированные по составу случаев: итеративный процесс**Таблица 8.2.** Системы оплаты больничных услуг в странах Восточной Европы, по которым доступна информация

Страна	Постатейный бюджет	Посуточная оплата	Оплата за случай	Глобальный бюджет	Подушевая оплата
Албания	X				
Армения	X		складывается		
Азербайджан	X				
Босния и Герцеговина				складывается	
Болгария			складывается	складывается	
Хорватия		X		складывается	
Чехия			X	X	
Эстония		X			
Грузия			X		
Венгрия			X		
Казахстан	X		X		
Киргизия	X		X		
Латвия		X	складывается		
Литва			X		
Польша			X		складывается
Молдавия	X				
Румыния			складывается		
Россия	X	X	X	X	неясно
Словакия		X			
Словения		X			
Таджикистан	X				
Турция	X				
Туркмения	X		X		
Украина	X				
Узбекистан	X				

- Итеративный (повторяющийся) процесс увеличения численности платежных групп от 25—50 до более высоких значений на основе клинической логики и единообразного использования ресурсов (рис. 8.1).

Хотя переходный период в разных странах проходил по-разному, это чередование стадий может служить структурной основой для сравнительного анализа моделей оплаты больничных услуг, действующих в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. Данные о системах оплаты больничных услуг в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР обобщены в табл. 8.2. В нижеследующих разделах описываются свойства и практическая эффективность различных типов систем.

Вознаграждение за услугу

Чехия

В Чехии реформы здравоохранения начались раньше, чем в большинстве других стран. Для оплаты больниц первоначально использовался принцип гонорара за услуги, однако результаты этой меры оказались отрицательными. В 1993 г. в стране с населением около 10 млн человек за больных конкурировали 27 некоммерческих страховых компаний. Они платили поставщикам, как правило, по принципу гонорара за услуги согласно прейскуранту, учитывавшему до 5000 различных услуг. Рост объема услуг и соответствующих расходов в 1990-х годах был очень быстрым: от 7112 крон на душу населения в 1993 г. до 12 744 крон в 1998 г. Самые значительные бюджетные средства шли на персонал и медикаменты. Динамика зарплат в секторе здравоохранения отражала рост зарплат в экономике в целом; медикаменты в 1996 г. поглощали 23% государственных расходов, что заметно превосходило средний уровень для стран Организации экономического сотрудничества и развития (11,8%). С 1995 г. новые страховые компании начали прекращать выплаты; к 1998 г. из 27 компаний остались только восемь, а сумма невыплаченных долгов (преимущественно больницам) составила 2 млрд крон.

Оставшиеся страховщики перешли к новым платежным системам. К 1998 г. все основные амбулаторные услуги, предоставляемые врачами общей практики, оплачивались на подушевой основе; для оплаты врачей-специалистов использовалась система оценок в баллах; система оплаты больниц эволюционирует и представляет собой самый значительный источник растрат. Метод бюджетного финансирования, основанный на исторически сложившемся размещении средств, был введен в 1997 г., а в некоторых больницах в порядке эксперимента применяется смешанный метод: выделяемый бюджет корректируется с учетом ожидаемого состава случаев. Под действием более ранних стимулов структура больничных расходов выросла; вследствие банкротства страховых компаний и установления новых платежных потолков произошло накопление долгов. Больницы Министерства здравоохранения имеют самый большой просроченный долг — свыше 400 млн крон. Долги муниципальных и частных больниц (составляющих около 25% всех больниц) не столь велики, отчасти благодаря высокой степени подотчетности таких больниц, отчасти же благодаря тому, что они имеют ограниченный доступ к дискреционным фондам Министерства здравоохранения (Fidler 1999).

Посуточная оплата

Данные о системах посуточной оплаты в разных странах обобщены в таблице 8.3

Таблица 8.3. Особенности систем посуточной оплаты за больничные услуги в избранных странах Восточной Европы

<i>Страна</i>	<i>Корректировка с учетом состава случаев</i>	<i>Корректировка с учетом особенностей больницы</i>	<i>Потолок на общие расходы</i>	<i>Другие особенности</i>
Хорватия		X	X (1999)	Система пунктов для поставщиков
Эстония	X		X для некоторых	Гонорары за услугу
Словакия		процедур X		
Словения	X (при крупных расходах)		X	

Хорватия

Услуги учреждений оплачиваются согласно трехзвенной системе койко-дней (скорректированной с учетом уровня больницы); работа врачей оплачивается отдельно на основе системы оценок в баллах; дополнительная компенсация предусмотрена за такие материальные вложения, как питание и медикаменты. Оплата койко-дней корректируется с учетом принадлежности больницы к одному из трех уровней специализации — общему, региональному или университетскому. Система оценки работы врачей в баллах основана на структуре занятости персонала и на времени, предполагаемом на каждую процедуру. Существует исчерпывающий список из 90 000 процедур, каждой из которых соответствует определенное количество баллов. Подобные методы заметно стимулируют повышение расходов (например, путем чрезмерного увеличения числа койко-дней или неумеренного потребления лекарств). В течение пяти лет (1994—1998) расходы на стационарное лечение в реальном исчислении выросли на 70%, причем только за 1997—1998 год рост расходов составил 26%. В итоге пришлось установить потолок расходов на стационарное лечение. В 1997 г. доля больниц в общей структуре расходов на здравоохранение слегка снизилась (примерно до 50%). До середины 1990-х годов доля больниц в структуре расходов на здравоохранение росла несмотря на меры государства по развитию первичной помощи; непредвиденным результатом этих мер оказался рост числа больных, переправляемых врачам-специалистам и в больницы. Министерство здравоохранения все еще занимается распределением бюджетов для специализированных служб и капиталовложениями. Согласно некоторым оценкам, доля расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте Хорватии выросла до 10—12% (World Bank 1999a).

Словакия

Медицинские расходы на 96% покрываются системой медицинского страхования. Шесть агентств медицинского страхования — государственные учреждения. Самым крупным из них является Генеральное агентство медицинского страхования; его абоненты составляют 62% застрахованного населения. Около 45% средств, выделяемых на здравоохранение, поступает больницам. В 1998 г. больницы финансировались на основе числа койко-дней; суммы платежей корректировались с учетом того, является ли больница региональной, окружной или высокоспециализированной (большинство больниц последней категории связано с медицинскими факультетами университетов). Медицинский персонал получает зарплату.

В 1997 г. средняя продолжительность пребывания в больнице составляла 11 дней. Анализ, осуществленный Всемирным банком в марте 1999 г., не выявил серьезных различий по этому показателю между больницами различных типов; так, срок пребывания в родильных отделениях больниц всех типов составил 7,5 дней. По рассказам, чтобы больницы были заполнены, больных принимали в конце рабочей недели, тем самым увеличивая срок их пребывания на 2 дня. Поскольку сумма оплаты не зависела от степени тяжести случая, больницы предпочитали принимать пациентов с относительно легкими случаями и удерживать их дольше необходимого. В 1999 г. правительство приняло ряд мер, направленных на контроль над издержками системы, основанной на страховании; одной из таких мер стал переход от системы посуточной оплаты к системе глобальных бюджетов.

Словения

В контрактах на оплату больниц оговаривается предполагаемое число койко-дней; тем самым устанавливается контроль над общим объемом больничных расходов. Однако такой основанный на вложениях бюджет предоставляет слишком мало свободы для перераспределения возможных сбережений, полученных благодаря снижению средней продолжительности пребывания в больнице или иным мерам. Так, сбережения не могут быть использованы для премирования сотрудников или для покупки нового оборудования. Персонал получает зарплату. Были приняты отдельные дополнительные меры, в том числе премии за сохранение части коек пустыми или единообразные платежи за каждый тяжелый случай (сердечная хирургия, трансплантация, диализ). Начиная с 2000 г. Всемирный банк вкладывает 11,3 млн долларов в реализацию проекта по развитию информационной системы для национального здравоохранения; эта система позволит получить статистическую основу для перехода к системе финансирования больниц, основанной преимущественно на результативности.

Латвия

В этой стране 22 местных медицинских фонда объединены в 8 региональных фондов. Специализированные медицинские службы и службы третьей ступени остаются частью отдельной программы, финансируемой из государствен-

ного бюджета, однако в скором будущем они должны слиться с региональными медицинскими фондами. Больничный сектор характеризуется избыточной емкостью (10,3 койки на 1000 человек) и неэффективностью. Государственные больницы третьей ступени все еще оплачиваются исходя из размера вложений — таких, как койки и персонал. Медицинские фонды платят на основе койко-дней; впрочем, в некоторых регионах в экспериментальном порядке вводится оплата на основе диагностических групп. Новый проект Всемирного банка, предусматривающий выделение 42 млн долл. США, содержит план долгосрочной реструктуризации здравоохранения (World Bank 1998).

Эстония

В этой стране внедрена система медицинского страхования, производящая оплату стационарных услуг по койко-дням. Метод калькуляции койко-дней предусматривает введение поправок на специализированные отделения и на число коек. Далее уровень платежей корректируется для 57 типов случаев, различия между которыми определяются согласно диагнозу, лечению, характеру ухода, режиму питания, простым медицинским процедурам, лабораторным анализам и медикаментам. Некоторые дополнительные процедуры — например, физиотерапия — могут оплачиваться отдельно по принципу гонорара за услугу согласно прейскуранту. Вместе с тем существует определенный потолок на оплату стационарных услуг. Фонд медицинского страхования может перейти к менее сложной

Таблица 8.4. Особенности систем оплаты больничных услуг из расчета за каждый отдельный случай в избранных странах Восточной Европы

<i>Страна</i>	<i>Число категорий платежей</i>	<i>Основа расчета ставок платежей</i>	<i>Корректировка с учетом особенностей</i>	<i>Особые условия оплаты для посторонних учреждения</i>	<i>Потолок на общие расходы</i>
Грузия	30	Исторически сложившийся бюджет			
Венгрия	758	Исторически сложившиеся расходы	X	X	X
Казахстан	55	Исторически сложившиеся бюджеты	X		
Киргизия	154	Исторически сложившиеся бюджеты	X	X	
Литва	50	Исторически сложившиеся размеры оплаты койко-дней		X	
Польша	9-29	Ожидаемые доходы от налогов на зарплату			
Россия	до 10 000	Различна	X		

системе, предусматривающей объединение платежей в пакеты. Подход к возмещению капитальных затрат меняется в зависимости от конкретного случая; учреждения в Эстонии, Латвии и Литве часто арендуют оборудование через посредничество частных продавцов (International Finance Corporation 1999).

Оплата за случай

В табл. 8.4 обобщены характеристики систем оплаты из расчета за отдельный случай в разных странах.

Литва

Территориальный медицинский фонд платит за услуги по стационарному лечению, корректируя размер оплаты в зависимости от состава случаев. Цена калькулируется исходя из исторически сложившейся стоимости койко-дня и покрывает расходы по зарплате и лабораторным анализам и часть издержек на амортизацию оборудования. Коэффициент вариаций для цен по 50 категориям составляет 12. Классификация вторичных стационарных услуг осуществляется на основе групп болезней; число таких групп для взрослых равно 14, для детей — 9. В системе третичных услуг (университетский уровень) число групп для взрослых равно 17, для детей — 10. Платежи осуществляются по койко-дням, если продолжительность пребывания меньше 4 дней. Предусмотрены добавочные платежи для случаев, затраты на лечение которых превосходят определенный порог (130%), и добавочные платежи за шесть категорий диагностических тестов и методов лечения (среди них — компьютерная томография, ангиография, литотрипсия).

Капитальные затраты возмещаются преимущественно по факту из муниципальных бюджетов и средств Министерства финансов; принятая система учета не включает издержек на амортизацию (International Finance Corporation 1999). Наблюдалось снижение средней продолжительности пребывания в больнице (в 1996 г. она составляла 10 дней) и среднего числа коек на душу населения. Возможно, принятие принципа подушевой оплаты первичной помощи и принципа платы за случай в стационаре привело в течение 1990-х годов к постепенному росту числа больных, принимаемых в стационар (Heijnen and Schneider 1999). Вероятно, со временем возникнет необходимость в ограничении объемов стационарного лечения. Всемирный банк финансирует новый проект, одна из задач которого заключается в реструктуризации информационных систем и медицинских услуг (на эти цели выделено 37 миллионов долларов). Реализация этого проекта может способствовать совершенствованию платежных систем.

Польша

В январе 1999 г. 19 региональных страховых фондов начали внедрение новой системы. Большинство региональных фондов избрали простую систему оплаты по различным категориям однотипных случаев (число таких категорий колеблется от 9 до 29); при поддержке Всемирного банка проводится работа по

совершенствованию классификации. Платежная система учитывает только текущие расходы; пока учреждения не получили независимого юридического статуса, администраторы ограничены в своих действиях национальным трудовым кодексом и не имеют права принимать решения по капиталовложениям. Специализированные услуги и капиталовложения все еще финансируются из бюджета. Фонды оплачивают страховые требования по факту приема в стационар; с каждым годом число таких требований растет на 30%. Сообщается, что больным со сложными случаями отказывают в приеме в стационар, а в связи с простыми случаями широко практикуется «снятие сливок».

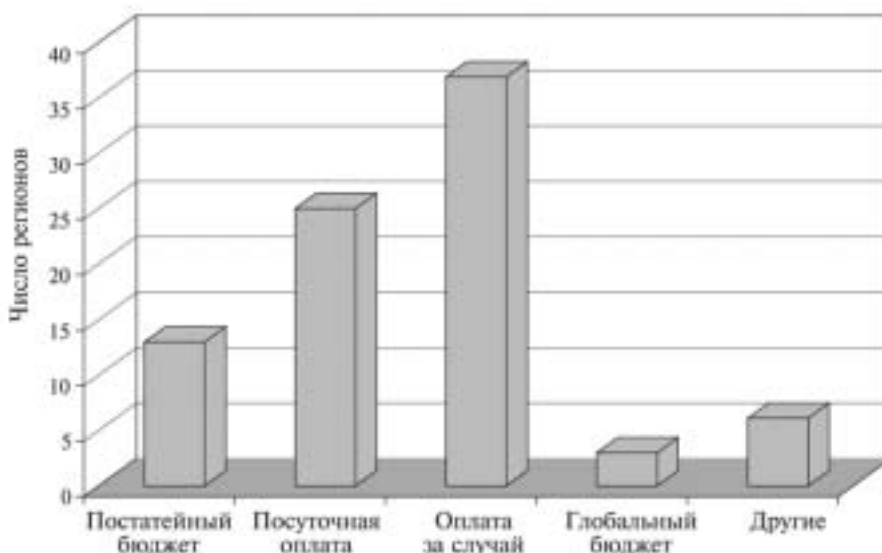
Россия

Ситуация в России не поддается однозначной характеристике; судя по всему, в России преобладают системы оплаты по факту выписки из больницы. В некоторых регионах используется посуточная оплата (обычно сумма оплаты определяется в соответствии с категорией больницы); для каждой категории случаев устанавливается потолок в зависимости от стандартной продолжительности пребывания. Регионы России (всего 89) слабо контролируются старым федеральным Министерством здравоохранения; в них действуют региональные административные структуры и органы новой системы медицинского страхования, финансируемые из налогов на зарплату (налог в размере 3,6% выплачивается нанимателями). Взносы в медицинские страховые фонды от имени неработающего населения делаются из местных бюджетов. В некоторых регионах деньгами, инкассированными на уровне фонда медицинского страхования, затем распоряжаются государственные и частные страховые компании промежуточного уровня. Эти компании избирательно заключают контракты с поставщиками услуг для той или иной группы населения; они могут также продавать полисы частного добавочного страхования. Однако взносы местных правительств нередко задерживаются; местные бюджеты и фонды обязательного страхования часто бывают разделены. Из традиционных бюджетов финансируются программы повышенной социальной значимости, помощь неработающему населению и муниципальные службы здравоохранения.

Законы, принятые в 1991 и 1993 гг., недостаточно подробно оговаривали механизмы оплаты поставщиков; возможность выбора подходов была фактически предоставлена региональным фондам. Недавний обзор Федерального фонда показал, что в регионах используются различные сочетания систем оплаты за стационарное лечение (рис. 8.2). Чаще всего это системы, основанные на посуточной оплате или оплате за случай. Так, в Кемеровской области и Чувашской республике фонд медицинского страхования платит по сложной формуле завершеного стационарного случая и за амбулаторный визит. Категории платежей выверены согласно диагностическим кодам Международной классификации болезней (всего примерно 10 000) и согласно пяти уровням лечения (имеются в виду преимущественно уровни больниц). В итоге число возможных ставок для стационарных услуг составляет около 50 000, а для амбулаторных услуг — около 10 000. Ставки периодически корректируются с учетом инфляции. В Кемеровской области недавно было решено отказаться от этой системы ввиду широкого распространения поддельных страховых требований; вместо нее утверждается более простая система, предусматривающая менее 100 кате-

горий. В ряде областей за последние несколько лет число больных, принимаемых в больницы, заметно выросло; в ответ был установлен потолок на общий уровень расходов.

Рисунок 8.2. Системы оплаты стационарного лечения в России



Посуточная оплата и оплата за случай, как правило, покрывает расходы на зарплату, медикаменты и питание. Капитальные затраты и расходы по хозяйственно-техническому обслуживанию покрываются из разных источников на уровне области, города или района. Поступление средств, как правило, носит фрагментарный характер, что заметно мешает реформированию платежной системы. Больницы национального и областного уровней продолжают финансироваться по модели постатейных бюджетов.

Грузия

В 1995 г. была введена система оплаты по 30 категориям болезней. Калькуляция осуществлялась исходя из измеримых прямых затрат на срок пребывания в больнице; к этой величине прибавлялся средний размер косвенных затрат (расходов по хозяйственно-техническому обслуживанию, административных расходов и расходов на стирку) из расчета за день пребывания, помноженный на среднюю продолжительность пребывания. Возникающие сложности обусловлены тем, что расходы на зарплату калькулируются на основании стандартных показателей приема и аренды, тогда как снижение пропускной способности привело к снижению реального уровня платежей. Категории пересматриваются каждый год с учетом стоимости вложений (Rhodes et al. 1999). Однако стимулы, присущие этой (равно как и любой другой) системе, теряют свою силу ввиду огромной распространенности неофициальных платежей, составляющих примерно 87% всех расходов (Lewis 2002). Аналогичная система развивается в Армении.

Казахстан

Отдельные регионы начали экспериментировать с относительно простыми платежными системами, основанными на дифференциации 55 клинических групп, различающихся по диагнозу, принадлежности к тому или иному отделению, а также по тому, перенес ли больной операционное вмешательство и был ли он принят в отделение интенсивной терапии. Новые страховые фонды в таких областях, как Семипалатинская или Джезказганская, перешли от системы посуточных платежей, принятой в середине 1990-х годов, к единовременным платежам за случай, а затем к более сложной системе, учитывающей различия между случаями по 55 категориям. Эти перемены совпали с другими организационными реформами. В Джезказгане число больниц между 1994 и 1997 гг. снизилось с 55 до 22, а число коек — с 6225 до 2919 (Horst 1998). По всей стране за тот же период число коек и больничных мощностей снизилось на 40—50% (Kulzhanov and Healy 1999). В начале 1999 г. правительство Казахстана упразднило страховой фонд, заменив его областными закупочными центрами, независимыми от областных органов здравоохранения. Задача этих центров — заключать контракты с медицинскими учреждениями на услуги для населения на основе открытого конкурса; теоретически это означает, что эффективно работающим учреждениям будет легче добиться дополнительного финансирования.

Киргизия

После экспериментов в нескольких регионах фонд медицинского страхования перешел от традиционной системы к системе, предусматривающей деление на 55 категорий, а позднее — 154 категории. Фонд медицинского страхования не может полностью оплачивать расходы на каждый случай; он покрывает только затраты на зарплату, медикаменты, лечебные материалы и питание, что составляет менее 30% общей суммы расходов. Первоначально фонд медицинского страхования заключал контракты с больницами общего профиля (областными, городскими, центральными районными и немногочисленными республиканскими), но не с диспансерами, специализированными больницами или небольшими сельскими больницами. Из договорных отношений были исключены также больницы, которые предполагалось закрыть в соответствии с планом рационализации здравоохранения. Фонд медицинского страхования ныне располагает базой данных, включающей свыше 300 000 случаев для анализа; это дает хорошую возможность проследить за результатами перемен (O'Dougherty 1999). Судя по первым данным, средняя продолжительность пребывания в больнице снизилась с 14,3 до 13,2 дней, хотя состав случаев не претерпел заметных изменений (Samushkin 1998). Перемены в системе платежей, судя по всему, не повлияли на ход структурных реформ, ибо случаи закрытия или слияния отделений и больниц крайне малочисленны. В течение ближайших нескольких лет будут приняты меры по рационализации финансирования, направленные на упорядочение фиксированных расходов (O'Dougherty 1999).

Венгрия

С начала 1990-х годов, после введения всеобщего обязательного медицинского страхования по месту работы, в Венгрии утверждалась сложная система оплаты за случай. С 1993 г. администрация национального фонда медицинского страхования стала заключать с поставщиками контракты, предусматривающие оплату по факту оказания услуги. Первичная помощь оплачивается на подушевой основе с соответствующими коррективами; амбулаторные услуги оплачиваются по системе баллов, аналогичной той, которая действует в Германии; лечение в стационаре оплачивается по методу диагностических групп (предусматривающему деление больных на группы с однородными диагнозами), заимствованному из США. Для каждой из трех областей (первичная помощь, амбулаторная помощь, стационар) установлены потолки расходов. Квоты, установленные еще в 1992 г., остаются практически неизменными. Большинство работников системы здравоохранения — государственные служащие, получающие зарплату. Большинство больниц общего профиля находятся в собственности местных (окружных и городских) правительств, тогда как национальные институты и медицинские университеты управляются центральным правительством. Платежи, взимаемые на основе метода распределения по группам с однородными диагнозами, покрывают расходы на зарплату и другие непостоянные расходы, но не капитальные затраты и не издержки на амортизацию. Ответственность за последние лежит на собственниках учреждения, которые субсидируются из центрального бюджета здравоохранения, устанавливаемого министерствами финансов, здравоохранения и внутренних дел (OECD 1999).

Нынешняя система 758 диагностических групп ведет свое происхождение от системы 26 главных диагностических категорий, которая подразделяется на более мелкие категории согласно дополнительным диагнозам, процедурам и возрасту. Весомость (относительная дороговизна) каждой из этих 758 категорий корректируется также с учетом нормативного срока пребывания. По достижении верхнего предела срока случай оплачивается посуточно в соответствии с национальной формулой для хронических больных; до 1998 г. корректировка с учетом специфики больниц основывалась преимущественно на данных об исторически сложившейся структуре расходов (OECD 1999). Наличие потолка на больничные расходы означает, что по мере изменения объема услуг размер базового платежа колеблется; следовательно, колеблется и размер платежей, осуществляемых по методу деления на группы с однородными диагнозами. Расчет весоности первоначально осуществлялся на базе 28 экспериментальных больниц, располагавших лучшими информационными системами и управляемых наиболее динамичными администраторами. В 1993 г. система групп с однородными диагнозами была распространена на всю Венгрию; с тех пор она претерпела несколько структурных изменений (National Economic Research Associates 1998). Больные, не остающиеся на ночь, оплачиваются по средней дневной ставке, рассчитываемой по методу групп с однородными диагнозами и помноженной на коэффициент 0,7. Стационарные больные с более длительным сроком пребывания в больнице оплачиваются посуточно. Дорогостоящие услуги, предоставляемые только в учреждениях регионального или национального уровня (например, трансплантация), оплачиваются по принципу гонорара за услугу и отдельно финансируются центральным правительством.

Использование метода групп с однородными диагнозами привело к неоднозначным результатам. В течение 1990-х годов количество выписок заметно выросло благодаря снижению средней продолжительности пребывания в больнице (с 9,9 до 8,0 дней) и числа коек на душу населения. Однако эти тенденции (за исключением снижения числа коек на душу населения) дали о себе знать раньше, чем проявились новые платежные стимулы. Согласно некоторым анализам, крах финансирования здравоохранения удалось предотвратить благодаря введению потолка на расходы (Orosz and Hollo 2001).

Вместе с тем между 1990 и 1996 гг. доля больных, принятых в больницы, выросла с 21,8 до 24,2%; это наводит на мысль, что новая система оплаты и снижение числа коек не привели к снижению уровня госпитализации. Стимулы к улучшению качества или к переносу центра тяжести с больничных услуг на амбулаторные отсутствуют, поскольку одни и те же услуги в стационаре оплачиваются по более высокой ставке, чем в амбулатории. Широкое распространение получили компьютерные программы, позволяющие подделывать страховые требования (Dorotinsky 1998; Orosz 1999); в итоге национальный индекс заболеваемости вырос с 0,97 в 1993 г. до 1,10 в 1996 г. (Orosz et al. 1997). Соответственно размер оплаты за случай между 1994 и 1997 гг. снизился в реальном исчислении на 22% (OECD 1999).

Избыток больничной емкости стал еще более очевидным, однако введение системы оплаты за случай не привело к серьезным структурным переменам. С 1995 г. правительство трижды неудачно пыталось закрыть государственные отделения и больницы. Некоторые больницы, стремясь снизить затраты и заработать деньги частными услугами, осуществили приватизацию прачечных и служб, ответственных за питание (National Economic Research Associates 1998). Ликвидация коек не сопровождалась пропорциональным снижением численности персонала. Между 1990 и 1996 гг. число врачей выросло на 27%, а число врачей-специалистов — на 12%; при этом соотношение числа врачей к числу больных и до 1990 г. было достаточно высоким. Общий уровень занятости в стране между 1991 и 1997 гг. снизился на 20%, а в области здравоохранения — только на 2% (National Economic Research Associates 1998; Orosz and Hollo, в печати). Работники здравоохранения, согласно законодательству о государственных служащих, пользуются особым статусом (OECD 1999).

Переходные платежные системы

Босния и Герцеговина, Болгария и Румыния находятся на ранних стадиях перехода к новым системам медицинского страхования. Соответствующие законы в этих странах были приняты в 1997—98 году; с тех пор появилось очень немного публикаций о новых системах оплаты поставщиков (Adeyi et al. 1998/1999; Valabanova 1998/1999). Румыния предложила систему посуточной оплаты или оплаты за каждый случай (World Bank 1999b), с ликвидацией потолков на кадровое обеспечение и более гибкой системой назначения зарплат. Официальные инстанции Болгарии выразили заинтересованность в том, чтобы принять принцип оплаты за случай или, возможно, принцип глобальных бюджетов (Health Insurance Commission, Australia 1999, неопубликованные данные). В Боснии и Герцеговине обсуждалась возможность принятия принципа оплаты за случай или установления бюджетных потолков. Всемирный банк фи-

нансирует специальный проект в поддержку новых платежных систем. Принятые в перечисленных странах законы не затрагивают проблемы капитальных инвестиций. В Румынии, по новому закону о медицинском страховании, здания и дорогостоящее оборудование должны и впредь финансироваться из центрального бюджета; при этом на капиталовложения отпускается лишь 3% бюджета, то есть больницы вынуждены зарабатывать деньги из других источников. Азербайджан, Молдавия и Украина сохраняют традиционный постатейный подход к оплате больниц. В Таджикистане, Туркмении, Узбекистане и Турции продолжает действовать традиционная система постатейных бюджетных компенсаций.

К глобальным бюджетам и подушевой оплате?

В некоторых странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР глобальные бюджеты и подушевая оплата рассматриваются как следующее поколение платежных систем после посуточной оплаты и оплаты за случай. Эти страны начали устанавливать простые потолки на больничные расходы. Движение в сторону глобальных бюджетов характерно для России; некоторые другие страны экспериментируют с подушевой оплатой.

Глобальные бюджеты

Чехия перешла к потолкам на больничные бюджеты, чтобы приостановить недавний рост расходов. В Албании исторически сложившиеся бюджеты сохранились, но несколько статей объединились в одну (по существу, это означает переход к глобальному бюджету). Всемирный банк выделяет 17 млн долл. США на финансирование реструктуризации здравоохранения. В Хорватии недавно был установлен потолок на быстро растущие издержки по стационарному лечению; метод глобальных бюджетов, в экспериментальном порядке принятый в некоторых учреждениях, не исключает возможности корректировки с учетом состава случаев.

В Туркмении проводится опыт по внедрению глобальных больничных бюджетов вместо традиционных постатейных бюджетов и установления нормативных затрат. В некоторых больницах Ашхабада допускается известная гибкость при расходовании средств, а районная больница в Теджене имеет собственный глобальный бюджет (часть эксперимента Всемирного банка). В отсутствие компьютеризированной информационной системы введение более сложной платежной системы может оказаться чрезмерно дорогостоящей мерой. Правительственные чиновники в республиках Средней Азии первоначально противодействовали принятию модели глобальных бюджетов, считая ее своего рода лицензией на мошенничество; существовало подозрение, что деньги будут вручаться главным врачам для того, чтобы те тратили их по собственному усмотрению, а не согласно плану, согласованному с министерством здравоохранения (University of York 1998). Глобальный бюджетный план обычно оговаривает конкретные меры, которые больница должна принять для решения плановых задач; ход этих мер отслеживается и учитывается в процессе планирования (Ensor and Langenbrunner 2002).

Россия

По меньшей мере две области (Тверская и Калужская) принимают глобальные бюджеты в ответ на неспособность систем посуточной оплаты и оплаты за случай справиться с возрастающими трудностями, обусловленными большим объемом услуг. В Калужской области глобальные бюджеты составляют часть более общей реформы платежей в системе здравоохранения. Новый план оплаты поставщиков включает объединение (пулинг) фондов, охватывающий службы неотложной помощи, медикаменты для отдельных групп населения и амбулаторное лечение. Была разработана модель частичной кооперации с платежами из расчета на душу населения, идущими поставщикам амбулаторных услуг. Глобальный бюджет для больниц предоставляется в виде ежемесячно выплачиваемой суммы; эта мера повышает степень самостоятельности больничной администрации. Одна из поликлиник сообщает о быстрых результатах, в том числе о снижении расходов на одного больного, снижении числа направлений в больницы и к врачам-специалистам, сокращении численности коек и персонала в районной больнице. Оставаясь в рамках глобальных бюджетов, больницы будут выделять 10% удержанных фондов на премии для персонала, рассчитанные на основании измеримых показателей объема и качества работы.

В Тверской области опыт по применению глобальных бюджетов был осуществлен в 1996 г. в шести учреждениях; бюджеты рассчитывались исходя из исторических данных с поправкой на возраст и пол. С начала 1997 г. модель была распространена на 67 больниц по всей области. Каждый район ныне получает некоторую сумму из расчета на душу населения, чтобы распределить ее по учреждениям в виде глобальных бюджетов. В сельских районах фонды удерживает и распределяет центральная районная больница. Первые итоги обнадеживают: прием в больницы снизился на 5—20%, общее число коек в регионе снизилось с 23 000 до 15 000, появились койки для больных, не остающихся на ночь (ныне их примерно 3000). Средняя продолжительность пребывания в больнице снизилась незначительно (на 5—10%). Часть финансирования была переориентирована на амбулаторное лечение. Благодаря освоению новых методов удалось повысить коэффициент использования услуг. Однако недавно принятый федеральный закон требует, чтобы ответственность за выполнение статьи 3 этого старого постатейного бюджета нес учредитель, то есть, за немногими исключениями, районная, городская или областная исполнительная власть. Этот декрет подорвал возможности фонда по разработке настоящего глобального бюджета, ибо эти расходы составляют около 20—30% всех расходов учреждения.

Подушевая оплата

Хорватия, Венгрия и Польша выразили заинтересованность в создании интегрированных организаций по оказанию медицинской помощи, тогда как в Тульской и Кемеровской областях России были приняты меры по формированию системы регулируемой медицины (данные о результативности этих мер нам недоступны). При региональном распределении средств чаще всего используется метод подушевой оплаты. Страховые фонды используют принцип оплаты из расчета на душу населения для перераспределения средств по реги-

онам, корректировки финансирования согласно местным потребностям и покрытия затрат (Carr-Hill et al. 1994).

В некоторых регионах сектор здравоохранения получает деньги из расчета на душу населения в качестве своего рода компенсации за риск. Так, в Новгородской области России страховые фонды перешли от постатейной оплаты к оплате на основании показателей активности; неудивительно, что объем услуг возрос. В итоге в 1999 г. 21 из 22 районов получил глобальное финансирование из расчета на душу населения; целью этой меры был контроль над общим объемом услуг. При установлении бюджетов учитываются данные за последние 5 лет; принятие таких бюджетов явилось реакцией на проблемы, связанные с возросшим объемом услуг, и основывалось на общей убежденности в том, что 30—35% больных, принимаемых в стационар, можно лечить амбулаторно.

Западноевропейский опыт

Многие западноевропейские страны для оплаты больничных услуг ныне используют корректировку с учетом состава случаев и глобальные бюджеты (Wiley 1998). Корректировка с учетом состава случаев используется в Бельгии, Франции, Ирландии, Италии, Норвегии, Португалии и Испании. В зависимости от структуры здравоохранения данной страны корректировка применяется на национальном или на региональном уровне. Поэтому финансирование больничных услуг в таких странах, как Ирландия или Португалия, осуществляется на централизованной основе, тогда как в Испании существует значительная автономия на региональном уровне.

Бельгия

В Бельгии перестройка больничной системы началась в 1987 г. Цель принимаемых мер заключалась в определении потребностей больных, снижении расходов, повышении качества лечения, создании стимулов для роста экономичности, более справедливом распределении средств между больницами (Closon et al. 1996). В 1994 г. для стандартизации данных по заболеваемости при сравнении сроков пребывания в больнице был введен принцип деления больных на однородные диагностические группы. Больницы, в которых средняя продолжительность пребывания выше стандартного национального показателя на 2—10%, теряет 50% финансирования на эти добавочные койко-дни; если продолжительность пребывания превышает средний национальный показатель более чем на 10%, больница теряет 25% (Closon et al. 1996). В результате возможно значительное перераспределение фондов между больницами.

Франция

С середины 1980-х годов был принят ряд мер по рационализации работы больниц и сдерживанию расходов. С 1984—85 года государственные больницы и частные некоммерческие больницы, ассоциированные с государственным сектором, финансируются на основании перспективных глобальных бюджетов.

С 1997 г. при расчете бюджетов больниц используется метод дифференциации больных согласно однородным диагностическим группам (Rodrigues *et al.* 1998). Бюджеты больниц частично основываются на данных о предыдущих расходах; производится корректировка с учетом регионального состава случаев. В 1996 г. группы больных с однородным диагнозом определяли 0,5% больничных бюджетов, однако этот показатель со временем будет возрастать. Бюджеты для государственных и частных некоммерческих больниц рассчитывались по отдельности, однако в будущем все больницы будут включены в единую региональную бюджетную систему.

Ирландия и Португалия

Эти страны применяют сходный метод корректировки с учетом состава случаев в рамках глобальной бюджетной модели финансирования больниц. В 1990 г. Португалия первой среди европейских стран применила этот метод корректировки при расчете бюджета (Urbano *et al.* 1993). В 1993 г. Министерство здравоохранения Ирландии воспользовалось португальским опытом. Корректировка с учетом состава случаев предполагает расчет относительной дороговизны лечения по однородным диагностическим группам (Wiley 1995). В этом контексте относительная дороговизна по всему составу случаев данной больницы должна отражать относительную экономичность деятельности больницы. Согласованная доля больничного бюджета определяется на основе данных, скорректированных с учетом состава случаев. Корректировка может быть негативной или позитивной в зависимости от степени экономичности работы больницы по сравнению с другими больницами, входящими в референтную группу. Дополнительные средства, приобретенные в результате этого процесса, могут использоваться больницей по усмотрению. При распределении средств по региональным органам здравоохранения и крупным больницам в Ирландии больницы классифицируются согласно их статусу как учебных заведений (Wiley 1995). В настоящее время корректировка с учетом состава случаев на 15% определяется оценкой расходов больниц того же ранга, а на 85% — исторически сложившимся уровнем расходов данной больницы. Со временем это соотношение будет меняться; оценка расходов больниц того же ранга будет иметь большее значение для корректировки бюджета, чем исторически сложившиеся расходы данной больницы. В Португалии это соотношение составило 30:70% (Bentes *et al.* 1996).

Италия

Местные органы здравоохранения финансируют свои больницы непосредственно на основе подушевой оплаты. Для финансирования деятельности больниц, находящихся вне сферы действия местных органов здравоохранения, в 1995 г. была введена система расценок. Расценки, основанные на делении больных по однородным диагностическим группам, устанавливаются на перспективной основе в рамках заданных бюджетных ограничений; при этом регионам предоставляется некоторая свобода действий в выборе метода оплаты. Основная задача заключается в том, чтобы больницы финансировались исходя из объема и качества реально предоставляемых услуг. В качестве дополни-

тельного стимула к повышению экономичности было предложено, чтобы местные учреждения удерживали все бюджетные излишки.

Испания

Каждый автономный регион Испании может самостоятельно выбирать метод финансирования; тем не менее больницы, как правило, финансируются по модели глобальных бюджетов, формируемых исходя из исторически сложившихся сумм, с ежегодными поправками, учитывающими такие факторы, как инфляция и изменения в поставках услуг. В последнее время при формировании бюджета учитываются также показатели активности (Mossialos and Le Grand 1999). В Каталонии, Валенсии и на Канарских островах преобладает модель, заимствованная из практики США, тогда как в других регионах — модель, предусматривающая распределение больных по группам с однородными диагнозами. С 1997—98 года несколько региональных систем предусматривают корректировку с учетом состава случаев. Так, в Каталонии 30% бюджета, предназначенного для больниц, оценивается на основе метода распределения по диагностическим группам, тогда как в Валенсии используется сочетание подушевой оплаты и метода диагностических групп. Ведется работа по улучшению системы учета данных по затратам на лечение диагностических групп (более совершенная система необходима для более широкого применения систем, основанных на учете состава случаев).

Скандинавские страны

Эти страны также экспериментируют с учетом состава случаев. Система диагностических групп в этих странах сопоставима с системой, принятой в США (версия 12), и включает диагностические коды Международной системы классификации болезней (ICD-10) и скандинавскую систему кодирования процедур. Норвегия, Швеция и Финляндия находятся на наиболее прогрессивных позициях; в Дании и Исландии эксперименты продолжаются. Внедрение системы диагностических групп в Норвегии было связано с реформами, направленными на снижение сроков ожидания в больницах и повышение экономичности. В других странах метод учета состава случаев принимался ради достижения ряда целей, среди которых — совершенствование базы для калькуляции себестоимости и цен, рационализация распределения средств, заключение контрактов на поставки больничных услуг. Экспериментальная схема, внедренная в Норвегии в 1991 г., была предназначена для проверки эффективности сочетания фиксированных дотаций с платежной схемой, основанной на методе диагностических групп. Больницы все еще финансируются совместно правительством и окружной администрацией; последняя реформа финансирования предусматривает повышение доли правительственных субсидий. В 1997 г. правительство финансировало 30% средних расходов на лечение больных на основе метода диагностических групп; ныне предполагается повысить эту долю до 45%. Поскольку проблеме ожидания очереди придается большое политическое значение, реформа должна способствовать повышению емкости больниц (Lundgren et al. 1998).

Перемены, происходившие в западноевропейских системах финансирования больниц за последние два десятилетия, привели в целом к положительным результатам. В табл. 8.5 показаны некоторые интересные различия между тенденциями на примере 15 стран. Между 1980 и 1995 годами лишь немногие страны сократили долю ВВП, предназначенную для нужд здравоохранения; в большинстве стран наблюдалось сокращение доли государственных средств, предназначенных для финансирования больниц, по сравнению с общим количеством средств, выделенных на здравоохранение. Если в 1980—1985 годах подобное сокращение произошло в девяти странах Европейского союза, то в конце 1980-х годов число стран выросло до 12. На протяжении 1980-х годов доля государственных расходов на больницы, по сравнению с общими расходами на здравоохранение, снизилась в Бельгии, Дании, Франции, Италии, Нидерландах, Испании и Великобритании. В 1990—95 годов наметилась противоположная тенденция: в большинстве стран Европейского союза инвестиции в больницы начали расти. Подобные масштабные перемены в функционировании сложных систем всегда обусловлены несколькими причинами; так или иначе, введение новых систем оплаты больничных услуг коррелирует с изменениями в структуре расходов.

Таблица 8.5. Изменение доли ВВП, предназначенной для нужд здравоохранения (% на здравоохранение), и доли государственных расходов на стационарное лечение (% на больницы) по отношению ко всем государственным расходам на здравоохранение в 15 странах, ныне входящих в Европейский союз (по данным на 1980—1995 гг.)

	1980—1985		1985—1990		1990—1995	
	% на здравоохранение	% на больницы	% на здравоохранение	% на больницы	% на здравоохранение	% на больницы
Австрия	-13,0	20,5	7,5	-10,2	11,1	-6,1
Бельгия	12,3	-1,3	2,7	-0,4	5,3	9,3
Дания	-5,7	-3,1	0,0	-2,4	-2,4	3,5
Финляндия	12,3	-6,8	9,6	-0,2	-5,0	-12,7
Франция	11,8	-2,7	4,7	-6,3	11,2	-0,2
Германия	5,7	2,1	-6,4	2,8	19,5	2,3
Греция	11,1	12,7	5,0	18,5	38,1	нет данных
Ирландия	-9,2	20,9	-15,2	-6,8	4,5	4,5
Италия	1,4	-0,2	14,1	-3,8	-4,9	-0,7
Люксембург	-1,6	1,2	8,2	-3,1	1,5	21,1
Нидерланды	0,0	-0,6	5,1	-12,5	6,0	5,1
Португалия	8,6	-14,9	3,2	29,4	26,1	13,9
Испания	0,0	3,4	23,2	-6,2	5,8	-1,9
Швеция	-4,3	-22,0	-2,2	-6,7	-3,4	-15,9
Великобритания	5,4	-13,3	1,7	-6,6	15,0	-4,1

Уроки и следствия

Нельзя сказать, чтобы та или иная модель оплаты превосходила все остальные или имела безусловное преимущество с точки зрения задач, стоящих перед сектором. Выбор модели для каждой данной системы здравоохранения непременно будет зависеть от множества разнообразных временных факторов, включая приоритеты системы здравоохранения и больничной системы, формы организации этих систем, доступные данные и методы, уровень развития, достигнутый больничной системой в целом. Имея в виду динамичную природу систем здравоохранения и непрерывное давление на ресурсы, можно ожидать, что модели оплаты больниц будут продолжать меняться с учетом технического прогресса и развития информационных и аналитических систем.

Тем не менее западноевропейский опыт может быть полезен для стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. Эти страны отходят от традиционного постатейного подхода и осваивают подходы, в большей степени ориентированные на результат. Подобное развитие связано с переходом к системам западноевропейского типа, финансируемым из налоговых поступлений и основанным на страховании (Saltman and Figueras 1998). Судя по всему, в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР преобладают системы посуточной оплаты и оплаты за случай; одни из этих систем относительно просты, тогда как другие — чрезмерно сложны.

Не всегда ясно, до какой степени эти новые подходы выходят за рамки простого стимулирования активности поставщиков. К счастью, некоторые из систем посуточной оплаты (в том числе принятые в Эстонии и Словении) предусматривают потолки на расходы; вместе с тем соблюдение установленных потолков непременно будет сталкиваться с трудностями, что чревато отрицательными последствиями для экономичности и доступа. Что касается систем оплаты за случай, то все они, за исключением венгерской, находятся на ранних стадиях формирования. Не вполне ясно, действительно ли новые системы, ориентированные на результат, были разработаны ради того, чтобы отразить подлинную структуру расходов, повысить экономичность или обеспечить лучшую связь между вложениями и эффективностью. Первые опыты с посуточной оплатой и оплатой за случай были связаны с ростом объема услуг, ростом общих расходов, различного рода административными комбинациями. Вдобавок эти системы требуют значительных вложений, направленных на повышение управленческой квалификации, совершенствование информационных систем и обеспечение административного контроля.

Страны Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР получают займы от Всемирного банка по проектам, имеющим отношение к политике оплаты больниц. Ныне эти страны обращают больше внимания на потолки, глобальные бюджеты и системы подушевой оплаты. Сочетание подходов не означает конфликта между ними; так, системы оплаты за случай, в соединении с потолками или глобальными бюджетами, могут дополнять друг друга. Преимущество глобального бюджета, основанного на прошлых расходах и учитывающего инфляцию, над системой, основанной на установленных нормативах, заключается в том, что глобальный бюджет не способствует чрезмерной эксплуатации коек. Тем не менее глобальный бюджет чреват резким ослаблением стимулов к предоставлению медицинской помощи или усилением стимулов к избирательному снижению качества и доступности услуг.

Стимулы, присущие новым платежным системам, притупляются под действием ряда факторов, заметно снижающих эффективность этих систем. Одна из проблем — компенсация капитальных затрат и крупных затрат на оборудование: вопрос о плате за капитал игнорировался практически всеми странами Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. В таких странах, как Эстония и Россия, интерес к проблеме размещения капитала несколько повысился в связи с займами Всемирного банка, однако плательщики, как правило, не включают капитал в платежные системы. Причина может иметь отношение к более широкой проблеме недофинансирования: ведь большинство стран в 1995 г. располагало меньшим количеством средств на здравоохранение (в реальном исчислении), чем в 1990 г. Краткосрочная реакция во многих странах заключалась в урезании капитальных инвестиций и финансировании только текущих расходов.

Вторая проблема, связанная с первой, заключается в том, что система финансирования, ориентированная на больных, была внедрена параллельно бюджетной системе, а не вместо нее; сказанное относится прежде всего к странам бывшего СССР. Услуги, финансируемые государством, оказались разделены между страховым фондом и бюджетом. Бюджетные средства продолжают размещаться в соответствии с исторически сложившимися путями (иначе говоря, способ размещения средств ориентирован на нормативы); мощности могут получать финансирование из обоих источников. В итоге если больница сокращает число коек и сроки пребывания больных ради экономии средств или увеличения пропускной способности, она штрафуется бюджетом, но вознаграждается страховым фондом (Ensog and Langenbrunner 2002).

Третья проблема заключается в том, что финансирование лечения во многих странах все больше и больше определяется платежами из кармана потребителя; согласно имеющимся оценкам, такие платежи составляют 29% всех средств, идущих на медицинские нужды, в Польше (Chawla et al. 1998), 42% в Казахстане (Sari et al. 2000), 52% в России (V.E. Boikov et al. 2000, неопубликованные данные) и свыше 80% в Азербайджане и Грузии (Mays 1997). Неофициальные платежи значительно ослабляет стимулы к повышению эффективности и экономичности лечения или входит в прямое противоречие с этими стимулами.

Наконец, существует проблема долга и дефицита. Большинству стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР не удалось внедрить жесткие бюджеты для больниц (см. главу 9). Поставщики продолжают извлекать выгоду из мягких бюджетов и не стремятся скорректировать свое поведение; долги больниц почти во всех странах растут, а администрации почти во всех случаях оказывают необходимую помощь. Больницы должны фармацевтическим компаниям (Албания), коммунальным предприятиям (Хорватия, Чехия), врачам (Албания, Грузия). В Венгрии долги больниц накапливаются каждый год. Система взаимного расчета по долгам, действующая во многих странах бывшего СССР (когда, например, государство позволяет больнице не платить налога на коммунальные услуги), означает, что внедренные стимулы носят не столько реальный, сколько виртуальный характер. Трудно предположить, что платежи смогут привести к реальным переменам, если государственные гарантии не будут сокращены до более эффективного уровня или если доходы не возрастут (Ensog and Langenbrunner 2001).

Некоторые проблемы нуждаются в дальнейшем анализе. Так, поскольку регионы или страны отходят от посуточной оплаты и оплаты за случай и осваивают более совершенные системы, предусматривающие дифференциацию по

составу случаев, или методы глобальных бюджетов и подушевой оплаты, возникает потребность в более совершенных информационных системах и управленческих структурах. Неясно, готовы ли поставщики изменить структуру персонала, емкость, программное обеспечение; неясно также, до какого предела регулирующие инстанции и плательщики готовы терпеть такую гибкость (Berman 1998). Готовность на уровне поставщика тесно связана с более масштабным вопросом о том, как соотносятся новые модели оплаты с другими элементами реформы — такими, как политика в области занятости, автономия учреждений, протоколы лечения, поддержка качества, совершенствование управления и информационных систем. Возможно, эти и другие сопутствующие аспекты могут заметно повлиять на успех реформы больничной системы, однако среди руководителей здравоохранения отсутствует реальное понимание роли сопутствующих элементов и осознание того, насколько необходима общая координирующая стратегия.

Литература

- Adeyi, O., Radulescu, S., Huffman, S., Vladu, C. and Florescu, R. (1998/1999) Health sector reform in Romania: balancing needs, resources and values, *Eurohealth*, 4 (special issue 6): 29-32.
- Balabanova, D. (1998/1999) Health care reforms in Bulgaria: challenges emerging from the 1990's, *Eurohealth*, 4(special issue 6): 33-6.
- Bentes, M., do Ceu Mateus, M. and da Luz Gonsalves, M. (1996) DRGs in Portugal: a decade of experience: casemix and change — international perspectives. Paper presented to the *Eighth Casemix Conference*, Sydney, Australia, 19-21 September.
- Berman, P. (1998) *National Health Insurance in Poland: A Coach Without Horses?* Boston, MA: Harvard University Press.
- Carr-Hill, R.A., Hardman, G., Martin, S. et al. (1994) *A Formula for Distributing NHS Revenues Based on Small Area Use of Hospital Beds*, Centre for Health Economics Occasional Paper. York: University of York.
- Chawla, M., Berman, P. and Kawiorska, D. (1998) Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures, *Health Economics*, 7:337-46.
- Closon, M.C., Azoury, E., Herbeuval, A.F. and Lopez, M. (1996) New financial incentives for acute care hospitals in Belgium. Paper presented to the 12th International Working Conference of Patient Classification Systems/Europe, Sydney, Australia, 19-21 September.
- Coulam, R. and Gaumer, G. (1991) Medicare's prospective payment system: a critical appraisal, *Health Care Financing Review*, 13(suppl.): 45-77.
- Dorotinsky, W. (1998) *Fine Tuning the Hungarian Health System*. Budapest: Ministry of Finance, Government of Hungary.
- Ensor, T. (1997) Options for health sector funding, in S. Witter and T. Ensor (eds) *An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Chichester: John Wiley.
- Ensor, R. and Langenbrunner, J. (2002) Allocating resources and paying providers, in M. McKee, J. Healy and J. Falkingham (eds) *Health Care in Central Asia*. Buckingham: Open University Press.
- Fidler, A. (1999) The challenges of health care reform, in *Country Economic Memorandum*. Washington, DC: World Bank.

- Heijnen, S. and Schneider, M. (1999) *Planning of Hospital Restructuring: Lithuania*. Washington, DC: World Bank.
- Horst, K. (1998) Implementation of health care reform in central Asia: concepts and examples, in *The Experience from Dzheskasgan Oblast, Kazakhstan*. Almaty, Kazakhstan: Abt Associates.
- International Finance Corporation (1999) *Interim Report: Health Sectors of Baltic Countries*. Washington, DC: World Bank.
- Klugman, J. and Schieber, G. (1996) *Reforming Health Systems in Central Asia*. Washington, DC: World Bank.
- Klugman, J. and Schieber, G. (1997) A survey of health reform in central Asia, in Z. Feachem, M. Henscher and L. Rose (eds) *Implementing Health Sector Reform in Central Asia*, EDI Learning Resources Series. Washington, DC: World Bank.
- Kulzhanov, M. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Kazakhstan*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Langenbrunner, J., Sheiman, I., Zaman, S. et al. (1994) *Evaluation of Health Insurance Demonstrations in Kazakhstan: Dzheskasgan and South Kazakhstan Oblasts*, Technical Report No. 14, Health Financing and Sustainability Project. Bethesda, MD: Abt Associates.
- Lewis, M. (2002) Informal health payments in eastern Europe: issues, trends and policy implications, in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds) *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Lundgren, S., Kindseth, O. and Magnussen, J. (1998) New financial reform of hospital stays payment in Norwegian hospitals: preliminary experience after six months of use. Paper presented to the *14th International Working Conference of Patient Classification Systems*, Manchester, England, 1-3 October.
- Mays, J. (1997) *World Bank Mission to Georgia, Estimating Health Spending*. Washington, DC: World Bank.
- Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999) Cost containment in the EU: an overview, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- National Economic Research Associates (1998) *The Health Care System in Hungary*, Financing Health Care Series, No. 25. White Plains, NY: National Economic Research Associates.
- O'Dougherty, S. (1999) *Health Financing Reforms in Kyrgyzstan: Progress Report*. Almaty, Kazakhstan: Abt Associates.
- OECD (1997) *Health Systems and Comparative Statistics: Facts and Trends*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (1999) *OECD Economic Surveys: Hungary*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Orosz, E. (1999) The health care system, in *OECD Economic Surveys: Hungary*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Orosz, E. and Hollo, I. (in press) Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms, *Eurohealth*.
- Orosz, E., Ellena, G. and Jakab, M. (1997) *The Hungarian Health System in Transition: The Unfinished Agenda*. Budapest: World Bank.
- Poullier, J.P., Schieber, G. and Greenwald, L. (1994) Health system performance in OECD countries, *Health Affairs (Millwood)*, 13(4): 100-12.
- Preker, A.S. and Feachem, R.G.A. (1996) *Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe*, World Bank Technical Paper No. 293. Washington, DC: World Bank.

- Rhodes, G., Schaapveld, K. and Iliev, D. (1999) *The Use of Case-mix Indicators in Georgia and Armenia*. Washington, DC: World Bank.
- Rodrigues, J.M., Coca, E., Trombert-Paviot, B. and Abrial, V. (1998) How to use case mix to reduce inequities and inefficiencies among French hospitals. Paper presented to the 14th International Working Conference of Patient Classification Systems, Manchester, England, 1-3 October.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1998) Analysing the evidence on European health care reforms, *Health Affairs (Millwood)*, 17:85-108.
- Samushkin, Z. (1998) *Hospital Database Analysis: MHI Fund Kyrgyzstan 1997-1998*, Technical Note. Bishkek, Kyrgyzstan: Abt Associates.
- Sandier, S. (1989) Health services utilization and physician income trends, *Health Care Financing Review*, 11(suppl.): 33-48.
- Sari, N., Langenbrunner, J. and Lewis, M. (2000) Affording out-of-pocket payments for health services: evidence from Kazakhstan, *Eurohealth*, 6(special issue 2): 37-9.
- Savas, S., Sheiman, I., Tragakes, E. and Maarse, H. (1997) Contracting models and provider competition, in R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Schieber, G. (1993) Health care financing reform in Russia and Ukraine, *Health Affairs (Millwood)*, 12(suppl.): 294-9.
- Sheiman, I. (1993) New methods of finance and management of health care in the Russian Federation. Paper presented to the Health Sector Reform in Developing Countries Conference, Durham, New Hampshire, 10-13 September.
- University of York (1998) *Projection Preparation for the Kazakhstan Health Sector Project: Final Report*. Almaty, Kazakhstan: Ministry of Education, Culture and Health and Fund for Compulsory Health Insurance.
- Urbano, J., Bentes, B. and Vertrees, J. (1993) Portugal: national commitment and the implementation of DRGs, in J.R. Kimberley and G. de Pouvourville (eds) *The Migration of Managerial Innovation*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- WHO (2001) *WHO European Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wickham, C. (1998) *Kazakhstan Health Mission Trip Report*. Almaty, Kazakhstan: World Bank.
- Wiley, M.M. (1995) Budgeting for acute hospital services in Ireland: the case-mix adjustment, *Journal of the Irish Colleges of Physicians and Surgeons*, 24(4): 283-90.
- Wiley, M.M. (1998) Financing operating costs for acute hospital services, in R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- World Bank (1998) *Project Appraisal Document: Latvia Health Project*, Report No. 18448 LV. Washington, DC: World Bank.
- World Bank (1999a) *Project Appraisal Document: Georgia Health Project*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank (1999b) *Romania: Health Sector Support Strategy*, Report No. 18410-RO. Washington, DC: World Bank.

глава ДЕВЯТАЯ

Установление связей между организационной структурой и внешней средой: опыт реформы больниц в странах с переходной экономикой

*Мелитта Якаб, Александр Прекер
и Эйприл Хардинг*

Введение

Восточноевропейские страны с переходной экономикой невольно стали ареной ряда экспериментов, результаты которых позволяют судить о податливости больничных систем на действие различных факторов, стимулирующих перемены. Во многих странах общее налогообложение было заменено или дополнено социальным страхованием, собственность на больницы была передана местным правительствам, внедряются новые механизмы оплаты с учетом показателей результативности, рынки инвестиций полностью или частично приватизированы, а режим их регулирования ослаблен. Все это разительно непохоже на ситуацию, характерную для коммунистической эпохи, когда больницы функционировали под прямым надзором министерств здравоохранения и получали бюджетные средства на основе заранее установленных нормативов, а инвестиции жестко регулировались и осуществлялись только государственными монополиями (Ensor 1993; Goldstein et al. 1996; Klugman and Schieber 1997; Saltman and Figueras 1997).

Предполагалось, что эти внешние перемены будут способствовать переменам в поведении больниц и приведут к повышению результативности их работы. В частности, считалось, что такие меры, как переход к социальному страхованию и переориентация на результат при оплате поставщиков, автоматически ликвидируют избыток емкости в больницах, снизят долю стационарного лечения в общей структуре медицинских услуг, повысят качество услуг. Передача больниц в собственность местных правительств считалась подходящим инструментом для повышения отзывчивости больниц на нужды и ожидания

местной общественности. Однако ожидаемые изменения в поведении больниц не наступили, и проблемы для стран с переходной экономикой все еще остаются теми же, что и десять лет назад: чрезмерная емкость, экономическая неэффективность, недостаточная отзывчивость на ожидания больных (Goldstein et al. 1996; Staines 1999; Но (в печати)).

Эта глава посвящена рассмотрению вопроса о том, почему больницы не отреагировали на изменения внешней среды так, как ожидалось. Объективные данные почерпнуты из опыта 11 стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР: Албании, Хорватии, Чехии, Эстонии, Грузии, Венгрии, Казахстана, Латвии, Литвы, Польши и Румынии. Для удобства мы именуем все эти страны, вместе взятые, Восточной Европой. Основной вывод заключается в следующем: деятельность больниц не улучшилась потому, что их организационная структура не подверглась последовательной перестройке с целью обеспечить должное взаимодействие с внешними стимулами. В частности, сохраняется унаследованный от эпохи централизованного планирования недостаток гибкости в вопросе использования вложений (имеются в виду количество затраченного труда и капиталовложения); соответственно руководство больницы все еще ограничено в своих возможностях влиять на производственную функцию больницы. Далее, такие моменты, как сохраняющаяся практика мягких бюджетов, недостаточные меры по обеспечению подотчетности и недостаточное присутствие на рынке, ослабляют степень влияния новых механизмов оплаты поставщиков на результативность. Создается противоречивая ситуация: одной стороны, внешние стимулы связывают поощрение и санкции с результативностью работы, с другой — организационная структура соответствует подходу, характерному для централизованного планирования (то есть подходу, ориентированному на вложения), при котором поощрение и санкции не связаны с результативностью. Это препятствует реализации выгод, которые ожидалось от реформы оплаты поставщиков и от децентрализации.

В настоящей главе показано, как нынешняя структура больниц в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР подрывает возможности больниц повысить экономичность и качество своей работы. Вначале представлена концептуальная основа. Затем дается краткое описание перемен, затронувших среду, в которой функционируют больницы (среди таких перемен — внедрение социального страхования и децентрализация). Затем анализируется организационная структура больниц 11 стран. Заключительный раздел посвящен анализу взаимодействия между внешними стимулами и организационной структурой; обсуждается влияние стимулов на результативность.

Поскольку организационная структура больниц изучаемого региона документирована слабо, настоящее исследование основано на серии опросов, проведенных летом 1999 г. в 11 странах, перечисленных выше. Среди опрашиваемых были чиновники министерств здравоохранения, работники фондов медицинского страхования, сотрудники академических институтов, работники местных отделений Всемирного банка и врачи — сотрудники больниц. При отборе стран учитывались как доступность необходимой информации, так и возможность устанавливать контакты с людьми. Нельзя сказать, чтобы наша подборка была репрезентативна для всех стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР. В ней явно завышена доля стран с относительно высоким уровнем жизни, в которых внедрены системы социального страхования, произошла реформа оплаты поставщиков, больничные мощности перешли

в собственности местных правительств. Иначе говоря, наши выводы не обязательно могут быть распространены на страны с более низким уровнем жизни, где реформы еще не зашли так далеко; вместе с тем некоторые уроки могут иметь отношение к странам со средним и высоким уровнем жизни.

Факторы, определяющие поведение больниц

Признано, что организационная структура принадлежит к числу важных факторов, определяющих поведение больниц. В литературе, посвященной вопросам результативности работы больниц, основное внимание уделяется влиянию стимулов, источником которых служит внешняя среда. Особенно активно исследуются механизмы оплаты и конкурентное давление (Wiley 1992; Wiley 1995; Maynard and Bloor 1999). Однако односторонняя ориентация на изучение внешних стимулов предполагает, что поведение больницы является результатом рациональной адаптации к внешним факторам. При таком подходе не учитывается, что организационная структура больниц может смягчать любое давление, источник которого находится вне больницы. В настоящей главе будет показано, что поведение больниц определяется взаимодействием между внешними стимулами и организационной структурой (рис. 9.1). Внутри этой схемы поведение больницы меняется в позитивную сторону только при условии согласованного реформирования как внешней среды, так и организационной структуры больниц или всей больничной сети. Больницам ни к чему стремиться к повышению результативности работы в отсутствие стимулов, продуцируемых внешней средой. Однако даже при наличии хорошо структурированной внешней среды организационная структура больниц может определять направленность перемен в поведении больниц и ограничивать масштаб этих

Рисунок 9.1 Факторы, определяющие поведение больниц



Источник: Jakb et.al. (2001).

перемен. Согласованное взаимодействие между внешней средой и организационной структурой больниц — неременная предпосылка успешных мер по улучшению результативности.

Внешняя среда

Внешнюю среду больниц можно теоретически представить как совокупность четырех функциональных взаимосвязей, порождающих четыре типа стимулов, которые влияют на качественные показатели работы больницы. Речь идет о коллективных закупках, закупках, стимулируемых рынком, надзоре (англ. *stewardship*) и руководстве (*governance*). Во-первых, отношения больницы с покупателями (закупки, стимулируемые полисами) обуславливают влияние платежных механизмов и конкурентное давление на больницу со стороны организованных коллективных покупателей. Связь между работой больницы и различными механизмами оплаты поставщиков хорошо документирована и считается ключевым стимулом для улучшения качественных показателей работы больницы. Во-вторых, отношения между больницами и потребителями (закупки, стимулируемые рынком) обуславливают масштаб конкурентного давления на больницу со стороны неорганизованных индивидуальных потребителей. В-третьих, отношения между больницей и правительством (надзор) ставят больницу в зависимость от установленных правительством правил и распоряжений. Наконец, отношения между больницей и ее собственником определяют распределение полномочий по принятию решений и прав на получение прибыли. Под остаточными правами понимаются полномочия на принятие решений по использованию активов, которые в законодательном порядке или по договору не переданы другой стороне. Под остаточной прибылью понимается доход от активов или от предпринимательской деятельности, остающийся после выполнения всех договорных обязательств (Milgrom and Roberts 1992). Функция, связанная с отношениями собственности, именуется руководством. Эти четыре функциональные взаимосвязи не обязательно коррелируют с четырьмя различными внешними организациями. В зависимости от устройства системы здравоохранения одна организация может совмещать несколько функций.

Организационная структура

Организационная структура больниц связывает между собой стимулы, присутствующие во внешней среде. Роль элементов организационной структуры может проявляться по-разному и в разное время. Реформы, происходящие в странах с переходной экономикой, подвергают больницы усиливающемуся рыночному давлению, поскольку поощряют оплату по результатам работы. Ключевыми аспектами организационной структуры этих реформ (часто именуемых рыночными) являются: (1) самостоятельность, (2) присутствие на рынке, (3) статус претендента на остаток, (4) подотчетность, (5) социальные функции (Harding and Preker 2001). С точки зрения этих пяти аспектов каждая организация может быть охарактеризована по своему местоположению в рамках континуума, соединяющего два полюса — государственную бюрократию и рынок.

- *Самостоятельность.* Первый из ключевых организационных аспектов — степень самостоятельности больницы по отношению к собственнику, организованным покупателям, правительству и потребителям. Под самостоятельностью понимается уровень полномочий по принятию решений. В случае больниц основные полномочия включают контроль над структурой и количеством вложений, определение сферы деятельности, управление финансами, руководство клиническими и неклиническими аспектами деятельности, стратегическое управление, рыночную стратегию, продажи.
- *Присутствие на рынке.* Присутствие на рынке влечет за собой определенные риски, связанные с финансовой и профессиональной деятельностью больницы. Считается, что присутствие на рынке дисциплинирует больницу, поскольку рынок поощряет хороших и наказывает плохих работников. Организационная реформа может быть охарактеризована согласно тому, в какой степени она подвергает больницы действию рыночных законов. На рынке продукции уровень подверженности действию рыночных законов определяется долей доходов больницы, получаемой благодаря сборам с пользователей: чем больше доля доходов, полученных путем сборов с пользователей, тем сильнее финансовые стимулы, поощряющие больницу привлекать больных.
- *Статус претендента на остаток.* Статус организации как претендента на остаток отражает меру ее финансовой ответственности: возможность удержать сбережения и ответственность за денежные потери (долги). В случае больниц, управляемых министерствами здравоохранения и финансируемых методом постатейных бюджетов, претендентом на остаток часто является государственная казна: если больница производит дополнительные доходы, откладывает деньги или не имеет возможности потратить выделенные ей бюджетные фонды, у нее отнимают средства и перераспределяют их в рамках бюджета здравоохранения. С другой стороны, ввиду мягкости бюджетов казна имеет возможность помочь больнице, допустившей перерасход средств. Статус претендента на остаток определяется соглашениями по резервным фондам и долгам и природой механизма оплаты поставщиков.
- *Подотчетность.* По мере того как степень самостоятельности поставщиков растет, возможности министерства здравоохранения обеспечить прямую подотчетность снизу вверх снижается. Возникает необходимость во внедрении механизмов, обеспечивающих непрямую подотчетность; функцию таких механизмов выполняют контракты и инструкции в сочетании с последовательным мониторингом и мерами по правоприменению. В этой ситуации радикально меняются функции и роль покупателей — министерства здравоохранения и других (в том числе, возможно, принципиально новых) регулирующих агентств.
- *Социальные функции.* Организационную структуру характеризует также то, насколько выполняемые больницей социальные функции (например, помощь материально зависимым людям) являются негласно подразумеваемыми и специально не финансируемыми (в дополнение к функциям, прямо оговоренным и финансируемым). Стратегические меры не приведут к успеху без всемерного развития дополнительной надзорной функции и без дополнительных реформ в области финансирования здравоохранения (включая субсидии для бедных).

Характеризуя организации-поставщики согласно этим пяти аспектам, мы можем определить их место на шкале между бюджетными учреждениями, относящимися к системе государственной бюрократии, и частными организациями, действующими в рыночном контексте (табл. 9.1). Бюджетные государственно-бюрократические организации наделены ограниченной самостоятельностью, а их деятельность не связана с финансовыми рисками; они подотчетны государственной бюрократии. Организации частного сектора, напротив, наделены всеми полномочиями по принятию решений, а их деятельность связана с финансовыми рисками. Чтобы такие организации выполняли задачи, не имеющие прямого отношения к рынку, нужно ввести в действие механизмы непрямой подотчетности — контракты, инструкции, мониторинг деятельности; нужно также обеспечить прямое финансирование социальных функций.

Каждый из пяти аспектов может быть оценен с точки зрения континуума, на одном полюсе которого находятся бюджетные учреждения, а на другом — частные организации. Для первых трех аспектов (полномочия по принятию решений, присутствие на рынке, статус претендента на остаток) сдвиг вправо по шкале означает изменение природы стимулов (например, подотчетность, обусловленная прямым иерархическим контролем, вытесняется подотчетностью на основании контрактов и инструкций). Для первых трех аспектов сдвиг вправо означает также увеличение их значимости (например, рост претензий на остаток со стороны больницы). Для последних двух аспектов (подотчетность и социальные функции) сдвиг вправо по шкале означает изменение природы структур, предназначенных для достижения этих целей; он не обязательно связан с ростом подотчетности или с активизацией социальных функций.

Таблица 9.1. Шкала организационной структуры больниц

	<i>Государственная бюрократия</i>		<i>Частная организация</i>
Самостоятельность	Незначительные полномочия по принятию решений	X	Полная самостоятельность
Присутствие на рынке	Никакого присутствия	X	Полнота рисков
Претендент на остаток	Государственная казна	X	Организация
Подотчетность	Прямой иерархический контроль	X	Регулирование и контрактация
Социальная функция	Нефинансируемые обязательства	X	Финансируемые, специально оговоренные обязательства

Внешняя среда в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР

В связи с применением этого теоретического аппарата к переходной экономике возникает проблема организационного разделения четырех внешних функций.

Наследие

Интересующие нас здесь ключевые признаки советской системы здравоохранения (описанной в главе 2) сводятся к следующему. До начала переходного периода главным агентом в среде, внешней по отношению к больницам, было Министерство здравоохранения, выполнявшее три из четырех функций, о которых говорилось выше, а именно функции руководства, организованных закупок и надзора (рис. 9.2). Все больницы находились в собственности государства, финансировались непосредственно из бюджета и являлись структурными подразделениями Министерства здравоохранения. Закупки сводились преимущественно к составлению жестких, исторически обусловленных постатейных бюджетов. Функция надзора заключалась в централизованном планировании физической и человеческой «ресурсоемкости». Поскольку здравоохранение было бесплатным для пользователя, а уровень неофициальных платежей до начала переходного периода был, судя по имеющимся сведениям, относительно невысоким, индивидуальный выбор поставщика практически не влиял на доходы больниц.

Емкость (вместимость) больниц служила ключевым показателем работы системы здравоохранения; цель политики в области здравоохранения заключалась в увеличении количества мощностей, коек и врачей. Больничные бюджеты определялись исходя из нормативов, рассчитанных на основе количества вложений (иными словами, исходя из числа коек и врачей). Средства размещались постатейно, часто по полутора десяткам категорий; перевод средств от одной категории к другой не допускался. На первых порах подход, основанный на количестве вложений, облегчил доступ населения к медицинским услугам. Однако со временем малоподвижный характер постатейных бюджетов привел к повышению уровня фиксированных ресурсов и к односторонней ориента-

Рисунок 9.2. Среда функционирования больниц в коммунистическую эпоху



Источник: Jakb et.al. (2001).

ции здравоохранения на больницы; отсутствие необходимой финансовой гибкости препятствовало структурным новациям (Preker and Feachem 1996). Это наследие породило ряд серьезнейших проблем переходного периода: снижение избыточной емкости и чрезмерной специализации, повышение микроэкономической эффективности, повышение отзывчивости на нужды потребителей, совершенствование системы управления финансами. Поставки медицинских услуг были чрезмерно сосредоточены в больницах, тогда как службы первичной и амбулаторной помощи были развиты слабо, а мощностей для реабилитации и социального ухода практически не существовало.

Переходный период

Внешняя среда и ее единственный доминирующий агент — Министерство здравоохранения — за последнее десятилетие претерпели радикальные изменения в большинстве стран (рис. 9.3). Особенно характерно организационное разделение трех внешних функций — надзора, закупок и руководства. Это разделение функций произошло благодаря созданию фондов социального страхования и децентрализации собственности на больницы. Введение социального страхования означало, что функции размещения бюджетных средств и закупок должны перейти от государственной бюрократии (Министерства здравоохранения) к новым квазигосударственным организациям. Децентрализация характеризуется разделением функций надзора и руководства; это значит, что центральная государственная бюрократия передает свои права собственности на больничные мощности местным правительствам. В секторе здравоохранения начали действовать новые организации, вокруг больниц сложилась плюралистическая среда и, следовательно, возникла новая совокупность внешних стимулов.

Рисунок 9.3. Среда функционирования больниц в переходный период



Источник: Jakb et.al. (2001).

Таблица 9.2. Форма собственности на больницы и правовой организационный статус больниц в 11 избранных странах

Страна	Организованный покупатель больничных услуг	Форма собственности на больницы		Статус больницы и формы правового регулирования
		Централизованная государственная собственность	Местная правительственная собственность	
Албания	Министерство здравоохранения	X		Бюджетное учреждение
Хорватия	Единый национальный фонд медицинского страхования (с 1993)		X	Отдельное юридическое лицо
Чехия	Конкурирующие фонды медицинского страхования (с 1993)		X	Некоммерческие учреждения (соответствующий закон еще не издан)
Эстония	Региональные фонды медицинского страхования (по одному на каждый регион)		X	Три типа больниц (кроме больниц третьей степени): муниципальные некоммерческие; акционерные компании; тресты
Грузия	Министерство здравоохранения совместно с единой государственной медицинской страховой компанией		X	Самофинансируемое государственное предприятие как отдельное юридическое лицо, действующее на основании закона о предприятиях
Венгрия	Единый национальный фонд медицинского страхования (с 1992)		X	Отдельное юридическое лицо, которое может вступать в договорные отношения; также бюджетное учреждение, действующее на основании закона о государственных финансах
Казахстан	Центральный и областной бюджеты совместно с органами медицинского страхования		X	Некоторые больницы являются медицинскими предприятиями — юридическими лицами, получающими прибыль от сборов с пользователей
Латвия	Региональные фонды (по одному на каждый регион)		X	Два типа больниц (кроме больниц третьей степени): муниципальные учреждения и акционерные общества

Литва	Региональные фонды медицинского страхования (по одному на каждый регион)	X	Некоммерческие учреждения, действующие на основании закона об учреждениях системы здравоохранения (с июня 1996 г.)
Польша	Министерство здравоохранения (с 1999 г.); в 1999 г. были учреждены региональные фонды медицинского страхования (по одному на каждый регион)	X	Бюджетные учреждения; согласно принятому закону — «независимые учреждения»
Румыния	Министерство здравоохранения (до 1999 г.); в 1999 г. были учреждены региональные фонды медицинского страхования (по одному на каждый регион)	X	Внебюджетные учреждения, действующие на основании закона о государственных финансах (с 1998 г.)

С точки зрения больниц введение социального страхования сопровождалось такими ключевыми преобразованиями, как внедрение платежных механизмов, основанных на оценке результативности работы, и внедрение практики заключения договоров с поставщиками. Новые платежные механизмы в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР подробно обсуждаются в главе 8. Большинство стран, о которых здесь идет речь, либо ввели платежные механизмы, полностью или частично связывающие доходы больниц с каким-либо аспектом результативности их работы, либо по меньшей мере экспериментировали с такими механизмами. Принятые механизмы оплаты поставщиков разнообразны: от сложных систем, основанных на распределении больных по диагностическим группам (в Венгрии число таких категорий превышает 700), до простых платежей за случай (в Грузии — по 30 категориям); существуют и другие системы, основанные на оценке результативности, в том числе посуточные платежи, гонорары за услугу и смешанные системы. С этими новыми платежными механизмами связывались серьезные ожидания, отчасти основанные на некритическом восприятии иностранного опыта. Прежде всего ожидалось, что платежи, основанные на оценке результативности, со всей очевидностью выявят ненужность и чрезмерную дороговизну избыточной емкости в больницах. Ожидалось, что больницы отреагируют на внедрение нового механизма оплаты, сократив инфраструктуру своих физических и человеческих ресурсов.

Вторая ключевая переменная заключалась в переходе прав собственности на больницы общего профиля от центральной государственной бюрократии к муниципалитетам. Больницы при учебных заведениях и больницы третьей степени оставались под контролем министерств здравоохранения и образования (табл. 9.2). Вследствие такого перехода прав собственности больницы стали играть роль местного политического капитала; ожидалось, что местные правительства, будучи более чувствительны к нуждам населения, чем центральная

бюрократия (министерство здравоохранения), будут оказывать на больницы давление, побуждая их к большей отзывчивости на нужды населения.

В основе реформы лежало допущение, что благодаря местному избирательному процессу общественность сможет довести до местных властей свои взгляды относительно различных аспектов работы больниц. Право избирателей назначать и отстранять избранных чиновников — ключевой момент, обеспечивающий подотчетность местных правительств. И наоборот, больницы должны отчитываться перед местными правительственными чиновниками, доказывая соответствие их деятельности общественным ожиданиям (Schiavo-Campo 1994; Saltman and Figueras 1997).

Введение социального страхования и децентрализация явились отражением характерных для переходного периода идеалов децентрализации власти и дезинтеграции монолитной государственной бюрократии, одним из воплощений которой служило министерство здравоохранения. Отход от прежнего командно-административного подхода требовал радикальной организационной перестройки и установления новых ролей и функций для сектора здравоохранения. Министерства здравоохранения, новые организации социального страхования и местные правительства должны были накопить опыт в таких областях, как заключение договоров, мониторинг деятельности учреждений, определение стратегии здравоохранения и регулирование здравоохранения.

Изменения организационной структуры больниц в переходный период

Хотя окружающая среда претерпела глубокие изменения, организационная структура больниц изменилась мало; перемены носили эпизодический характер и часто возникали в виде побочных эффектов других реформ. В настоящем разделе прослеживаются организационные изменения, затронувшие степень самостоятельности больниц, степень их подверженности действию рыночных механизмов, статус больниц как претендентов на остаток, структуры подотчетности больниц и социальные функции больниц.

Самостоятельность

Самостоятельность больниц определяется тем, насколько они уполномочены принимать решения по различным аспектам предоставления услуг. Мы рассмотрим полномочия по принятию решений, касающихся шести аспектов: количества вкладываемого труда, капиталовложений, других вложений, уровня и состава услуг, установления цен, процессов управления.

Полномочия по принятию решений относительно количества вкладываемого труда

В коммунистическую эпоху врачи (как и все остальные наемные работники) были государственными служащими и получали зарплату. Централизованному планированию и регулированию подлежали все существенные аспекты кадро-

вого обеспечения, включая численность работников, принятие на службу, уровни зарплат и увольнение. Соответственно больницы не обладали скольконибудь значительной самостоятельностью при принятии кадровых решений.

В переходный период централизованное планирование человеческих ресурсов отошло на второй план; часть полномочий по принятию кадровых решений была передана больницам (табл. 9.3). В большинстве стран государство перестало играть роль прямого нанимателя врачей; больницы непосредственно заключают договоры с наемными работниками. В принципе полномочия по принятию решений по найму, увольнению и вознаграждению перешли к руководителям больниц. Однако на практике эта самостоятельность скованоется недостаточной подвижностью рынков труда, давлением политических факторов и финансовыми ограничениями.

- *Малоподвижный рынок труда.* Действующие правила найма рабочей силы (будь то общие законы о занятости или законы о государственной службе) не способствуют гибкости рынков труда, поскольку предусматривают высокую стоимость принятия решений по найму и увольнению и достаточно сложные правила дифференциации вознаграждений. Например, в Венгрии и Польше работники больниц являются государственными служащими и защищены весьма строгими законами о государственной службе, предусматривающими открытые контракты и значительные выходные пособия (Gaal et al. 1999; Karski et al. 1999). Хотя в Румынии нет закона о государственной службе, действующий закон о занятости столь же негибок, поскольку требует открытых контрактов (Naviliuc et al. 1996). Даже несмотря на то, что нанимателями врачей являются больницы, оплата труда врачей почти во всех странах устанавливается актом, регулирующим зарплаты работников государственного сектора; это относится даже к тем странам, где нет специального законодательства о государственных служащих. Исключение составляют Эстония, Латвия и Литва, где врачи полностью выведена за рамки шкалы заработной платы государственных служащих (Marga 1996; Cerniauskas and Murauskiene 2000; Jesse 2000).
- *Давление политических факторов.* При назначении на должность руководителей больниц значительную роль играют политические соображения: принадлежность кандидата к той или иной партии, местные политические интересы, личные связи (табл. 9.3). Есть основания думать, что деятельность руководителей больниц подвержена влиянию интересов назначивших их политиков. Это ограничивает спектр возможных непопулярных мер, которые руководители больниц могли бы принять ради повышения экономичности и эффективности работы вверенных им учреждений. Самостоятельность руководства больниц ограничивается также профсоюзами медицинских работников, которые, как правило, весьма сильны и ведут интенсивные переговоры с правительством о зарплатах. Размеры зарплат, устанавливаемые в результате этих переговоров, фактически носят обязательный характер для всех больниц, что ограничивает возможности руководителей по поощрению своих сотрудников.
- *Финансовые ограничения.* Вследствие заметного сокращения больничных бюджетов многие больницы испытывают трудности в связи с выплатой выходных пособий и других льгот, полагающихся при увольнении.

Таблица 9.3. Полномочия по принятию кадровых решений, по избранным странам

<i>Страна</i>	<i>Наиматель врача</i>	<i>Законодательная база</i>	<i>Оплата труда врачей</i>	<i>Инстанция, назначающая руководителя больницы</i>
Албания	Больница	Общее трудовое законодательство (статус государственной службы отсутствует)	Зарплата, контролируемая Министерством финансов во время ежегодных переговоров по бюджетам	Министр здравоохранения
Хорватия	Больница	Общее трудовое законодательство	Зарплата, начисляемая в соответствии с единой национальной системой	Мэр (глава муниципалитета, владеющего больницей)
Чехия	Больница	Общее трудовое законодательство (статус государственной службы отсутствует)	Зарплата, начисляемая в соответствии с Актом № 143 от 1992 г., регулирующим вознаграждение всех работников государственного сектора	Мэр
Эстония	Больница	Общее трудовое законодательство	Зарплата — вне шкалы оплаты труда государственных служащих	Для больниц третьей ступени — министр здравоохранения. Для учреждений муниципального уровня — мэр. Для акционерных обществ — правление. Для трестов — правление
Грузия	Больница	Общее трудовое законодательство (статус государственной службы отсутствует)	Зарплата плюс отдельные гонорары за услуги	Министр здравоохранения
Венгрия	Больница	Акт о государственной службе	Зарплата, размер которой регулируется Актом о государственной службе	Муниципалитет (городской совет или мэр)

Латвия	Больница	Общее трудовое законодательство	Зарплата — вне шкалы оплаты труда государственных служащих	Для больниц третьей степени I министр здравоохранения. Для учреждений муниципального уровня — мэр. Для акционерных обществ — правление
Литва	Больница	Общее трудовое законодательство	Зарплата — вне шкалы оплаты труда государственных служащих	Местное правительство, владеющее больницей
Польша	Больница	Акт о государственной службе	Зарплата	Орган исполнительной власти, владеющий больницей
Румыния	Больница	Общее трудовое законодательство (статус государственной службы отсутствует)	Зарплата, начисляемая в соответствии с Актом № 154 от 1998 г., регулирующим вознаграждение всех работников государственного сектора	Провинциальный орган здравоохранения, который в своих действиях руководствуется критериями министерства здравоохранения

Полномочия по принятию решений относительно активов и капиталовложений

Больницы не имеют права принимать решения относительно физических активов и капитальных инвестиций. Право принимать решения по активам принадлежит собственникам: центральному правительству или местной исполнительной власти. Таким образом, хотя у больниц есть стимулы к снижению мощностей ради повышения экономичности, они не имеют права сделать это по своей воле. Что касается собственников, то они имеют полномочия принимать решения, но по политическим причинам не имеют стимулов к продаже своих активов. Это взаимное несоответствие стимулов и полномочий по принятию решений — основной фактор, затрудняющий сокращение мощностей больничного сектора. Даже в Эстонии, где больницы по закону могут образовывать тресты и владеть активами, действуют подзаконные акты, ограничивающие полномочия трестов по ликвидации активов. Если трест решает распродать свои физические активы, деньги возвращаются к основателям-собственникам.

Мало сказать, что больницы не имеют права принимать решения по продаже активов; они также не имеют инструментов, гарантирующих, что их активы сохранят свою стоимость. В большинстве стран новые механизмы оплаты поставщиков не содержат издержек на амортизацию основного капитала, и все капитальные инвестиции продолжают финансироваться из доходов общего налогообложения. Процесс размещения инвестиций продолжает напоминать централизованный процесс планирования при коммунистах. Рациональные критерии среднесрочного планирования не применяются; решения часто принимаются по обстоятельствам и в конечном счете определяются личными и политическими связями. Среднесрочное планирование более вероятно там, где основным источником финансирования капиталовложений служит международная помощь и где финансирующие организации требуют представления среднесрочных планов (как в Албании). Исключения составляют Хорватия, где все оборудование обеспечивается и распределяется Институтом медицинского страхования, и Чехия, где страховые платежи больницам содержат налоговую скидку на амортизацию основного капитала (Struk 1996; Vulic and Nealy 1999; World Bank 1999).

Капитальные затраты во всех переходных экономиках заметно снизились и, как правило, не возмещаются. В итоге ситуация с физическими активами заметно ухудшилась. Несмотря на децентрализацию прав собственности от муниципалитетов специально не требуется, чтобы они поддерживали стоимость своих активов. Более того, их способность поддерживать стоимость активов ограничена отсутствием у них прав на прибыль. Иными словами, перевод прав собственности (и, следовательно, фактической ответственности за поддержание уровня активов и финансирование новых инвестиций) не сопровождался передачей полномочий по сбору доходов. Отсюда — противоречивость ситуации, связанной с поддержанием стоимости активов.

Полномочия по принятию решений относительно других вложений

Почти все страны предоставили больницам самостоятельность в том, что касается приобретения не только труда и капитала, но и других вложений, в том

числе медикаментов и оборудования (до начала переходного периода лекарства и другие материалы также централизованно поставлялись министерством здравоохранения). Большинство стран приняло законы о государственных поставках, регулирующие процессы больничных поставок и предусматривающие их прозрачность.

Существует мало сведений о том, как именно повлияла полученная больницами самостоятельность на их снабжение медикаментами. Судя по рассказам, многие страны региона испытывают постоянные трудности. В Хорватии и Венгрии руководители больниц часто жалуются, что у врачей нет стимулов к экономии на лекарствах, так как чем больше лекарств получает больной, тем больше вероятность того, что он отблагодарит своего врача деньгами или подарками. Рассказывают и о случаях мошенничества и коррупции — например, о том, как персонал распродает принадлежащие больнице лекарства и прикарманивает полученные деньги.

Полномочия по принятию решений относительно уровня и состава услуг

В рамках своих бюджетов больницы вольны самостоятельно определять уровень и состав предоставляемых ими услуг. Эта самостоятельность существовала и раньше, ибо в коммунистическую эпоху центральное планирование было ориентировано на вложения, а не на производительность. Считается, что разделение покупателей и поставщиков стимулирует покупателей к тому, чтобы при заключении соглашений по закупкам сосредоточиться не столько на спецификации вложений, сколько на спецификации уровня и состава услуг. Однако в большинстве стран отход от унаследованного централизованного подхода происходит с трудом, и основное внимание все еще сосредоточено на вложениях. Так, в Венгрии контракты между фондом медицинского страхования и больницами все еще детально оговаривают вложения, включая количество коек, численность персонала, часы работы врачей и типы больничных подразделений. В связи с производительностью работы (уровнем и составом услуг) упоминается лишь совокупность категорий услуг по стационарному и амбулаторному лечению. Это тем более странно, что платежи от страховых фондов формально связаны с производительностью, а не с вложениями. Например, в Румынии провинциальный орган медицинского страхования заключает соглашение с отдельными больницами, не оговаривая момент производительности и не налагая никаких юридических обязательств. Подобная недооценка момента производительности при заключении контрактов — общая серьезная проблема для всех стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР.

Исключение составляет Чехия, где в контрактах между страховщиками и больницами оговариваются объем и тип услуг, методы компенсации, требования к представлению данных, условия выписки и период эффективности. Основой для контрактации служит перечень услуг, содержащий 5000 процедур. Больницы могут сами решать, какие услуги они будут предоставлять; при этом им причитается компенсация только за те услуги, которые оговорены в контракте.

Полномочия по принятию решений о ценах для организованных покупателей

Вообще говоря, больницы наделены незначительной самостоятельностью в том, что касается платежей, внешних по отношению к больницам и единообразных для страны в целом. Именно так обстоит дело в Хорватии, Эстонии, Грузии, Венгрии, Литве и Румынии. Цены устанавливаются не плательщиком, а министерством здравоохранения или комитетом, специально назначенным ради того, чтобы учесть интересы заинтересованных сторон (прежде всего врачей). В Эстонии региональные медицинские фонды платят больницам за койко-дни и за услуги на основе прейскуранта, разработанного комитетом, работающим под эгидой Министерства здравоохранения. Хотя больницам теоретически разрешено предоставлять услуги за цену, которая на 25% ниже оговоренной в прейскуранте, подобное происходит редко. В Венгрии относительная стоимость диагностических групп оценивается специальным институтом, созданным в структуре Министерства здравоохранения. Однако окончательное решение принимается комитетом врачей, назначенных Министерством здравоохранения, по результатам сделок и соглашений между представителями различных врачебных специальностей. В Грузии цены на услуги, входящие в государственный пакет льгот и пособий, устанавливаются комитетом по медицинским стандартам при Министерстве здравоохранения и утверждаются парламентом. В немногих странах — Польше, Чехии, Грузии — ставки платежей устанавливаются по результатам переговоров между плательщиками и больницами, то есть последние имеют возможность влиять на ценообразование.

Полномочия по принятию решений относительно процессов управления

Интересно выяснить, каким образом передача больницам прав на принятие решений повлияла на процесс принятия решений и на управленческую практику внутри больниц. В большинстве стран руководители больниц и отделений обладают значительной властью, пользуясь управленческими инструментами, унаследованными от прошлого. Использование вложений в соответствии с планом традиционно контролировалось весьма жестко; с другой стороны, производительность (объем и качество услуг) практически не контролировались. Так, по сообщению одного из наблюдателей, в Румынии руководители больниц напоминают «феодалов», обладающих почти неограниченной властью. Поскольку руководители больниц назначаются по результатам политического процесса (в масштабе города и/или всей страны), их поддерживает политический истеблишмент, имеющий возможность защитить их даже в том случае, если персонал, больные, местная исполнительная власть или общественность выразят недовольство их деятельностью.

Некоторые страны пытались поощрить управленческий профессионализм и прозрачность путем создания команд по управлению больницами. В Венгрии такие команды первоначально состояли из трех человек — генерального директора, директора, ответственного за средний медицинский персонал, и финансового директора. Однако вскоре эта система была отменена, поскольку в качестве механизма принятия решений она оказалась неэффективной. Из других мер

по оптимизации внутренних процессов следует упомянуть более активное участие больничных управленцев и врачей в программах повышения квалификации руководящего состава. В Чехии, Венгрии и Польше были созданы независимые школы, готовящие руководящие кадры в области здравоохранения. Многочисленные новые курсы и учебные программы строятся с учетом необходимости совершенствования управленческой деятельности внутри больницы.

Присутствие на рынке

Степень участия больницы в рыночных процессах определяет масштаб ее финансовых рисков: теряет ли больница доходы, если число больных сокращается, или ее доходы увеличиваются по мере роста числа больных. Степень подверженности больницы дисциплинирующему воздействию рынка определяется принятым механизмом оплаты поставщика и уровнем прямых платежей из кармана потребителя (Harding and Preker 2001). В странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР степень официального участия больницы в рыночных процессах незначительна, поскольку доля прямых официальных сборов с потребителей в структуре больничных доходов невысока. С другой стороны, неофициальные платежи распространены настолько широко, что можно говорить о весьма значительном влиянии рыночных законов на деятельность больниц.

В коммунистическую эпоху все здравоохранение, включая лечение в больницах, было бесплатным. В переходный период немногие страны ввели прямые сборы за использование больничных услуг. Так, в Хорватии с больных взимается 15% стоимости «гостиничных» удобств и фиксированный сбор, размер которого устанавливается централизованно. В Латвии доля больных в совместных платежах устанавливается централизованно как часть пакета страховых льгот и пособий. В Грузии больницам разрешено взимать с больных сборы за часть услуг, входящих в муниципальный пакет льгот и пособий. Предложения относительно доли больных в совместных платежах должны ежегодно проходить процедуру утверждения в Министерстве здравоохранения. Прейскурант должен вывешиваться в больнице на видном месте. В большинстве случаев официальные сборы с потребителей почти не влияют на уровень приема в больницы. Так, в Венгрии больницы могут взимать сборы с больных, поступающих без соответствующих направлений и/или без страховки; больницы сами могут устанавливать размеры таких сборов.

Потенциальное влияние официальных сборов с потребителей на деятельность больниц должно оцениваться в свете практики неофициальных платежей. Последние определяются как «платежи натурой или наличными, поступающие поставщикам в обход официальных платежных каналов за приобретение товаров и услуг, которые должны оплачиваться системой здравоохранения» (Lewis 2002). Официальные сборы с потребителей вытесняются практикой неофициальных платежей. Эта тенденция представляет явную угрозу финансовому здоровью больниц, поскольку официальные совместные платежи пополняют больничный бюджет, тогда как неофициальные платежи идут в карман врачам и другим работникам. В результате образуется нехватка средств на совершенствование медицинского оборудования, на новации, требующие авансовых вложений, на экономичные медицинские протоколы, на улучшение стандартов

ухода и на другие элементы, без которого система здравоохранения не может нормально функционировать.

Министерства финансов и международные финансирующие организации часто действуют исходя из предположения, что введение официальных сборов с потребителей приведет к вытеснению неофициальных платежей. Однако опыт показывает, что при низких зарплатах и в отсутствие жесткого надзора врачи, вместо того чтобы взимать официальные сборы, запрашивают у больных менее высокие суммы в виде «чаевых»; при этом врачи и больные оказываются в выигрыше, тогда как больница страдает.

Благодаря неофициальным сборам с больных врачи становятся прямо подотчетны своим пациентам; последние же получают возможность пользоваться более качественными услугами, чем те, которые они могли бы приобрести официально. Следовательно, неофициальные сборы прямо поощряют врачей к тому, чтобы более чутко и гибко реагировать на нужды больных. Вместе с тем неофициальные сборы вносят серьезнейшие искажения в работу системы здравоохранения. Во-первых, повышение отзывчивости касается только тех, кто может платить. Во-вторых, сборы из кармана потребителя — как официальные, так и неофициальные — ограничивают доступ к услугам для тех, кто не может платить, а ставки сборов, как правило, определяются произвольно. В этом смысле неофициальные платежи — особенно нежелательная форма сборов с потребителей: ведь такие платежи не дают возможности защитить больных от финансовых потерь, обусловленных болезнью. Наконец, чем шире распространена практика неофициальных платежей, тем меньше заинтересованы врачи в реформировании государственной системы здравоохранения: ведь их собственный частный бизнес процветает в безопасных условиях государственной системы (Lewis 2002).

Отношение размера неофициальных платежей к размеру государственного финансирования в изученных нами системах заметно варьирует. Самая высокая доля неофициальных платежей — в Грузии, где они составляют 70—80% больничных доходов. С другой стороны, в Хорватии, Эстонии, Венгрии, Латвии и Литве неофициальные платежи не превышают 10—20% всех больничных доходов (Lewis 2002; Preker et al. 2002). Ожидания, связанные с участием больниц в рыночных процессах, варьируют в зависимости от соотношения государственных и частных платежей. Считается, что влияние неофициальных платежей на поведение больниц и врачей особенно сильно в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР с низким уровнем жизни, где государственное финансирование потерпело крах; в странах того же региона, начавших реформу раньше и характеризующихся не столь низким уровнем жизни, масштабы таких платежей не столь велики.

Статус претендента на остаток

Статус организации как претендента на остаток отражает степень ее финансовой ответственности. Это относится как к возможности удерживать сэкономленные средства, так и к ответственности за финансовые потери (долги). Для больницы статус претендента на остаток является ключевым стимулом к экономии средств. В коммунистическую эпоху претендентом на остаток был централизованный бюджет: средства, не освоенные больницами, возвращались мини-

стерству здравоохранения и перераспределялись. Поскольку больницы не могли претендовать на прибыль и к тому же финансировались постатейно, они не имели стимулов к экономии средств и повышению эффективности работы.

В переходный период, после внедрения новых платежных механизмов, государственная казна перестала быть претендентом на остаток. Поскольку в большинстве стран утверждаются системы оплаты, основанные на результативности (см. главу 8), больницы автоматически становятся претендентами на остаток. Более того, возможности больниц по приумножению и удержанию собственных доходов (вдобавок к платежам покупателей услуг и бюджетным средствам) растут благодаря действию четырех основных механизмов: взиманию совместных платежей, сдаче мощностей в аренду, сбору пожертвований и предоставлению корпоративных услуг (например, по мониторингу здоровья) частным компаниям.

Другой аспект статуса претендента на остаток — твердость бюджета. Больницы не несут ответственности за свой дефицит, ибо большинству стран не удалось навязать им твердых бюджетов. Это ослабило стимулы к экономии средств и повышению эффективности работы. Почти во всех странах долги больниц выросли и почти все правительства приняли меры по централизованной помощи больницам (во многих странах такие меры принимались неоднократно). Долги перекладывались на других, чаще всего на частично приватизированные фармацевтические компании (в Албании), на компании сферы коммунальных услуг (в Хорватии и Чехии), на врачей (в Албании и Грузии). В Венгрии больницы накапливали задолженность каждый год, начиная с 1995. Первоначально лишь немногие руководители больниц были уволены со своих постов, а нерентабельные больницы продолжали получать безвозмездные ссуды из центральных бюджетов. Чтобы остановить этот процесс, в 1998 г. был принят закон о государственном финансировании, согласно которому собственники больниц должны нести ответственность за их финансовые убытки; для надзора за «проблемными» больницами были образованы комиссии по банкротству.

В Чехии, где стратегия развития здравоохранения изначально была больше ориентирована на рынок, чем в других странах региона, проблема больничных долгов решалась в едином комплексе с другими проблемами здравоохранения. Только две больницы получили безвозмездные ссуды от государственного Банка консолидации; другим больницам было предписано вернуть деньги из будущих сбережений. Эстония, Латвия и Литва также стоят особняком, ибо в этих странах больницы не имели долгов — прежде всего потому, что за последние годы расходы на стационарное лечение в реальном исчислении выросли. Нет уверенности в том, что эта финансовая дисциплина сохранится, поскольку бюджеты здравоохранения становятся все более и более жесткими.

Подотчетность

В эпоху социализма подотчетность обеспечивалась прямым иерархическим административным контролем со стороны министерства здравоохранения или его региональных подразделений. Этот контроль заключался, в частности, в финансовых проверках правильности расходования бюджетных средств. Таким образом, подотчетность, как и другие аспекты социалистического здравоохранения, была ориентирована главным образом на вложения.

В результате реформ министерство здравоохранения отказалось от части своих функций, включая полномочия по прямому надзору и контролю. Однако организации, принявшие эти функции на себя (местные правительства и организации социального страхования), не сумели разработать необходимые механизмы подотчетности. В регионе возник вакуум подотчетности.

Подотчетность перед собственниками

Как собственники больниц, муниципалитеты не имеют стимулов, инструментов и возможностей для того, чтобы требовать у больниц отчета за их финансовую деятельность и качество оказываемых ими услуг. Децентрализация прав собственности подразумевала перевод ответственности за предоставление услуг инстанциям, находящимся ближе к народу, который с помощью механизма местных выборов мог бы реализовать свои ожидания. Подобная схема успешно работает в большинстве стран. Вместе с тем поскольку местные правительства не финансируют здравоохранение и лишь в очень ограниченной степени контролируют капиталовложения, у них нет инструментов, посредством которых можно было бы влиять на поведение больниц. Их ответ на жалобы избирателей заключается в перекладывании вины за недостатки в предоставлении услуг на центральное правительство и на покупателей, недостаточно финансирующих больницы.

Так, в Венгрии, где больницы являются независимыми юридическими лицами и получают финансирование из фонда медицинского страхования, муниципалитеты, как собственники, не имеют юридического права контролировать и отслеживать происходящие в больницах внутренние процессы. Больницы не знакомят местные правительства со своей деловой и финансовой документацией. Эта проблема стала особенно острой в 1999 г., когда на муниципалитеты была возложена юридическая ответственность за финансовые убытки больниц.

Некоторые страны — Чехия, Эстония, Латвия — попытались повысить степень подотчетности больниц перед собственниками, создав советы по руководству больницами. Не вполне ясно, насколько такие советы могут быть полезны с точки зрения установления связи между организацией и ее собственником. Так, в Чехии министр здравоохранения назначает членов совета, но руководители больниц также выдвигают своих кандидатов. Советы в своей работе основываются на общих впечатлениях, а не на твердых данных, предоставляемых больницей. В Латвии советы больниц акционерных компаний состоят только из трех человек. Анализ влияния советов на подотчетность больниц тем более необходим, что функционирующие механизмы подотчетности отсутствуют практически во всех странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР.

Подотчетность перед покупателями

Похожие проблемы возникают в связи с механизмами подотчетности перед плательщиками. Совершенствование подотчетности перед покупателями — настоящая необходимость: все страны, перешедшие к финансированию на основе результативности работы, сталкиваются с проблемами подделки

отчетов о результатах и подтасовки данных о смертности по диагностическим группам. Хотя организации социального страхования, в принципе, могут воспринимать контрактацию как новый механизм подотчетности, контракты не используются в качестве инструментов. Процесс заключения контрактов не ориентирован на результативность работы: опора на критерии качества работы, плановые задания и контрольные показатели отсутствует, избирательные контракты с поставщиками не заключаются. В большинстве стран поставщики обязаны заключать контракты со всеми государственными учреждениями.

Образцом недостаточного использования контрактов как инструмента закупок и подотчетности может служить Венгрия. Контракты, заключаемые с больницей, учитывают ее емкость, измеренную в койках и в часах работы врачей, но умалчивают обо всех аспектах объема, состава и качества услуг — даже несмотря на то, что больницы оплачиваются на основе их результативности (методом диагностических групп). Даже те реформаторы, которые в большей степени ориентированы на рынок, не хотят зависеть от давления со стороны покупателей услуг. В Чехии страховщики были первоначально обязаны заключать контракты со всеми желающими больницами. С 1995 г. теоретически разрешено избирательное заключение контрактов. Однако на практике решения по контрактации принимаются не страховщиками, а комитетом. В состав последнего входят представители фондов медицинского страхования, Министерства здравоохранения, Врачебной палаты и Ассоциации больниц. Контракты не разрываются, случаев отказа в контрактах не бывает; встречаются только незначительные изменения в составе или спецификации услуг. Закон, только что принятый в Румынии, разрешает избирательное заключение контрактов и направлен на то, чтобы обеспечить нейтралитет сектора, позволяя страховым компаниям заключать контракты как с частными, так и с государственными поставщиками; пока не вполне ясно, насколько этот закон эффективен. В Венгрии задача обеспечения нейтральности сектора не решается ввиду отсутствия ясных руководящих указаний по заключению контрактов с частными поставщиками.

Причины такой непоследовательности — в трудностях перехода от централизованного планирования вложений к упреждающим закупкам. Необходима корректировка правил и инструкций, а также, возможно, традиций и норм, сложившихся в государственном секторе.

Подотчетность перед министерством здравоохранения

Поддержка качества и минимальные стандарты находятся на ранних стадиях развития; в большинстве стран не сложилось твердой уверенности относительно того, как нужно использовать эти инструменты (о которых, впрочем, много говорят). В Венгрии врачи определили минимальные стандарты, однако больницы и отделения, как правило, не соответствуют им, в чем можно убедиться при первой же проверке. Поскольку совершенствование всех аспектов работы (оборудования, доступа к лабораториям и т. п.) с целью привести их в соответствие с установленными стандартами обошлось бы слишком дорого, проблема стандартов временно снята с повестки дня.

Подотчетность перед больными

Механизмы подотчетности перед больными отсутствуют, поскольку у больных практически нет возможности подать официальную жалобу. Исключением вновь является Чехия, где одна из важнейших новых задач Министерства здравоохранения заключается в том, чтобы разбираться с растущим потоком жалоб больных.

Социальные функции

В коммунистическую эпоху социальные функции больницы не финансировались и носили характер чего-то само собой разумеющегося. К социальным функциям относилась, в частности, госпитализация лиц, не нуждающихся в медицинском вмешательстве, — например, материально зависимых стариков. По мере нарастания финансового давления на больницы эти традиционные функции исчезают, однако не финансируемые и подразумеваемые социальные функции дают о себе знать в новых формах. Например, хотя в большинстве стран медицинское страхование является обязательным, многие люди оказываются вне системы социальной защиты. Число таких людей может быть невелико, однако о том, что с ними происходит, ничего не известно. В Чехии расходы на лечение лиц, не имеющих страховки, берут на себя больницы. В Румынии недавно принятый закон о страховании предусматривает страховое покрытие для каждого гражданина, однако реально страховку имеет далеко не каждый. Больницы в странах с низким уровнем жизни по-разному участвуют в расходах по выполнению социальных функций: финансирование больниц часто задерживается на месяцы, и врачи продолжают работать без зарплаты. Не особенно преувеличивая, можно сказать, что в этих постоянно недофинансируемых системах все больничные службы стали социальными службами; при этом объемы услуг не устанавливаются, и услуги предоставляются по усмотрению персонала.

Организационная структура: резюме

Как показано в табл. 9.4, больницы в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, как правило, больше не функционируют в качестве подразделений государственной бюрократии, финансируемых непосредственно из бюджета. Организационная структура больниц по всем пяти ключевым элементам несколько изменилась. Вместе с тем нынешняя организационная структура этих больниц не может быть охарактеризована в точных терминах, преобразования по всем пяти элементам происходят без всякой никакой последовательности. Непоследовательный характер общего режима стимулирования не способствует реальному повышению результативности работы больниц. Хотя полномочия больниц по принятию решений в целом выросли, на практике возможности руководителей больниц решать вопросы самостоятельно ограничиваются дополнительными регулируемыми мерами или политическим давлением. Больницы продолжают осуществлять не финансируемые социальные

Таблица 9.4. Система стимулов, действующих внутри больниц в переходный период

	← Центральная государственная бюрократия	→ Частная организация
Самостоятельность	Незначительные полномочия по принятию решений	Хорватия, Чехия, Эстония (акционерные (муниципальные), компании и тресты) Грузия, Венгрия, Казахстан (предприятия), Польша, Румыния
Присутствие на рынке	Нет	Албания, Хорватия, Чехия, Эстония (муниципальные, акционерные компании и тресты), Венгрия, Польша, Румыния
		Грузия, Казахстан (государственные и предприятия) всех финансовых рисков, связанных с деятельностью

Претендент на остаток	Государственная казна	Албания, Чехия, Хорватия, Грузия, Венгрия, Эстония (муниципальные, акционерные компании и тресты), Казахстан (государственные и предприятия), Польша, Румыния	Организация
Подотчетность	Прямой иерархический контроль	Албания	Регулирование и заключение контрактов
Социальные функции	Обязательные, но специально не оговоренные	Албания, Эстония (муниципальные), Хорватия, Грузия, Венгрия, Польша, Румыния	Специально оговоренные

Примечание. Эстония (муниципальные): больницы функционируют как муниципальные институты; Эстония (компании): больницы функционируют в соответствии с законом для акционерных обществ; Эстония (тресты): больницы функционируют как тресты; Казахстан (предприятия): больницы функционируют как предприятия здравоохранения.

функции, то есть и в этом аспекте мало что изменилось. С другой стороны, существенные изменения произошли по таким параметрам, как статус претендента на остаток, присутствие на рынке и структура подотчетности. Государственная казна — по меньшей мере в условиях новых механизмов оплаты — перестала быть претендентом на сэкономленные средства, неистраченные ассигнования и прибыли. Практика неофициальных платежей, с ее искаженными стимулами, значительно повысила уровень присутствия на рынке.

Самое странное свойство нынешней организационной структуры — отсутствие действенных механизмов подотчетности. Как показывает почти незаполненный соответствующий ряд в табл. 9.4, большинство стран не ввели прямой подотчетности по иерархическому принципу или путем подробно разработанных соглашений и контрактов. Преобразования внешней среды привели к тому, что министерство здравоохранения утратило некоторые из своих прав по принятию решений, в том числе право по осуществлению прямого надзора и контроля. Новые организации, к которым перешли эти права, не сумели разработать подходящих мер по обеспечению подотчетности.

Обсуждение: воздействие на поведение больниц и результативность их работы

Изменившаяся внешняя среда стимулирует больницы к адаптации своего поведения. Ожидалось, что сокращение реальных бюджетов и новые механизмы оплаты поставщиков будут способствовать росту экономичности, а децентрализация руководства — повышению отзывчивости на нужды общественности и ожидания пользователей. Однако организационная структура больниц, как оказалось, не соответствует внешней среде; тем самым стимулы к изменению поведения ослабляются, а между различными стимулами создаются противоречивые отношения.

Взаимное несоответствие внешней среды и внутренних стимулов проявлялось в трех формах. Во-первых, в результате децентрализации структура руководства утратила ясность. В системах, финансируемых из фондов социального страхования, смысл принадлежности больницы местной исполнительной власти оставался не вполне ясным. С точки зрения финансирования больниц местная исполнительная власть играла незначительную роль, поскольку текущие расходы больниц покрываются из доходов социального страхования, а основным источником капиталовложений является централизованный бюджет, тогда как бюджет местного правительства ответствен лишь за очень небольшую часть средств. Не обладая серьезной финансовой ответственностью, местные правительства ограничены в своем влиянии на стратегическое развитие больниц.

Еще одна проблема, обусловленная принадлежностью больниц местной исполнительной власти, связана с их юридическим статусом. Когда были учреждены организации социального страхования и им было предписано заключать контракты с больницами, последним следовало предоставить юридическую самостоятельность и тем самым дать возможность заключать обязательные к исполнению контракты и функционировать на правах юридически признанных партнеров. В начале переходного периода больницы не имели такой самостоятельности, поскольку оставались бюджетными подразделениями центральной правительственной бюрократии. Проблема смысла и обязательности

контрактов между двумя государственными организациями дает основания для серьезного пересмотра организационной формы и административной структуры больниц. Тем не менее лишь немногие страны уделили внимание этой проблеме; почти нигде не были разработаны новые законы, направленные на совершенствование руководства больницами. Вместо этого были сделаны попытки решить проблему с помощью уже существующих законов, разработанных для управления некоммерческими организациями и компаниями, находящимися в собственности государства. В итоге больницы были преобразованы во внебюджетные фонды, некоммерческие организации и государственные предприятия безотносительно к тому, насколько эти формы и действующие для них правила уместны для сектора здравоохранения.

Второе проявление взаимного несоответствия внешних стимулов и организационной структуры — дисбаланс между стимулами и полномочиями по принятию решений. Полномочия по принятию решений не были переданы тому организационному уровню, который мог бы выиграть от перемены поведения; больницы имели стимулы к изменению поведения, но у них не было необходимых для этого инструментов. Ожидание роста экономичности и технической эффективности было основано на предположении, что больницы отреагируют на новые платежные стимулы и финансовое давление сокращением избыточной физической и человеческой емкости. Эти два типа вложений особенно важны с точки зрения экономии средств и технической эффективности. Расходы на персонал составляют 60% всех расходов на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР со средним уровнем жизни, а основная часть фиксированных расходов определяется физической емкостью. Поскольку больницы не имеют полномочий по принятию решений относительно физической емкости и ограничены в принятии решений по человеческим ресурсам, трудно ожидать, чтобы сокращение их вложений могло сопровождаться сохранением достигнутого уровня результативности работы.

В противоположность больницам местные правительства могут принимать решения по физическим активам, однако у них нет стимулов к их продаже или к тому, чтобы эффективно ими управлять. С точки зрения местного электората закрытие больницы выглядит как потеря общественных активов и неспособность местной исполнительной власти выполнить свои обязательства. В итоге прежние модели вложений сохраняются несмотря на изменения во внешних структурах и на растущее финансовое давление.

Наконец, больницы ничем не рискуют даже в том случае, если они никак не корректируют свое поведение и не повышают результативность работы. Отсутствие влияния рыночных стимулов и недостаточное развитие механизмов подотчетности создают такую среду, в которой неадекватное поведение больницы и недостаточно высокая результативность ее работы никак не наказываются. Готовность правительства выручить убыточную больницу, отсутствие мониторинга финансовых и других показателей результативности, отсутствие необходимости отчитываться и отсутствие угрозы закрытия позволяют больнице безнаказанно работать по-старому. За хорошие показатели результативности больницы вознаграждаются, получая возможность удержать сэкономленные средства, однако они никак не наказываются за недостаточно гибкое поведение. В итоге улучшение поведения больницы всецело зависит от энергии и предприимчивости ее руководства.

Заключение

В этой главе был осуществлен предварительный анализ организационной структуры больниц в странах с переходной экономикой. Предполагается, что ожидаемая перемена в поведении больниц не произошла ввиду отсутствия взаимного соответствия между внешней средой и организационной структурой больниц. В частности, больницы все еще не могут самостоятельно решать вопросы, связанные с ключевыми вложениями, что заметно препятствует снижению их емкости. Мягкие бюджеты, поощряя неосторожное поведение, подрывают стимулы к повышению экономичности, тогда как структуры подотчетности ввиду своей слабости не могут влиять на финансовое и профессиональное поведение больниц.

Ввиду того что результативность не достигла ожидаемого уровня, некоторые страны вернулись (или рассматривают возможность возвращения) к старым методам предоставления и финансирования больничных услуг. По отношению к произошедшим реформам существует альтернатива: пересмотреть организационную структуру больниц с целью усиления стимулов, поощряющих экономию средств и качество обслуживания и составляющих единое целое с уже внедренными внешними стимулами. Это означает снятие противоречий между стимулами и правом принимать решения, введение жестких бюджетов, установление новых механизмов подотчетности путем более эффективного использования контрактов, поддержки качества и мониторинга результативности работы. Должна быть уточнена будущая роль местных правительств как собственников; следует завершить переход к более упреждающей модели закупок медицинских услуг. Наконец, необходимо переориентировать министерства здравоохранения таким образом, чтобы их основной функцией стал надзор (*англ. stewardship*). Подобные меры — неперемнное условие успеха реформ здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР.

Литература

- Cerniauskas, G. and Murauskiene, L. (2000) *Health Care Systems in Transition: Lithuania*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Ensor, T. (1993) Health system reform in former socialist countries of Europe, *International Journal of Health Planning and Management*, 8:169-87.
- Gaal, P., Rekassy, B. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Hungary*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Goldstein, E., Preker, A.S., Adeyi, O. and Chellaraj, G. (1996) *Trends in Health Status, Service and Finance: The Transition in Central and Eastern Europe*, World Bank Technical Paper No. 341, Social Challenges of Transition Series. Washington, DC: World Bank.
- Harding, A. and Preker, A.S. (2001) A conceptual framework for organizational reforms of hospitals, in A.S. Preker and A. Harding (eds) *Innovations in Health Care Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Havriliuc, C., Scintee, S. and Marc, A. (1996) *Health Care Systems in Transition: Romania*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ho, T. (in press) Eastern European hospitals in transition, *Eurohealth*.
- Jakab, M., Preker, A.S. and Harding, A. (2001) Hospital organizational structure in

- Central Eastern Europe and the former Soviet Union, in A.S. Preker and A. Harding (eds) *Innovations in Health Care Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Jesse, M. (2000) *Health Care Systems in Transition: Estonia*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Karski, J.B., Koronkiewicz, A. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Poland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Klugman, J. and Schieber, G. (1997) A survey of health reform in central Asia, in Z. Feachem, M. Henscher and L. Rose (eds) *Implementing Health Sector Reform in Central Asia*, EDI Learning Resources Series. Washington, DC: World Bank.
- Lewis, M. (2002) Informal health payments in eastern Europe: issues, trends and policy implications, in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds) *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Marga, I. (1996) *Health Care Systems in Transition: Latvia*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Maynard, A. and Bloor, K. (1999) *Payment Contracting and Regulation of Providers: Flagship Course Material on Health Sector Reform and Sustainable Financing*. Washington, DC: World Bank.
- Milgrom, P. and Roberts, J. (1992) *Economics, Organization and Management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Preker, A.S. and Feachem, R.G.A. (1996) *Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe*, World Bank Technical Paper No. 293. Washington, DC: World Bank.
- Preker, A., Jakab, M. and Schneider, M. (2002) *Health financing reform in transition economies*, in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (eds) *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997) *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, WHO Regional Publications, European Series, No. 72. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Schiavo-Campo, S. (1994) *Institutional Change and the Public Sector in Transitional Economies*, World Bank Discussion Papers, No. 241. Washington, DC: World Bank.
- Staines, V.S. (1999) *A Health Sector Strategy for the Europe and Central Asia Region*. Washington, DC: World Bank.
- Struk, P. (1996) *Health Care Systems in Transition: Czech Republic*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Vulic, S. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Croatia*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Wiley, M.H. (1992) Hospital financing reform and case-mix measurement: an international review, *Health Care Financing Review*, 13(4): 119-33.
- Wiley, M.M. (1995) *Hospital Financing and Payment Systems: A Review of Selected OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- World Bank (1999) *Health Policy Note: Croatia*. Washington, DC: Europe and Central Asia Department, Human Development Unit, World Bank.

часть ТРЕТЬЯ

Внутренние стратегии перемен

глава ДЕСЯТАЯ

Совершенствование работы больницы

Джудит Хили и Мартин Макки

Введение

В настоящей главе исследуется вопрос о том, как люди, работающие в больнице, — будь то клиницисты, управленцы или другие сотрудники, — могут оптимизировать качество предоставляемого больным лечения. В главе 7 предпосылки качественного лечения были обозначены как мощности, люди и знания; было также отмечено, что социальный капитал признается культурным вложением, имеющим самостоятельную ценность. Внутри больницы эти предпосылки способствуют формированию более традиционных элементов (рис. 10.1) — места (зданий и помещений, в которых размещаются больничные службы), персонала (работников больницы) и инструментов (помимо оборудования здесь имеются в виду знания, необходимые для его эффективного использования). Согласно этой модели социальный капитал, или культура, считается всеохватным вложением, взаимодействующим со всеми остальными. Здесь мы рассматриваем примеры того, как дирекция больницы может поощрять культуру, поддерживающую персонал и больных. В заключение главы исследуются возможности объединения этих элементов в рамках последовательной общей программы посредством такой стратегии, как клиническое руководство. В целом глава стремится ответить на следующие вопросы: каковы те стратегические меры, которые принимают больницы ради совершенствования лечения, и существуют ли данные, свидетельствующие о том, что эти меры приносят успех?

Рисунок 10.1. Совершенствование лечения внутри больницы

Вложения

Мы начнем с описания вложений, имеющихся в распоряжении больницы, и связанных с ними стратегических мер, которые могут быть использованы для улучшения работы больницы. В главе 7 обсуждался вопрос о том, как внешние инстанции используют такие вложения в качестве инструмента влияния на деятельность больницы. Эта глава рассматривает проблему изнутри больницы. Поскольку существует множество других руководств по управлению персоналом и финансами, мы сосредоточимся только на трех типах вложений — месте (здании и его внутренней структуре), людях (медицинском персонале) и инструментах (технологии), — а также на условиях, в которых работает больница (иначе говоря, на культуре, поддерживающей деятельность больницы).

Место

В качестве больничных зданий используются сооружения самых разных типов: средневековые монастыри, специально построенные небоскребы, переоборудованные фабрики и даже палатки (в зонах военных действий). Какое имеет значение внешний вид больничного здания при наличии основных элементов — крыши, отопления, освещения и проточной воды? Насколько важна внутренняя структура здания? Как уже было сказано в главе 4, современная конфигурация больниц отражает их историческое происхождение и дальнейшее развитие. Следовательно, чтобы понять, почему нынешние больницы выглядят так, и именно так, нужно изучить их историческую эволюцию.

Структура больниц складывалась под влиянием различных групп представлений (рис. 10.2). К ним относятся представления об обществе и людях (в том числе религиозные верования и политические взгляды на то, сколько денег следует тратить на больницы), об архитектуре, о медицине и уходе за больными, о политике в области здравоохранения (Francis et al. 1999). Представления об обществе и архитектуре доминировали в ранний период, тогда как представления о медицине и о политике в области здравоохранения приобрели большое значение в XX веке; относительно недавно к ним добавился интерес к вопросам окружающей среды.

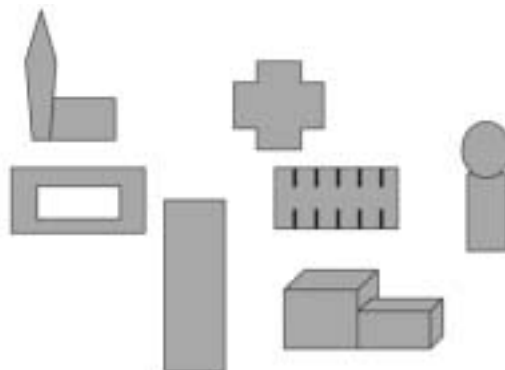
Рисунок 10.2. Факторы, влияющие на структуру больницы



Ожидания людей, связанные с больницей, со временем менялись. До XIX в. считалось, что лучше болеть дома. В больницы отправлялись только те, кто не мог платить врачам и сиделкам за домашнее лечение и уход. Больницы ассоциировались со смертью, а термин «пациент» (*лат. patiens* — «терпеливый») указывал на тех, кто терпеливо ждал встречи с Творцом (James and Tatton-Brown 1986). На рис. 10.3 показаны различные типы планировки больниц. Поскольку больницы в Западной Европе первоначально были связаны с религиозными учреждениями, а эффективность лечения была невысока, общение с Богом было важнее общения с врачом. Больница проектировалась так, чтобы больной мог видеть алтарь в конце палаты. Отсюда — крестообразный план больниц, сложившийся к середине XV в. в Италии: четыре палаты, расходящиеся в стороны от алтаря, расположенного в центре. Больницы по такому плану строились по всей Европе в XVI-XVII вв. и позже (Revsner 1976); при строительстве приютов для душевнобольных крестообразного плана придерживались вплоть до XIX в. Радиальный план больниц XVII-XVIII вв. наводил на мысль о восьмиугольной церкви в центре восьми расходящихся лучами палат.

Позднее больницы строились с флигелями по обеим сторонам внутреннего двора и с церковью в его конце. Некоторые здания с флигелями, прежде всего французские больницы, основывались также на геометрических планах архитектурной школы Булле-Леду-Дюрана. К преимуществам крестообразного и радиального планов относилось также то, что они облегчали персоналу наблюдение за больными из центрального пункта.

Рисунок 10.3. Виды планировки больниц



До середины XIX в. соображения медицинского порядка не играли особой роли в проектировании больниц. С возникновением теории миазмов главным врагом больного стал затхлый воздух. Представления Флоренс Найтингейл о плане больниц и о практике ухода за больными (Nightingale 1860) основывались именно на теории миазмов, которая поощряла строительство просторных, хорошо проветриваемых корпусов с аккуратными рядами коек, расположенными вдоль палат.

В конце XIX в., с появлением теории микробного происхождения болезней, план больниц радикально изменился. Хорошая водопроводно-канализационная сеть, мытье рук врачами и сиделками и изоляция заразных больных приобрели большее значение, чем проветривание. Больницы проектировались с учетом необходимости соблюдения антисептических и асептических правил. Так, персонал должен иметь возможность мыть руки под проточной водой хлорным или карболовым мылом. Больницы проектировались, обставлялись и оборудовались таким образом, чтобы свести к минимуму возможности переноса заразы. Эти меры, в сочетании с внедрением анестезии, а позднее и рентгенографии, радикально изменили природу хирургии. К 1880-м годам операционные и больницы стали гигиеничными и хорошо оборудованными. При проектировании больниц отныне учитывались прежде всего требования к лечению и уходу, а со временем и к новой технологии. Больница стала выполнять не столько функцию опеки, сколько функцию активного вмешательства. Определяющим свойством больницы стало наличие операционной. Число коек росло вместе со спросом, поскольку стационарное лечение становилось все более и более безопасным и эффективным. Представители средних классов обращались в больницы, рассчитывая на качественное лечение, удобные условия и вежливое обращение. Эти тенденции привели к усложнению структуры больниц и к значительному увеличению их вместимости; в течение 1-й половины XX в. в больницах Великобритании пространство, приходящееся на одну койку, выросло с 20 до 40 м² (James and Tatton-Brown 1986).

Во 2-й половине XX в. многие страны использовали стандартные больничные проекты на основе сборных секций; по аналогичным проектам сооружались школы, жилые дома, супермаркеты. В результате было построено множество относительно недорогих компактных многоэтажных зданий (Martinez 1986). Больницы, построенные по таким специально разработанным проектам, были приспособлены для функционально удобной и интегрированной организации всех служб. Проекты основывались на взаимосвязи между зоной медицинского ухода (где больные находились во время своего пребывания в стационаре), клинической зоной (диагностическими и лечебными мощностями) и зоной обслуживания (мощностями, поддерживающими функционирование больницы) (James and Tatton-Brown 1986).

Различаются две основные стратегии строительства больниц: вертикальная и горизонтальная (James and Noakes 1994). В случае вертикальной стратегии зоны располагаются одна над другой. Среди вертикальных моделей — башня на подиуме, сочлененные панели на подиуме, вертикальный монолит. В случае горизонтальной стратегии зоны располагаются рядом друг с другом. Разновидностью этой стратегии является «стратегия ядра», сформировавшаяся в ответ на потребности в росте и переменах: вначале строится ядро больницы (например, на 300 коек), которое затем может быть расширено в несколько этапов (например, до 600 коек).

Здание, построенное по вертикальной модели, редко может считаться удачным решением. В высотном сборном здании, воздвигнутом по индустриальному «конвейерному» принципу, не формируется ни терапевтическая среда для больных, ни функциональная рабочая среда для персонала (James and Noakes 1994).

Вместе с тем многие европейские больницы располагаются в зданиях, построенных для других целей. Помещения старых престижных больниц в центре крупных городов часто представляют собой архитектурные кошмары, совершенно не соответствующие современным представлениям.

В связи с планировкой больниц важно иметь в виду проблему адаптации здания к изменениям внешней и внутренней среды. Нужно стремиться к тому, чтобы проект как можно меньше препятствовал функциональным переменам; это важнее, чем проектировать больницу в расчете на оптимальное выполнение какой-либо одной функции. Цель такой стратегии — продлить срок службы больницы как учреждения, отвечающего требованиям времени: ведь за время постройки новой больницы ее проект может устареть. Следовательно, при проектировании больницы важно соблюсти максимальную гибкость. Еще одна проблема заключается в том, что единой стандартной больничной модели не существует. Больницы следует проектировать с учетом медицинских потребностей населения, бюджетов, местных географических, климатических, культурных условий. Сюда следует добавить и соображения, связанные с защитой окружающей среды: любая больница влияет на среду хотя бы потому, что она потребляет энергию и сбрасывает сточные воды. Некоторые из этих проблем обсуждаются в рамках системы «Больницы для здоровья» (Hospitals for Health) Европейского регионального бюро ВОЗ.

Терапевтический проект?

Еще один важный вопрос заключается в следующем: может ли проект больницы сам по себе иметь терапевтическое значение? Этот вопрос активно (и не очень продуктивно) обсуждался в XX в. в связи с психиатрическими лечебницами (Scull 1979). Позднее значимость вопроса о терапевтическом потенциале проекта больницы высветилась благодаря исследованию случаев холецистэктомии в одной из больниц штата Пенсильвания. У 23 больных, лежавших в палатах с окнами, выходящими на оранжерею, послеоперационный период пребывания в больнице оказался короче, а болевые ощущения менее мучительными, чем у 23 больных в таких же палатах, но с окнами, выходящими на кирпичную стену (Ulrich 1984). Многие медики считают, что наличие произведений искусства в больницах приносит терапевтический эффект (Glanville 1996).

Эти идеи наиболее широко разработаны в США с использованием так называемой «модели платана» (Planetree model) (Blank et al. 1995). Эта модель была принята также в Швеции, где с недавнего времени больницы проектируются с учетом возможного терапевтического воздействия на больных; цель подобного подхода — превратить больницу в благоприятную среду для больных и персонала (Dilani 2000). Проект больницы, ориентированный на создание комфорта для больного, выполненный с заботой о цветах, формах, убранстве, а также о том, чтобы облегчить взаимодействие больных с персоналом, может поднять жизненные силы больных. Было показано, что такой проект больше способствует удовлетворенности больных, чем проекты традиционного типа (Martin et

al. 1998). Сходные меры в Норвегии и Великобритании также свидетельствуют о тенденции к более высокому уровню удовлетворенности больных, более ограниченному использованию сильных анальгетиков и более скорой выписке (Lawson and Phiri 2000).

Делались попытки приспособить больничную среду и процедуры к потребностям детей (Pletinckx 2000). Данные по психологическому и терапевтическому воздействию пребывания в больнице на детей более многочисленны и надежны, чем аналогичные данные для взрослых. Некоторые больницы приняли «хартию детей»: официальный перечень того, чего дети и их опекуны вправе ожидать от больницы (рамка 10.1).

Рамка 10.1. Типовая «хартия детей» английского Министерства здравоохранения

- Ваш ребенок будет лечиться в детской палате под наблюдением специалиста-педиатра
- За вашим ребенком будет ухаживать квалифицированная детская медсестра
- Вам предоставляется возможность оставаться в больнице вместе с вашим ребенком
- Если вашему ребенку предстоит операция и если обстоятельства позволяют, вы имеете право сопровождать ребенка в помещение, где производится анестезия, и оставаться рядом с ним до того как он уснет
- Вам сообщат, какие обезболивающие средства будут предоставлены вашему ребенку
- Система здравоохранения обеспечивает уважение личной жизни вашего ребенка, его достоинства и культурных традиций
- Вашему ребенку будет предоставлен выбор между несколькими детскими меню
- Будет предоставлена возможность кормить вашего ребенка грудью
- Ваш ребенок сможет носить собственную одежду и держать при себе принадлежащие ему предметы обихода
- В больнице соблюдаются чистота и безопасность; обстановка в больнице соответствует потребностям детей и подростков
- Вы можете рассчитывать на то, что все работники, с которыми вам предстоит встретиться, будут носить нагрудные значки с фамилиями
- Ваш ребенок будет иметь возможность играть и встречаться с другими детьми
- Ваш ребенок имеет право на подходящее образование

Источник: Department of Health (1996).

На основании этих гуманитарных аспектов проектирования больниц трудно делать какие-либо обобщения — отчасти из-за недостатка эмпирических данных, отчасти же из-за возможных различий между культурными традициями. Тем не менее существующие исследования свидетельствуют о том, что даже небольшое вмешательство может многое изменить (Scher 1996). Так, дискуссии между фокусными группами в одной из больниц высветили значимость «взгляда с койки», особенно среди больных, прикованных к постели; в ходе

этих дискуссий стало ясно, насколько большое значение имеют такие моменты, как качество сантехники, уважение к личной жизни и контроль над уровнем шума (Lawson and Phiri 2000). Исследование, осуществленное в Германии, выявило пристрастия больных в том, что касается цвета стен, мебели и постельного белья: предпочтительными цветами оказались бежевый, белый, зеленый и розовый (Schuschke and Christiansen 1994). В других культурах цветовые предпочтения могут быть иными, однако в любом случае дизайн интерьера имеет значение для больных. Важно, чтобы мнение больных по вопросам дизайна интерьера учитывалось; это нужно не только для повышения уровня удовлетворенности больных, но и для получения лучших терапевтических результатов.

Вторая проблема, которую часто недооценивают, — это приспособленность больницы для нужд стариков, инвалидов и лиц, временно утративших трудоспособность. Так, исследование на британском материале показало, что большинство больничных лифтов недоступно для больных с ограниченной подвижностью и с нарушениями зрения или слуха (Brown et al. 1997). Лица, пользующиеся инвалидными колясками, испытывают тяжелые чувства: ощущение собственной зависимости, ощущение непонимания со стороны других, чувство, что те, кто проектирует мощности, равнодушны к нуждам инвалидов (Pierce 1998). Сходные чувства отмечены и среди рожениц-инвалидов (Thomas and Curtis 1997). Некоторые больницы немало сделали для того, чтобы приспособиться к нуждам инвалидов (Moore 1997), существует серьезное руководство, основанное на богатом эмпирическом материале (Jones and Tamari 1997), однако многие больницы остаются практически неприспособленными для тех, кто особенно в них нуждается. Эта проблема осознается самим инвалидами и их опекунами, однако в научной литературе ей почти не уделено внимания. Лица, ответственные за разработку политики, должны сделать все от них зависящее, дабы приспособить больницы к нуждам инвалидов; более того, они должны обратить внимание на проблему равнодушия к нуждам инвалидов вообще (Fawcett et al. 1994).

Третья проблема — необходимость при проектировании больницы свести к минимуму опасность инфекций (см. главу 3). Проектируя систему охлаждения, следует обезопасить больницу от распространения бактерий *Legionella*; следует содействовать повышению уровня гигиены в больничных кухнях. Несмотря на опасности, связанные с ростом больничных инфекций (включая болезни, вызываемые бактериями, резистентными к антибиотикам), многие больницы все еще не располагают достаточным количеством современных умывальников (Fox 1997; Kesevan 1999). Некоторые врачи все еще не моют руки при переходе от одного больного к следующему даже при наличии явной опасности перекрестного заражения (Daniels and Rees 1999). Плохой проект может свести на нет попытку улучшить гигиеническое состояние. Согласно одному из исследований, 60% хирургов должны были мыть руки повторно ввиду нарушения правил стерильности из-за слишком малой площади умывального помещения (Morgan-Jones et al. 1997). Плохой проект повышает опасность травм для больных. И вновь для снижения риска достаточно принять относительно простые меры. Исследование случаев падения среди пожилых больных показывает, что падение на пол, покрытый ковром, приводит к травмам лишь в 17% случаев, тогда как падение на винил — в 46% (Healey 1994).

Наконец, хотя эта глава трактует прежде всего о нуждах больных, не следует забывать и о нуждах персонала. Многие сотрудники живут в домах, прилегающих к больнице, или проводят в больнице долгие часы. При проектировании современного больничного здания их законные ожидания также должны приниматься в расчет.

Ожидается, что со временем принципы строительства больниц окажутся под сильным влиянием четырех тенденций развития медицинской технологии: миниатюризации диагностического оборудования, дистанционного получения изображений для диагностических целей, щадящих хирургических процедур и таких форм терапевтического вмешательства, при которых медикаменты нацеливаются на отдельный орган или клетку (MARU 1996). Внедрение новых методов и оборудования не только облегчает постановку диагноза, повышает его надежность и делает более компактной среду, в которой осуществляется диагностика, но и означает, что больной и врач-специалист могут находиться в разных помещениях. Лицам, ответственным за политику в области здравоохранения, следует задуматься о перспективах адаптации больниц к этим меняющимся обстоятельствам (Francis et al. 1999).

Люди

Больницы — трудоемкие предприятия, результаты работы которых зависят от персонала. Поэтому работа с персоналом является важнейшим аспектом деятельности руководящего состава больниц. Персонал больниц в индустриальных странах высокопрофессионален; многочисленные профессиональные группы, из которых складывается этот персонал, стратифицированы по вертикали (согласно роду занятий) и по горизонтали (иерархически). Чтобы уровень и состав кадров был оптимальным, следует, во-первых, сделать так, чтобы больница была обеспечена необходимой рабочей силой для выполнения всех стоящих перед нею задач, и, во-вторых, подобрать работников с высоким уровнем подготовки и высокой мотивацией.

Сказанное означает, что больничными кадрами следует активно управлять в рамках установленной стратегической схемы. Возможны разные подходы; одни из них ориентированы на планомерную работу по достижению поставленных целей, другие — на радикальную перестройку кадрового обеспечения (см. главу 11). Как показано в главе 14, такая перестройка означает пересмотр всей структуры ответственности; в процессе перестройки определяется, кто, где и как должен выполнять ту или иную работу. Перестройка включает ряд подходов: группировку больных согласно потребностям в лечении, создание многопрофильных рабочих групп, приведение квалификации и функций во взаимное соответствие, сокращение кадров, разработку рабочих протоколов, установление стандартов работы, децентрализацию отдельных услуг (таких, как лабораторное тестирование), перестройку физической среды, тотальное управление качеством, создание стимулов к повышению качества работы (среди таких стимулов — одобрение, поощрение, различные формы материального вознаграждения). Идея перестройки пользуется широкой поддержкой; вместе с тем при тщательном исследовании выясняется, что явные выгоды от перестройки немногочисленны (Walston and Kimberley 1997), а практика перестройки, принятая в США, может оказаться слишком дорогостоящей для Европы (Hurst

1995). Огромная литература по управлению персоналом (Armstrong 1991) и многочисленные быстро меняющиеся моды в области менеджмента в этой главе не рассматриваются. Мы сосредоточимся на двух проблемах, имеющих особое значение с точки зрения управления больницей: на профессиональной структуре занятости и на политике работы с персоналом.

Профессиональная структура занятости

На тех, кто управляет больницей, лежит ответственность по правильному подбору кадров, способных обеспечить эффективное лечение. Разнообразие представленных квалификаций и возможности передавать свои полномочия другим сотрудникам в западноевропейских больницах зависят от того, входят ли те или иные роды деятельности в сферу официально утвержденной ответственности тех или иных профессиональных групп. Представители таких профессиональных групп, как врачи и медсестры, имеют исключительные полномочия на выполнение определенных задач; в некоторых странах эти полномочия защищены законом. История профессиональных групп в индустриальных странах характеризуется конкуренцией за полномочия на определенные типы работ (Abbott 1988). Классический случай — различие между США и Великобританией. В некоторых штатах США монополией на принятие родов владеют врачи, тогда как медсестры могут давать некоторые анестетики; в Великобритании большинство родов принимается акушерками, а анестезия входит в сферу исключительной ответственности врачей. Основная причина этого различия заключается в том, что в США за роды платят гонорар, и присутствие врача-анестезиолога обязало бы врача, принимающего роды, поделиться с ним значительной частью своего вознаграждения.

Взаимозаменяемость персонала — ключевой элемент перестройки, привлекающий к себе повышенное внимание: она важна как с точки зрения повышения качества услуг, так и, в особенности, с точки зрения снижения расходов. Традиционно в больницах действует весьма жесткая система разграничений, определяющая совокупность задач, выполняемых той или иной частью персонала. В некоторых странах приняты меры по облегчению взаимозаменяемости персонала: традиционно сложившиеся профессиональные разграничения вытесняются подходом, основанным на оценке компетентности. При этом подходе вначале определяется задача, а затем ставится вопрос о том, кто способен выполнить ее наиболее экономичным способом (Armstrong 1991). Основное внимание, по существу, уделяется не диплому об образовании, а уровню компетентности; тем самым создается возможность ослабить связь между родом работы и утвержденными профессиональными полномочиями. В связи с проблемой взаимозаменяемости обсуждаются инициативы трех основных типов:

- замена менее дорогостоящего и менее квалифицированного персонала;
- расширение полномочий существующего персонала;
- создание новых профессиональных групп.

Замена

Суть проблемы — замена менее дорогостоящего и менее квалифицированного персонала. Инициативы этого типа характерны преимущественно для «интерфейса» между врачами и средним медицинским персоналом (см. главу 11). В стра-

нах, где средний медицинский персонал характеризуется высоким уровнем профессионализма, квалифицированные медсестры при выполнении некоторых задач нередко достигают более высоких результатов, чем врачи, что неудивительно, так как они проводят больше времени с больными (Shum et al. 2000). Вторая область — замена дипломированных медсестер санитарками или сиделками (см. ниже). Проблемам квалификации среднего медицинского персонала посвящена обширная литература, однако, как показано в главе 11, не существует единого мнения по поводу того, в какой степени экономия средств обусловлена заменой более квалифицированных медсестер менее квалифицированными. Еще одна область — «интерфейс» между врачами и фармацевтами, когда на последних возлагается ответственность за такие задачи, как мониторинг антикоагулянтной терапии.

Замена одних профессионалов другими сопряжена с серьезными техническими трудностями. Задачи, предусматривающие надзор, обычно проще, тогда как перекалывание ответственности более проблематично, поскольку предполагает новую структуру профессиональных полномочий и, следовательно, может вызвать серьезные возражения, особенно в случае перемены ролей, выполняемых заинтересованными профессиональными группами.

Некоторые исследователи считают, что процесс передачи части полномочий менее квалифицированному персоналу в США привел к снижению качества лечения. Так, в 1990-х годах меры по сдерживанию расходов в США привели к тому, что многие дипломированные медсестры были заменены санитарками (Brannon 1996). В главе 14 описываются некоторые возможные негативные последствия; больницы и подразделения, располагающие большим количеством более квалифицированных медсестер, достигают лучших результатов.

Ожидаемый экономический эффект достигается не всегда. Услуги, оказываемые под руководством среднего медицинского персонала, не обязательно дешевле (Venning et al. 2000), поскольку в дальнейшем медсестры требуют более высокого вознаграждения за дополнительную квалификацию и за расширение сферы ответственности (Richardson et al. 1998). Далее, профессиональные группы, берущие на себя выполнение задач, которые прежде были прерогативой врачей, имеют основания ожидать, что в аспекте права на принятие самостоятельных решений они будут более или менее уравнианы с врачами. Таким образом, с точки зрения экономичности и эффективности повышение значимости иных, помимо врачей, профессиональных групп может быть оправдано, однако в долгосрочном плане подобные меры могут не привести к экономии средств.

Расширение

Вторая стратегия — расширение полномочий существующих профессиональных групп. В некоторых странах медсестры наделены весьма значительными полномочиями по предоставлению услуг хроническим больным; они часто ведут лечение и прописывают лекарства пациентам с такими заболеваниями, как астма и гипертония. Размер полномочий медсестер изменился в трех областях, что часто приводит к противоречиям между медсестрами и другими профессиональными группами: полномочия решать технические задачи перешли к медсестрам от врачей, полномочия решать повседневные задачи по уходу за больными постепенно переходят от медсестер к вспомогательному персоналу, а в аспекте полномочий по психосоциальной оценке нужд больных медсестры соперничают с работниками социальных служб (Gardner and McCoppin 1989).

Новые кадры

Третья стратегия — развивать новые специальности. Число профессиональных групп среди работников больниц продолжает расти. Многие процедуры (например, взятие крови) теперь поручают специально обученному персоналу (McKee and Black 1993). По мере усложнения медицинского оборудования появляются новые технические специальности. Таким образом, эта третья стратегия во многом противоречит тенденции, поощряющей многопрофильность специалистов и взаимозаменяемость между профессиональными группами (особенно в неотложной помощи).

Политика работы с персоналом

В крупных организациях практикуются различные формы управления персоналом, направленные на привлечение и удержание квалифицированных работников (табл. 10.1). Результат хорошей работы управленцев — высокий уровень удовлетворенности персонала работой. Чтобы этого добиться, нужно допустить работников к участию в принятии решений, справедливо вознаграждать их за труд, предоставить им равные возможности, обеспечить им возможность развивать свою квалификацию путем пожизненного обучения, гарантировать им безопасность на рабочем месте и создать для них удовлетворительную рабочую среду. Рассмотрим некоторые политические меры, имеющие первоочередное значение для больниц.

Таблица 10.1. Меры по управлению персоналом

<i>Профессиональная структура занятости</i>	<i>Достижение оптимальной численности персонала и оптимального соотношения работников разной квалификации</i>
Профессиональный рост персонала	Профессиональное развитие и повышение квалификации путем пожизненного обучения
Удержание персонала	Меры против текучести персонала
Равенство возможностей	Меры по набору кадров и защите работников; меры по поддержке семей
Здоровое рабочее место	Меры по защите от заболеваний; меры по защите от несчастных случаев на рабочем месте; медицинское обслуживание на рабочем месте
Участие персонала в работе организации	Вовлечение персонала в процессы принятия решений; поощрение персонала к тому, чтобы устанавливать и решать задачи

Источник: Department of Health (1998).

Профессиональный рост персонала

В прошлом базовая профессиональная квалификация считалась достаточной для того, чтобы позволить человеку работать до ухода на пенсию. Поскольку природа здравоохранения быстро меняется, ныне персонал нуждается в пожизненном обучении, без которого невозможно сохранение базового уровня клинической компетентности и обеспечение качественной медицинской помощи. Пожизненное обучение отвечает финансовым интересам больниц, поскольку, как указывалось в главе 7, больные часто жалуются на больничных работодателей из-за низкого качества лечения, а число судебных дел по поводу небрежности врачей растет. Ясно, что больницы обязаны отслеживать качество услуг, предоставляемых теми, кто работает в больничных стенах, и должным образом воздействовать на тех, кто не соответствует требуемым стандартам. Продолжающееся обучение может серьезно способствовать повышению степени удовлетворенности работой и удержанию персонала. Мы обсудим эти вопросы несколько ниже, в разделе «Клиническое руководство».

Удержание персонала

Плохое управление персоналом ухудшает моральное состояние работников и порождает стрессы; число пропусков работы по болезни растет, равно как и текучесть кадров. Для удержания и мотивации персонала большое значение имеют уровни зарплат, условия работы, безопасность на рабочем месте. Даже в странах с низким уровнем жизни размер зарплаты не является единственным мотивирующим фактором: «С точки зрения эффективного государственного управления высокая организационная культура, умелое руководство процессами и наличие хорошо работающих информационных сетей имеют, судя по всему, большее значение, чем правила, инструкции, процедуры и шкалы зарплат» (Grindle and Hildebrand 1995:441). Хотя процитированное исследование относится к государственному управлению вообще, сказанное в полной мере применимо к работе больниц. Люди хотят сознавать, что организация, в которой они работают, выполняет важную и четко определенную миссию, и что они принимают в этом неотъемлемое участие. Важно, чтобы человек любил свою работу, чувствовал, что она чего-то стоит, и ощущал себя частью уважаемой профессиональной группы, имеющей солидный социальный статус. Люди, хорошо выполняющие свое дело, заинтересованы в признании и уважении со стороны коллег и начальства. Даже если финансовые средства крайне ограничены, персонал можно удержать, а качество работы повысить благодаря усилиям по совершенствованию организационной культуры. Например, в подразделениях интенсивного лечения лучшими предсказателями роста результативности служат такие организационные факторы, как культура, ориентированная на больного, сильное профессиональное лидерство, эффективное сотрудничество между работниками и свободный, открытый подход к решению проблем (Zimmerman et al. 1993).

Равенство возможностей

Многие современные больницы определяют себя как работодателей, предоставляющих равные возможности; нанимая работников, руководя их работой и продвигая их по службе, они стремятся избегать любых форм дискриминации. Так, в 1990-х годах британское Министерство здравоохранения, просвещения и социального обеспечения создало женское подразделение, чтобы

предоставить женщинам равные с мужчинами возможности и сделать более привлекательной для женщин работу в секторе, где женский персонал преобладает (Adams 1994). Ввиду нехватки квалифицированных медсестер в странах Европейского союза принимаются серьезные меры по удержанию женщин в секторе здравоохранения (Versieck et al. 1995). Больницы, подобно любым другим работодателям, должны обезопасить своих работников от сексуальной агрессии на рабочем месте (Davidhizar et al. 1998). Проблема дискриминации по возрасту недавно вышла на первый план в США в связи с тем, как осуществляется сокращение штатов при реструктуризации больниц (Fiesta 1997).

Для больничного персонала, большую часть которого составляют женщины, важно, чтобы организация работы была благоприятна для семьи (Forth et al. 1997). Среди возможных мер — неполный рабочий день, гибкий график работы, отпуск в связи с родами, доступ к телефонной связи, отпуск по уходу за детьми. Тридцать две страны ратифицировали конвенцию Международной организации труда о поддержке семейных работников. Европейский союз поощряет страны-участницы к принятию мер, благоприятствующих семьям работников, и заявил о грядущем принятии директивы о согласовании служебных обязанностей с семейными. Подобное согласование будет сопряжено с трудностями. Для существующей организационной культуры в целом характерно неодобрительное отношение к вмешательству семейных обстоятельств в служебные дела (Wolcott and Glezer 1995). Тем не менее опыт показывает, что меры, облегчающие выполнение семейных обязательств, способны принести большую финансовую выгоду, особенно если речь идет об удержании высококвалифицированного персонала в условиях, когда расходы на набор сотрудников и на введение их в курс дела относительно высоки (Galinsky et al. 1991). Организация работы в некоторых странах Восточной Европы прежде учитывала семейные интересы, предоставляя, например, щедрые льготы молодым матерям и даже возможность смотреть за детьми на рабочем месте (уместность этой меры, впрочем, оспаривалась, поскольку считалось, что тем самым матерей лишают возможности оставаться дома). Однако многие из этих льгот и мер были отброшены ради того, чтобы сделать работу предприятий более эффективной. С другой стороны, многие западноевропейские фирмы — особенно фирмы с квалифицированным женским персоналом, в том числе больницы, — стремятся удержать женщин с детьми на работе; одним их стимулом является дефицит квалифицированных медсестер, испытываемый многими странами Европейского союза.

Инструменты

Больницы являются вместилищами медицинской технологии (в данном случае имеются в виду знания, квалификация и оборудование). Технология преобразует структуру и функции больниц (см. гл. 3), играет ключевую роль в улучшении работы больниц, влияет на профессиональную структуру персонала и на структуру расходов.

Объемы наличной медицинской техники в индустриальных странах варьируют в весьма широких пределах (Banta 1995). Образец — число сканеров для магнитно-резонансной томографии: в Японии в 1996 г. оно составляло 18,8 на миллион населения (самый высокий показатель в мире), во Франции 2,5, а в Чехии — 1,1 (OECD 1999). Другая важная статья больничных расходов — ус-

тановка новых информационных систем. Такие системы могут быть приспособлены для решения широкого спектра задач: обмена информацией между работниками внутри больницы, компьютеризированного учета больных, отслеживания состояния больных, классификации клинических тестов, контроля над состоянием запасов, дистанционного оказания практической медицинской помощи (van Bommel and Musen 1997). В настоящее время многие страны вовлекают в процесс технологического планирования национальные и даже транснациональные организации (см. главу 7); принимаемые на этом уровне решения влияют на развитие технологии в отдельных больницах.

В главе 12 анализируется процесс освоения технологии больницей и описывается совокупность факторов, влияющих на принятие решений. Согласно исследованию, осуществленному на материале Великобритании, решения по освоению технологии принимают клиницисты, тогда как руководители больниц включаются в работу только при покупке дорогостоящего оборудования или в случае превышения отраслевого бюджета. Судя по всему, при принятии решений данные о клинической эффективности не играют особенно существенной роли. Вопрос заключается в том, как предоставить больнице информацию, необходимую для инвестирования средств в новую технологию. Корпус данных об эффективности и экономичности медицинской технологии обширен и постоянно растет, однако не все руководители используют эти данные в должной мере.

Поддерживающая культура

Лица, разрабатывающие политику в области здравоохранения, обращают относительно мало внимания на последнюю предпосылку качественного здравоохранения, а именно на культуру больницы. Значимость культурного фактора иллюстрируется многочисленными исследованиями о связи между организационной культурой и качеством лечения. Многие исследования свидетельствуют о том, что поддерживающая культура персонала приносит больным реальную пользу (Shortell et al. 1995). Эти исследования помогают понять, почему одни больницы работают лучше, чем другие (см. главу 14). Здесь мы опишем две международные программы, цель которых — развитие в больницах культурных установок, поддерживающих персонал и больных.

Программа «Больницы, содействующие здоровью» (Health Promoting Hospitals) была разработана ВОЗ на основе принципов Оттавской хартии содействия здоровью (WHO 1986) и Люблянской хартии о реформировании здравоохранения (WHO 1996). На Венском семинаре 1997 г. были утверждены ключевые принципы и основана Международная сеть больниц, содействующих здоровью; в эту сеть вошли больницы, участвующие в программе. Цели программы формулируются следующим образом: поощрить участие больных, персонала и лиц, работающих вне больницы, в работе по совершенствованию взаимного обмена информацией между больницей и другими уровнями системы здравоохранения; способствовать повышению уровня образования; переориентировать больницы в направлении содействия здоровью; стимулировать обучение на основе опыта (WHO 1997).

Инициатива «Больница, помогающая младенцам» (Baby-Friendly Hospital Initiative), разработанная ЮНИСЕФ и ВОЗ, рекомендует больницам поощрять грудное кормление; подобная мера могла бы спасти до полутора миллионов

младенцев в год (UNICEF 1996, 1999). В 1990 г. 31 правительство подписало Декларацию о поощрении, защите и поддержке кормления грудью (так называемую «Декларацию младенцев», Innocenti Declaration), которая предписывает всем странам-участницам к 1995 г. создать национальные комитеты по кормлению грудью, произвести аттестацию больниц на предмет их готовности «помочь младенцам», отрегулировать торговлю заменителями материнского молока и предоставить молодым матерям право на оплачиваемые отпуска по уходу за ребенком и на оплачиваемые перерывы для кормления ребенка грудью в рабочее время (UNICEF 1995). Больница считается «помогающей младенцам», если она отвергает бесплатные или дешевые заменители материнского молока и детские бутылочки или соски и осуществляет десятиступенную систему мер по поддержке грудного кормления (рамка 10.2). С момента принятия инициативы статус «помогающих младенцам» получили примерно 15 000 больниц в 28 странах. Информация для больниц, желающих стать участниками этой сети, доступна по адресу: <http://www.who.dk/WHO-Euro/about/babies.htm>.

В следующем разделе рассматривается вопрос о наиболее эффективных путях интеграции разнообразных ресурсов. Мы сосредоточиваемся на «клиническом руководстве» как на новом и перспективном подходе к управлению здравоохранением. Этот подход возвращает больницу к решению ее исходной задачи — заботе о больных — и заключается в объединении усилий администрации и медицинского персонала с целью оптимизации предоставляемых услуг.

Рамка 10.2. Инициатива «Больница, помогающая младенцам»: 10 шагов к успешному кормлению грудью

Каждое учреждение, предоставляющее услуги по принятию родов и уходу за новорожденными, должно:

- Придерживаться установки на кормление грудью и информировать об этой установке (зафиксированной в виде официального устава) всех работников.
- Прививать всем работникам навыки, необходимые для внедрения этой установки.
- Информировать всех беременных женщин о преимуществах грудного кормления.
- Содействовать тому, чтобы матери начинали грудное кормление в течение получаса после родов.
- Учитывать матерей кормить грудью и поддерживать лактацию даже в случае вынужденной разлуки с младенцами.
- Не давать новорожденным иной пищи и питья, кроме материнского молока (за исключением случаев, когда существуют медицинские показания к нарушению этого принципа).
- Размещать новорожденного и мать в одной палате и позволять им быть вместе 24 часа в сутки.
- Поощрять кормление грудью по требованию.
- Не давать кормящимся грудью младенцам «сосок-пустышек».
- Поощрять создание групп по поддержке грудного кормления и по выписке из больницы или клиники направлять матерей в эти группы. Больница, помогающая младенцам, отвергает бесплатные или дешевые заменители материнского молока, детские бутылочки или соски и соблюдает эти «десять шагов» по поддержке грудного кормления.

Источник: UNICEF (1999:6).

От управления к клиническому руководству

В середине 1980-х годов управление учреждениями государственного сектора претерпело в некоторых странах значительную эволюцию. Из практики частного сектора был заимствован подход, известный под названием «новый менеджизм». Основной упор стал делаться на производство «измеримого продукта», передачу полномочий менеджерам-технократам, достижение специально поставленных целей и подключение организации к решению основных задач государственной политики (Considine 1988). К началу 1990-х годов основной темой обсуждения среди высокопоставленных чиновников государственного сектора в таких странах, как Австралия и Великобритания, стала тема менеджмента (Pusey 1991; Gray and Jenkins 1993). Эта новая культура «менеджизма» стремилась превратить тех, кто тратит деньги, не задумываясь о последствиях, в управленцев-менеджеров, повысить степень подотчетности менеджеров, сгладить чрезмерную иерархичность структур управления, поощрить конкуренцию ради повышения экономичности, связать вложения с результатами, разработать критерии оценки качества и продуктивности работы персонала (Nealy 1998). Больницы стали осваивать новые управленческие методы позднее, чем другие организации государственного сектора; это, несомненно, было обусловлено сложной природой здравоохранения и с относительно большим объемом полномочий врачей.

Одна из целей превращения больниц из бюджетных правительственных учреждений в автономные государственные организации заключалась в том, чтобы дать управленцам возможность управлять. Однако больничные управленцы часто подвержены давлению противоречащих друг другу стимулов, источник которых — во внешней и внутренней среде больницы (глава 9). Так, считается, что больницы, с одной стороны, должны поддерживать бюджетное равновесие, а с другой — инвестировать средства в обучение персонала.

Управление больницей сильно политизировалось, особенно там, где права собственности на больницу были переданы автономному совету, представляющему разные заинтересованные стороны. Кроме того, не всегда ясно, где проходит граница между сферами ответственности управленцев с одной стороны и членов совета — с другой; между тем иные внешние по отношению к больнице заинтересованные стороны — в частности, покупатели услуг (см. главу 7), — ныне имеют реальное право голоса по поводу деятельности, протекающей внутри больницы (Shamian 1998; Ноек 1999). В некоторых странах ответственность за управление больницами перешла от врачей к клиническим группам, а в середине 1980-х годов — к профессиональным менеджерам (Harrison and Pollitt 1994). Однако во многих европейских странах руководителями больниц все еще являются профессиональные врачи, не имеющие серьезной подготовки в области менеджмента (Hansen 2000).

В контексте этих, более сложных, отношений собственности и менеджмента управленческие стратегии в некоторых странах направлены не только на решение конкретных финансовых задач, но и на повышение качества лечения. К числу таких стратегических подходов относятся медицинский и клинический аудит (второй отличается от первого тем, что предполагает участие нескольких профессиональных групп) и более обширные программы, в том числе по непрерывному повышению качества и тотальному управлению качеством (Berwick et al. 1992).

Важнейшими элементами обеспечения качества являются: определение критериев оценки клинической практики; разработка стандартов, которых следует добиваться по каждому из этих критериев; мониторинг деятельности по достижению этих стандартов; совершенствование меняющейся клинической практики; возможный пересмотр первоначально принятых стандартов (Black 1992). В этом циклическом и продолжающемся процессе должен участвовать каждый, кто способен осуществить вклад в лечение, включая самого больного. По данной обширной теме опубликовано множество работ (Morrell and Harvey 1999).

Тотальное управление качеством — подход, принятый после 1945 г. в Японии ради того, чтобы сделать японскую промышленность конкурентоспособной с американской. Ключевые особенности этого подхода показаны в рамке 10.3. С точки зрения больниц он способствует концентрации на нуждах больных и сокращению числа ошибок при лечении (Berwick and Leape 1999). Этот подход носит системный характер, что особенно важно ввиду возрастающей сложности современной медицины.

Рамка 10.3. Ключевые элементы тотального управления качеством

- Сделать интересы покупателя приоритетом для всех.
- Определить качество с точки зрения интересов покупателя.
- Признать существование внутренних покупателей и поставщиков.
- Для объяснения возникающих трудностей или недостатков качества анализировать не столько отдельные случаи, сколько процесс производства в целом.
- Использовать надежные методы измерения, помогающие найти пути к улучшению качества.
- Убрать барьеры между отдельными группами работников и поощрять эффективную коллективную работу.
- Поощрять обучение всех работников.
- Вовлечь всех работников в решение задач по повышению качества.
- Осознать, что повышение качества — это постоянный и продолжающийся процесс.

Источник: Moss and Garside (1995).

Проблемы, возникающие в связи с внедрением программ поддержки качества, часто недооцениваются (Black and Thompson 1993); хотя в последние годы установки по отношению к этим программам заметно изменились, в некоторых странах медики все еще относятся к ним безразлично или с подозрением. Качество лечения определяется наличием благоприятного организационного контекста. Нужно поощрять «культуру качества», воспитывая и ориентируя персонал соответствующим образом; далее, необходимо повышать навыки совместной работы, гарантировать конфиденциальность, обеспечить сбор и анализ данных и оценку процесса в целом (Johnston et al. 2000).

Лечение, сосредоточенное на больном

Рост внимания к поддержке качества сопровождается усилением заботы о больном. Ясно, что любое лечение должно быть сосредоточено на нуждах больного; вместе с тем деятельность очень многих больниц устроена прежде всего с учетом интересов персонала. Так, согласно традиционной модели больницы боль-

ные поступают в распоряжение врачей-специалистов, которые либо занимаются ими сами, либо передают их другим врачам-специалистам. Повседневный уход за больными осуществляют палатные сестры и младший медицинский персонал; движение больного по различным больничным службам часто неэффективно и недостаточно хорошо организовано. Принцип лечения, сосредоточенного на больном, направлен на решение таких проблем с помощью ряда методов (глава 11). Обсудим некоторые из существующих проблем.

Многопрофильное лечение

Традиционный принцип структурной организации больницы по отдельным специальностям быстро устаревает. Со временем пациенты больниц становятся старше, а их состояние чаще отягощено различными нарушениями, в том числе связанными с курением (сердечные заболевания, гипертония, хронические болезни легких). Хирургические операции у таких больных связаны с большим риском послеоперационных расстройств, затрагивающих функционирование сразу нескольких органов; это обстоятельство делает необходимым интенсивный послеоперационный мониторинг состояния больного (Hillman 1999). В ряде случаев для характеристики больного важна прежде всего степень тяжести общего состояния; лечение таких больных предполагает участие группы специалистов разного профиля.

Системы выявления ятрогенных болезней

В большинстве индустриальных стран смерть в больнице, вызванная врачебной ошибкой или больничной инфекцией, рассматривается как нечто весьма серьезное (Vrennan et al. 1991). Для каждого случая предотвратимой смерти существует целый ряд предотвратимых серьезных осложнений. Основываясь на аналогии с принятой системой сообщений о промахах при бомбежках, английская Государственная служба здравоохранения вводит обязательную систему сообщений обо всех ошибках и промахах (Donaldson Report 2000). По предварительным данным, ежегодно выявляется свыше 850 000 случаев нанесения ущерба здоровью пациентов, причем стоимость этого ущерба огромна. Примером упорной неспособности учиться на ошибках может служить тот факт, что с 1985 г. 13 больных умерли или были парализованы из-за неправильного введения лекарства путем спинальной инъекции.

Усиление функции лечения как непрерывного продолжающегося процесса

Если прежде больные, после серии сложных анализов, помещались в стационар надолго, то обычная современная практика предусматривает чередование кратких сроков пребывания в стационаре и амбулаторных визитов (см. главу 2). Чтобы подобная практика была успешной, необходим высокий уровень координации действий разных медицинских служб. Было показано, что принцип координированного лечения способствует улучшению результативности плановых хирургических операций (Caplan et al. 1998). Координированное лечение предполагает всестороннюю оценку состояния больного перед его приемом в стационар, всестороннюю подготовку больного, прием в больницу в день операции и квалифицированный медицинский уход после выписки. Подобные меры приводят к сокращению сроков пребывания в больнице, снижению риска раневых инфекций и повышению степени удовлетворенности больных.

Клиническое руководство

Параллельные тенденции «менеджеризма» и поддержки качества начали сближаться в конце 1990-х годов, не в последнюю очередь ввиду того, что реальное улучшение качества часто требует перевода средств из одной области в другую. Новая тенденция получила название «клинического руководства» (*англ.* 'clinical governance'); основное требование заключается в том, что больница должна интегрировать финансовый контроль, оказание услуг и клиническое качество в рамках единой системы руководства (Sally and Donaldson 1998). Таким образом, клиническое руководство в рамках больницы охватывает широкий спектр родов деятельности, включая совершенствование информационных систем, внедрение программ продолжающегося профессионального развития, разработку систем экспертной оценки. Система клинического руководства вбирает ряд элементов, сложившихся ранее в рамках системы тотального управления качеством.

В Великобритании правительство обязывает все организации здравоохранения принимать меры по повышению качества путем внедрения методов клинического руководства (Secretary of State for Health 1997). В частности, исполнительный директор любого треста Государственной службы здравоохранения несет ответственность за оценку качества оказываемых трестом услуг (NHS Executive 1998). Это представляет серьезную проблему для администраторов больниц, обязанных вводить в действие структуры для отслеживания многочисленных родов деятельности, вовлеченных в процесс клинического руководства (Edwards and Packham 1999). Исполнительные директора больниц должны представлять ежегодные отчеты о поддержке качества, отражающие работу систем клинического руководства в их трестах.

Уроки и следствия

Чтобы организация больничного дела была эффективной, необходимо умело сочетать вложения. При проектировании учреждений нужно учитывать требования безопасности и адаптации к меняющимся потребностям и ожиданиям, окружающая обстановка должна быть благоприятной для больных и для персонала. Квалификация и мотивация работников должна быть достаточно высока; персонал должен принимать участие в программах пожизненного обучения. Поддерживающая среда не только делает больницу более удобным местом для работы, но и повышает результативность лечения. Программа ВОЗ «Больницы, содействующие здоровью» (Health Promoting Hospitals) и другие аналогичные программы свидетельствуют о позитивных следствиях принимаемых мер.

Важно, чтобы вложения сочетались эффективно. Для этого как управленцы (менеджеры), так и медицинский персонал должны работать по-новому. Управленческая деятельность и деятельность по поддержке качества часто имеют сходную направленность, но осуществляются по отдельности. Идея клинического руководства предполагает объединение этих двух родов деятельности. Все работники больницы должны быть активно вовлечены в работу по повышению качества, осуществляемую в рамках более широкой программы оптимизации достижений системы здравоохранения.

Литература

- Abbott, A. (1988) *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Adams, J. (1994) Career development: opportunities 2000, *Nursing Times*, 90(16): 31-2.
- Armstrong, M. (1991) *A Handbook of Personnel Management*. London: Kogan Page.
- Banta, D. (1995) *An Approach to the Social Control of Hospital Technologies*, Current Concerns SHS Paper No. 10. Geneva: World Health Organization.
- Berwick, D.M. and Leape, L.L. (1999) Reducing errors in medicine, *British Medical Journal*, 319:136-7.
- Berwick, D.M., Enthoven, A. and Bunker, J.P. (1992) Quality management in the NHS: the doctor's role, part 1, *British Medical Journal*, 302:235-9.
- Black, N. (1992) The relationship between evaluative research and audit, *Journal of Public Health Medicine*, 14:361-6.
- Black, N. and Thompson, E. (1993) Obstacles to medical audit: British doctors speak, *Social Science and Medicine*, 36:849-56.
- Blank, A.E., Horowitz, S. and Matza, D. (1995) Quality with a human face? The Samuels Planetree model hospital unit, *Joint Commission Journal of Quality Improvement*, 21:289-99.
- Brannon, R.L. (1996) Restructuring hospital nursing: reversing the trend toward a professional work force, *International Journal of Health Services*, 26(4): 643-54.
- Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N. et al. (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard medical practice study, *New England Journal of Medicine*, 324:370-6.
- Brown, A.R., Sutherland, J. and Mulley, G.P. (1997) An uplifting experience? Hospital passenger lifts and their suitability for disabled people, *Disability and Rehabilitation*, 19:117-19.
- Caplan, G., Brown, A., Crowe, P., Yap, S. and Noble, S. (1998) Re-engineering the elective surgical service of a tertiary hospital: a historical controlled trial, *Medical Journal of Australia*, 169(5): 247-51.
- Considine, M. (1988) The corporate management framework as administrative science: a critique, *Australian Journal of Public Administration*, 47(1): 4-18.
- Daniels, I.R. and Rees, B.I. (1999) Handwashing: simple, but effective, *Annals of the Royal College of Surgeons*, 81(2): 117-18.
- Davidhizar, R., Erdel, S. and Dowd, S. (1998) Sexual harassment: where to draw the line, *Nurse Management*, 29(2): 40-4.
- Department of Health (1996) *The Children's Charter*. London: Department of Health.
- Department of Health (1998) *Working Together: Securing a Quality Workforce for the NHS*. London: Department of Health.
- Dilani, A. (2000) Healthcare buildings as supportive environments, *World Hospitals and Health Services*, 36(1): 20-6.
- Donaldson Report (2000) *An Organisation with a Memory*. London: Department of Health.
- Edwards, J. and Packham, R. (1999) A model for the practical implementation of clinical governance, *Journal of Clinical Excellence*, 1:13-18.
- Fawcett, S.B., White, G.W., Balcazar, F.E. et al. (1994) A contextual-behavioral model of empowerment: case studies involving people with physical disabilities, *American Journal of Community Psychology*, 22(4): 471-96.
- Fiesta, J. (1997) Labor law update: part 4, *Nurse Management*, 28(9): 12-13.

- Forth, J., Lissenburgh, S., Callender, C. and Millward, N. (1997) *Family-friendly Working Arrangements in Britain, 1996*. London: Department for Education and Employment.
- Fox, N.J. (1997) Space, sterility and surgery: circuits of hygiene in the operating theatre, *Social Science and Medicine*, 45(5): 649-57.
- Francis, S., Glanville, R., Noble, A. and Scher, P. (1999) *50 Years of Ideas in Health Care Buildings*. London: The Nuffield Trust.
- Galinsky, E., Friedman, D. and Hernandez, C. (1991) *The Corporate Guide to Work-Family Programs*. New York: The Families and Work Institute.
- Gardner, H. and McCoppin, B. (1989) Emerging militancy? The politicisation of Australian allied health professionals, in H. Gardner (ed) *The Politics of Health: The Australian Experience*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Glanville, R. (1996) Northern exposure, *Hospital Development*, 27(10): 17-18.
- Gray, A. and Jenkins, B. (1993) Markets, managers and the public service: the changing of a culture, in P. Taylor-Gooby and R. Lawson (eds) *Markets and Managers*. Buckingham: Open University Press.
- Grindle, M. and Hildebrand, M. (1995) Building sustainable capacity in the public sector: what can be done?, *Public Administration and Development*, 15:441-63.
- Hansen, A. (2000) Organisation and management structures of hospitals and hospital departments, *Hospital*, 2(1): 18-20.
- Harrison, S. and Pollitt, C. (1994) *Controlling Health Professionals: The Future of Work and Organization in the NHS*. Buckingham: Open University Press.
- Healey, F. (1994) Does flooring type affect risk of injury in older in-patients?, *Nursing Times*, 27(6-12 July): 40-1.
- Healy, J. (1998) *Welfare Options: Delivering Social Services*. Sydney: Allen & Unwin.
- Hillman, K. (1999) The changing role for acute care hospitals, *Medical Journal of Australia*, 170(7): 325-9.
- Hoek, H. (1999) The art of governance of Dutch hospitals, *World Hospitals and Health Services*, 35(3): 5-7.
- Hurst, K. (1995) *Progress with Patient Focused Care in the United Kingdom*. Leeds: NHS Executive.
- James, P. and Noakes, T. (1994) *Hospital Architecture*. Essex: Longman.
- James, W.P. and Tatton-Brown, W. (1986) *Hospitals: Design and Development*. London: Architectural Press.
- Johnston, G., Crombie, L.K., Davies, H.T.O., Alder, E.M. and Millard, A. (2000) Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit, *Quality in Health Care*, 9:23-36.
- Jones, K.E. and Tamari, I.E. (1997) Making our offices universally accessible: guidelines for physicians, *Canadian Medicine Association Journal*, 156:647-56.
- Kesevan, S. (1999) Handwashing facilities are inadequate, *British Medical Journal*, 319:518-19.
- Larkin, P. (1972) The building, in P. Larkin (ed.) *High Windows*. London: Faber & Faber.
- Lawson, B. and Phiri, M. (2000) Room for improvement, *Health Service Journal*, 110 (20 January): 24-6.
- Martin, D.P., Diehr, P., Conrad, D.A. et al. (1998) Randomized trial of a patient-centred hospital unit, *Patient, Education and Counselling*, 34(2): 125-33.
- Martinez, E. (1986) Modular buildings cut costs of adding office space, *Hospitals*, 58(8): 74, 76.
- MARU (1996) *Scanning the Spectrum of Healthcare from Hospital to Home in the UK*, in MARU viewpoints seminar programme 1996. London, Medical Architecture Research Unit.

- McKee, M. and Black, N. (1993) Junior doctors' work at night: what is done and how much is appropriate, *Journal of Public Health Medicine*, 15:16-24.
- Moore, G. (1997) Improving health access: it's about attitude, *Nursing in British Columbia*, 29(3): 27-30.
- Morgan-Jones, R.L., Buckley, S. and Carmichael, I. (1997) An audit of theatre scrub-rooms in a district general hospital, *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 79(4): 296-8.
- Morrell, C. and Harvey, G. (1999) *The Clinical Audit Handbook: Improving the Quality of Healthcare*. London: Balliere Tindall.
- Moss, F. and Garside, P. (1995) Management for doctors: the importance of quality: sharing responsibility for patient care, *British Medical Journal*, 310:996-9.
- NHS Executive (1998) *A First Class Service: Quality in the New NHS*. London: The Stationery Office.
- Nightingale, F. (1860/1969) *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. New York: Dover.
- OECD (1999) *OECD Health Data 99: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Pevsner, N. (1976) *A History of Building Types*. London: Thames & Hudson.
- Pierce, L.L. (1998) Barriers to access: frustrations of people who use a wheelchair for full-time mobility, *Rehabilitation and Nursing*, 23(3): 120-5.
- Pletinckx, M. (2000) The special nature of children's hospitalisation, *Hospital*, 2(2): 42-3.
- Pusey, M. (1991) *Economic Rationalism in Canberra: A Nation Building State Changes its Mind*. Sydney: Cambridge University Press.
- Richardson, G., Maynard, A., Cullum, N. and Kindig, D. (1998) Skill mix changes: substitution or service development?, *Health Policy*, 45:119-32.
- Scally, G. and Donaldson, L.J. (1998) Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England, *British Medical Journal*, 317:61-5.
- Scher, P. (1996) *Patient-focused Architecture for Health Care*. Manchester: Manchester Metropolitan University.
- Schuschke, G. and Christiansen, H. (1994) Patientenbezogene Farbpräferenz und Farbgestaltung im Krankenhaus, *Zentralblatt für Hygiene und Umweltmedizin*, 195(5-6): 419-31.
- Scull, A.T. (1979) *Museums of Madness: The Social Organization of Insanity in Nineteenth-Century England*. London: Allen Lane.
- Secretary of State for Health (1997) *The New NHS: Modern, Dependable*. London: The Stationery Office.
- Shamian, J. (1998) Quality management: the role of hospital boards, *World Hospitals and Health Services*, 34(2): 4-10.
- Shortell, S.M., O'Brien, J.L., Carman, J.M. et al. (1995) Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation, *Health Services Research*, 30:377-401.
- Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D. et al. (2000) Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial, *British Medical Journal*, 320:1038-43.
- Thomas, C. and Curtis, P. (1997) Having a baby: some disabled women's reproductive experiences, *Midwifery*, 13:202-9.
- Ulrich, R.S. (1984) View through a window may influence recovery from surgery, *Science*, 224(4647): 420-1.
- UNICEF (1995) *The Progress of Nations 1995*. New York: UNICEF.

- UNICEF (1996) *Promise and Progress: Achieving Goals for Children*. New York: UNICEF.
- UNICEF (1999) *Breastfeeding: Foundation for a Healthy Future*. New York: UNICEF.
- van Bommel, J. and Musen, M.A. (1997) *Handbook of Medical Informatics*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Venning, P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C. and Leese, B. (2000) Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care, *British Medical Journal*, 320:1048-53.
- Versieck, K., Bouten, R. and Pacolet, J. (1995) Manpower Problems in the Nursing/Midwifery Profession in the EC. Leuven: Hoger Instituut voor de Arbeid KU.
- Walston, S. and Kimberley, J. (1997) Re-engineering hospitals: experience and analysis from the field, *Hospital and Health Service Administration*, 42:143-63.
- WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17-21 November 1986. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (1996) *European Health Care Reforms: The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 19 June 1996*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (1997) *The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wolcott, I. and Glezer, H. (1995) *Work and Family Life: Achieving Integration*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Zimmerman, J.E., Shortell, S.M., Rousseau, D.M. et al. (1993) Improving intensive care: observations based on organizational case studies in nine intensive care units: a prospective, multicenter study, *Critical Care Medicine*, 21:1443-51.

глава ОДИННАДЦАТАЯ

Меняющийся персонал европейских больниц

Джеймс Бьюкен и Фиона О'Мэй

Введение

Здравоохранение — крупный источник рабочих мест; больница же представляет собой самое наглядное средоточие рабочих мест в здравоохранении. Эта глава посвящена анализу тенденций, определяющих структуру занятости в современных европейских больницах.

В секторе здравоохранения и социальной опеки стран Европейского союза занят в среднем каждый десятый наемный работник (Eurostat 1999); сотрудники больниц составляют 2,9—5,5% работающего населения стран Европейского союза (Verschuren et al. 1995). Несмотря на определенный сдвиг в распределении средств в пользу служб первичной помощи, больница остается важным источником рабочих мест. В 1997 г. в больницах работало свыше половины среднего медицинского персонала большинства европейских стран (WHO 2001).

Здравоохранение характеризуется также трудоемкостью. Даже в относительно капиталоемком больничном секторе расходы на зарплату составляют от 2/3 до 3/4 текущих расходов больниц. Больница — это организация, чувствительная к переменам на внешнем рынке труда, в том числе к таким, как дефицит работников определенной квалификации и усиление регулирующих мер. В ответ на внешнее давление больница стремится преобразовать собственный внутренний рынок труда, меняя структуру персонала и методы использования рабочей силы.

К числу главных внешних факторов, оказывающих давление на деятельность европейских больниц, относятся сдерживание расходов и повышение качества. Источниками давления служат реформы в секторе здравоохранения, переход к рыночной экономике в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР (Jackman and Rutkowski 1994) и финансовые ограничения в го-

сударственных системах здравоохранения (Mossialos and Le Grand 1999). Чтобы сохранить рост результативности в процессе децентрализации, вводятся новые механизмы управления деятельностью больниц (International Labour Organization and Sectoral Activities Programme 1998).

Третий фактор — дефицит работников определенных специальностей и квалификаций и перемены на внешнем рынке труда. Отмеченный дефицит стимулирует некоторые больницы к трудоустройству работников из других стран. Европеизация или глобализация рынка труда в области здравоохранения изучена недостаточно, однако есть основания предполагать, что движение медиков через границы будет активизироваться. Другим фактором во многих индустриальных странах служит старение рабочей силы, серьезно влияющее на состав трудовых ресурсов, пенсии и взаимозаменяемость персонала (OECD 1998). Эти факторы прямо и косвенно влияют на управление больницами и их персоналом (см. табл. 11.1).

Таблица 11.1. Меняющийся состав персонала европейских больниц

<i>Стимулы к переменам</i>	<i>Реакции, затрагивающие структуру управления</i>
Сдерживание расходов	Децентрализация и гибкость в использовании рабочей силы
Повышение качества	Состав персонала и взаимозаменяемость
Дефицит определенных специальностей и квалификаций	Структурная перестройка больниц

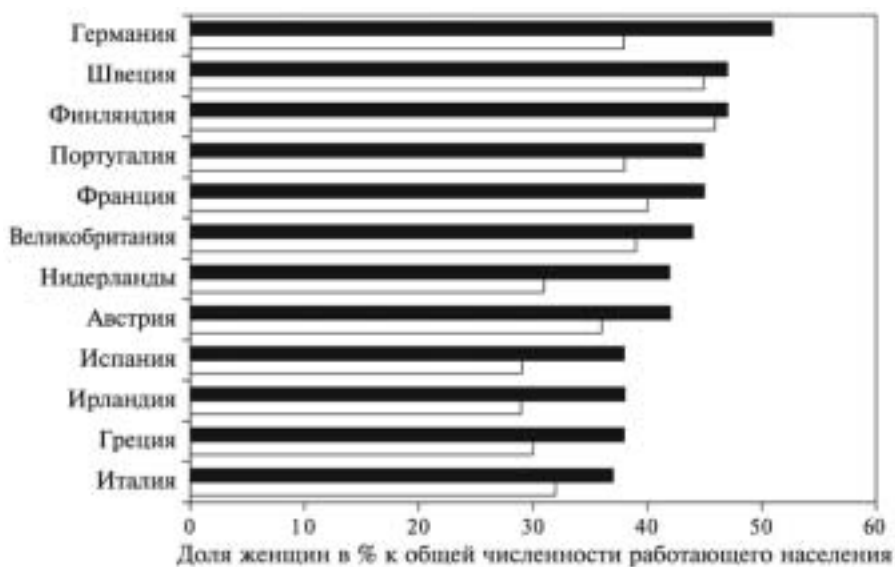
Три основных аспекта перемен в структуре больничного персонала — гибкость отношений занятости, состав и взаимозаменяемость рабочей силы и структурная перестройка больниц — тесно связаны между собой; они анализируются в нижеследующих разделах.

Децентрализация и гибкость отношений занятости

Считается, что передача управленческих полномочий внутри больницы повышает степени гибкости при определении приоритетов и достижении стратегических целей. Децентрализация и гибкость при использовании наличного персонала также упоминаются как важные элементы реформы здравоохранения. Это свидетельствует о значимости управленческого фактора в вопросах контроля над расходами на зарплату и повышения результативности и качества (Schut 1995; Hunter 1996; International Labour Organization and Sectoral Activities Programme 1998).

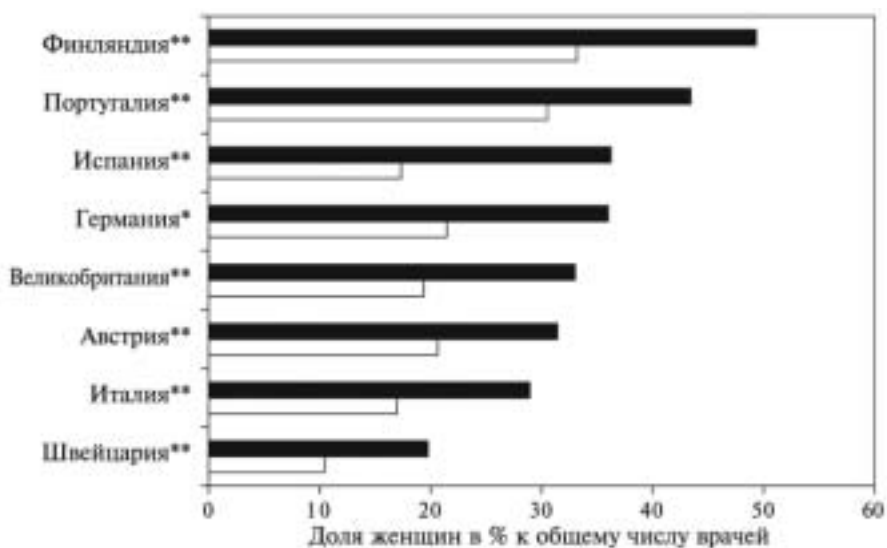
Гибкость отношений занятости также рассматриваются как один из ключевых элементов более эффективной стратегии набора и удержания рабочей силы. Значимость этого элемента возрастает в связи с ростом доли женщин в составе рабочей силы большинства стран (рис. 11.1). Принимаются меры по обеспечению равновесия между служебными и семейными обязанностями (Versieck et al. 1995). Серьезная проблема для большинства европейских стран — рост

Рисунок 11.1. Доля женщин в составе рабочей силы 12 западноевропейских стран: 1980 г. (□), 1997 г. (■).



Источник: OECD (2000).

Рисунок 11.2. Доля женщин среди практикующих врачей в восьми странах Западной Европы: 1980 г. (□), 1997 г.* или 1998 г.** (■).



Источник: OECD (2000).

процента женщин среди медицинского персонала (рис. 11.2). Культура и практика медицины — профессии, в которой традиционно доминировали мужчины, — ныне должны адаптироваться к ситуации, когда число женщин-врачей непрерывно увеличивается.

Врачи и средний медицинский персонал составляют основную часть рабочей силы в здравоохранении и принимают наиболее активное участие в круглосуточном предоставлении медицинских услуг больным. Некоторые исследователи в области медицинского менеджмента полагают, что гибкость при использовании врачей и среднего медицинского персонала является ключевым условием сдерживания расходов (Buchan 1998; International Labour Organization and Sectoral Activities Programme 1998). Гибкость отношений занятости проявляется в разнообразных аспектах (Armstrong 1992):

- в аспекте контрактации (например, краткосрочные контракты);
- гибкость в аспекте времени (например, скользящий график работы);
- гибкость в аспекте должностных отношений;
- гибкость в аспекте квалификации (например, владение несколькими квалификациями);
- гибкость в организационном аспекте (например, заключение контрактов на сторону);
- гибкость в аспекте оплаты труда (например, введение оплаты на основе результатов работы) (Maisonneuve and Menard 1997; Adinolfi 1998).

Для больниц особое значение имеют два аспекта: численная гибкость и функциональная гибкость. Под численной гибкостью имеется в виду возможность управленцев корректировать численность работников в соответствии с колебаниями спроса, тогда как под функциональной гибкостью — легкость, с которой выполняемые работниками задачи поддаются корректировке в соответствии с переменами, затрагивающими природу этого спроса (Atkinson and Meager 1986).

Согласно модели «гибкой фирмы» (иначе говоря, фирмы с гибкой организационной структурой), основная группа постоянных наемных работников находится в отношениях взаимозаменяемости с одной группой или несколькими группами периферийных работников, которые не обязательно работают по найму в данной фирме. «Гибкая фирма» использует эти периферийные группы по необходимости, чтобы приспособиться к колебаниям спроса и достичь численной гибкости. Периферийный персонал может наниматься на временной основе или по краткосрочным контрактам; он может поставляться также внешним агентством.

Модель «гибкой фирмы», предполагающая разграничение между основными и периферийными работниками, повлияла на оценку степени гибкости в структуре отношений занятости на этапе реструктуризации рынка труда и реформы здравоохранения. Эта модель тесно связана с новым управленческим подходом к реформированию государственного сектора (так называемым «новым менеджериализмом»; см. выше) (Hunter 1996; International Labour Organization and Sectoral Activities Programme 1998). Существуют разные мнения по поводу того, может ли «гибкая фирма» служить удачной объяснительной моделью или схемой будущих реформ (Pollert 1987) и насколько она соответствует реальной картине занятости, которая чаще всего фрагментарна, реактивна и недостаточно хорошо согласованна.

Еще один активно дебатруемый круг проблем — отношения между нанимателями и наемными работниками. Не приведет ли гибкость к переводу от-

ношений занятости на временную основу и к снижению значимости профсоюзов? Можно ли считать, что гибкость выгодна как нанимателям, так и работникам, или она является мерой, навязываемой руководством как средство урезать расходы и снизить гарантии занятости?

Гибкость отношений занятости на рынке труда многих европейских стран существенно ограничивается также официальными документами: директивой Европейского союза о рабочем времени (Council of the European Union 1993), директивами о работе медицинского персонала и жесткими системами оплаты труда в некоторых странах (Fattore 1999). Еще одно ограничение обусловлено неспособностью действующих систем управления (менеджмента) обеспечить рост гибкости. Несмотря на отдельные попытки внедрить новый стиль менеджмента (часто на основе принципов «нового менеджизма») и привить государственному сектору методы ведения дел, характерные для частного сектора (см. табл. 11.2), многие государственные системы здравоохранения остаются относительно централизованными и не допускают гибкости на уровне трудовых отношений внутри больницы.

Таблица 11.2. Тенденции в управлении персоналом больниц

<i>От:</i>	<i>К:</i>
ориентации на благополучие персонала общей практики обучения коллективных отношений с персоналом переговоров	ориентации на бизнес специализированным функциям оценке и совершенствованию индивидуализированным отношениям консультациям и общению

Источник: Buchan and Secombe (1994).

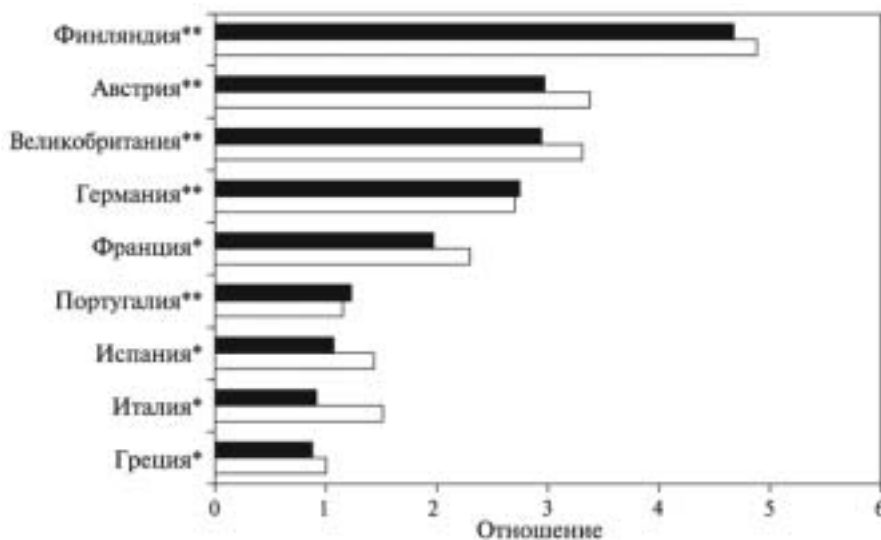
Состав и взаимозаменяемость персонала

Определение оптимального состава персонала — важнейшая из задач, стоящих перед руководством больницы. Здравоохранение трудоемко; в большинстве больниц расходы на зарплату составляют от 2/3 до 3/4 всех текущих расходов.

Многие больницы в Европе и за ее пределами подвергаются внимательному обследованию на предмет сдерживания расходов и улучшения качества, иногда под прямым или косвенным влиянием реформы здравоохранения. В подобных обстоятельствах уровень и состав персонала, оказывающего медицинские услуги, оказывается центральным элементом расходов на лечение и основным определяющим фактором качества лечения.

Страны и системы здравоохранения различаются по составу и уровню кадрового обеспечения. Так, соотношение между врачами и средним медицинским персоналом варьирует в широких пределах; судя по имеющимся данным, это соотношение за последние 15 лет почти не изменилось (рис. 11.3). Характер использования больничного персонала в разных странах, возможно, претерпевает сходные изменения, однако общей отправной точки для всех стран не существует; это обстоятельство ограничивает возможности освоения чужого опыта и лишний раз указывает на необходимость в более подробных сопоставлениях.

Рисунок 11.3. Отношение числа дипломированных или квалифицированных медсестер к общему числу практикующих врачей в девяти странах Западной Европы: 1980 г. (□), 1997 г.* или 1998 г.** (■). Данные по 1980 г. для Германии относятся к ФРГ.



Источник: OECD (2000).

Стратегия кадрового обеспечения важна для больниц по нескольким соображениям.

- как ориентир для руководства при дефиците работников той или иной специальности или квалификации (Versieck et al. 1995; Buchan et al. 2000);
- как ориентир в вопросах совершенствования политики по зарплате (ради снижения расходов на единицу продукции или повышения производительности);
- как ориентир, позволяющий поддержать рост качественных показателей при снижении расходов на единицу продукции;
- как организационный ответ на технические новации;
- как организационный ответ на принятие правил или законов, регулирующих профессиональную деятельность медиков (Healy and McKee 1997; Irvine 1999).

Изменение состава персонала в больнице — не единственное возможное решение перечисленных проблем. Руководство больницы может рассмотреть и другие возможности, в том числе оптимизацию использования больничных коек, капитального оборудования и других ресурсов, оптимизацию персонального состава с учетом ежедневных колебаний объема работы (см. раздел о гибкости) и пересмотр распределения ресурсов, например, между третичной, вторичной и первичной помощью.

Эмпирические исследования о составе больничного персонала сосредоточены преимущественно на двух проблемах: соотношении квалифицированных и неквалифицированных работников внутри среднего медицинского персонала и взаимозаменяемости врачей и среднего медицинского персонала.

Структура среднего медицинского персонала

В предоставлении медицинской помощи участвует как квалифицированный, так и неквалифицированный персонал. Меры по сдерживанию расходов привели к тому, что во многих странах более дорогостоящие медсестры были заменены менее дорогостоящими санитарками или сиделками (Schut 1995; Versieck et al. 1995; Buchan et al. 1997). Опубликованных исследований о том, как эта тенденция повлияла на уровень расходов и качества, мало, и их выводы часто не согласуются друг с другом. Авторы большинства исследований ограничиваются анализом на материале одной больницы.

На основании некоторых других работ (Gardner 1991; Krapohl and Larson 1996; Buchan et al. 2000) удалось разработать типологию подходов к сочетанию квалифицированной и неквалифицированной рабочей силы внутри среднего медицинского персонала (см. рамку 11.1). В типологии представлены различные альтернативы, доступные больничному руководству, обдумываемому вопросу о переменах в составе персонала. Основной вопрос заключается в том, может ли санитарка или сиделка заменить квалифицированную медсестру.

Было показано, что, если не считать исследований, выполненных в США, расходы и выгоды, связанные с этими различными подходами к составу среднего медицинского персонала, практически не подвергались анализу (Buchan et al. 2000). Даже в США результаты исследований трактуются неоднозначно. Некоторые авторы отмечают преимущественно положительные результаты замены персонала и указывают конкретные цифры экономии расходов (Hesterly and Robinson 1990; Bostrom and Zimmerman 1993). Другие авторы указывают на наличие трудностей, связанных со снижением качества лечения и ростом числа случаев неявки на работу или ростом текучести кадров (Powers et al. 1990; Garfink et al. 1991). Исследование, проведенное в Великобритании (Carr-Hill et al. 1995), приходит к выводу, что инвестирование в дополнительное обучение и использование более «богатого» по составу (и дорогостоящего) среднего медицинского персонала может привести к повышению качества лечения.

Рамка 11.1. Подходы к структуре и взаимозаменяемости среднего медицинского персонала

Традиционный. Санитарки и сиделки, по большей части обученные делать определенную работу, выполняющие простые медсестринские обязанности в помощь дипломированным медсестрам.

Неклинический вспомогательный персонал. Роль сиделки или хозяйки, преимущественно в неклинической сфере или в домашнем хозяйстве (или в качестве многопрофильного вспомогательного персонала).

Техник или лаборант. Роль ассистента-техника при выполнении сложных технологических процессов; помощница медсестры.

Партнер при первичном уходе. Помощница медсестры в паре с медсестрой для первичного ухода за больным.

Квалифицированный или получивший профессионально техническое образование опекун.

Дополнение к санитарке в традиционном смысле. Обучение в течение нескольких недель и месяцев (в некоторых странах это дает право на получение профессиональной квалификации). Опекун ухаживает за больным под руководством квалифицированной медсестры.

Источник: Buchan et al. (2000).

США отличаются от Европы по структуре и составу персонала и по ряду особенностей организационной культуры; кроме того, в США значительно меньшую роль играют профсоюзы. Следовательно, уроки США лишь в очень ограниченной степени применимы для Европы. Это не значит, что структура среднего медицинского персонала не нуждается в совершенствовании; просто нужно внимательнее исследовать европейскую ситуацию, чтобы иметь материал для принятия компетентных решений.

Взаимозаменяемость врачей и среднего медицинского персонала

Вторая проблема — возможности расширения роли медсестер и акушерок путем подготовки клинических медсестер-специалистов, практикующих медсестер, клинических медсестер-акушерок и медсестер-анестезиологов. Несколько исследований и мета-анализов было посвящено исследованию того, насколько медсестры и акушерки способны заменять врачей при предоставлении медицинской помощи. Это единственная область оценки состава персонала, в которой для измерения качества и результативности был использован метод рандомизированных контролируемых проб; основные мета-анализы проводились в Северной Америке (например, Brown and Grimes 1995).

Согласно некоторым данным (преимущественно на материале США), роль медсестер и акушерок может быть расширена при сохранении или сокращении уровня расходов и сохранении или повышении результативности лечения. Утверждается, что 25—70% работы врачей, в зависимости от конкретной задачи, вполне под силу медсестрам или другим профессионалам (Richardson *et al.* 1998).

При сравнительной оценке расходов опора на зарплату как индикатор расходов делает оценку весьма чувствительной к разнице в оплате труда между различными группами персонала. Различия могут варьировать в зависимости от конкретной больницы, системы здравоохранения или страны; они нередко меняются со временем. Если соотношение в размере зарплат между врачом и медсестрой составляет 5:1, замена приведет к значительно большей экономии средств, чем в том случае, когда это соотношение равно 2:1.

Возможности для взаимозаменяемости персонала или для развития альтернативных моделей предоставления медицинских услуг в рамках конкретной больничной системы зависят также от ограничений, налагаемых законодательством, нормами профессионального регулирования и ассоциированными организационными факторами.

Реорганизация и перестройка больниц

На состав и структуру рабочей силы заметное воздействие оказывает слияние больниц. Результаты слияния не всегда положительны (Alexander *et al.* 1996). Одна из часто недооцениваемых проблем — промежуточные расходы на консолидацию и сплочение различных групп наемных работников, часто имеющих различный опыт и разную организационную культуру. Продолжаются дискуссии по поводу воздействия реструктуризации и слияния на уровень удовлетворенности работой и на преданность медицинского персонала своему делу (Swedish Association of Health Officers 1994; McKee *et al.* 1998; Nolan *et al.* 1999).

Термин «структурная перестройка больниц» (англ. 'hospital re-engineering') был выдвинут в 1980-х годах в период реструктуризации системы медицинских услуг в США (см. также гл. 14). Идея больницы, сосредоточенной на больных, представляет собой попытку реструктурировать или перестроить процесс оказания медицинской помощи. Было указано, что применение этих принципов улучшает качество работы, повышает степень удовлетворенности больных и персонала, способствует экономичности (Booz-Allen and Hamilton 1988; Andersen Consulting 1992). Вместе с тем другие комментаторы (Walston and Kimberley 1997) выражают сомнение в полной истинности этих утверждений. Результаты структурной перестройки больниц изучены на материале многих европейских стран, включая Англию (Hurst 1995), Нидерланды (Bainton 1995), Испанию (Coulson-Thomas 1996) и Швецию (Brodersen and Thorwid 1997).

В 1980-х годах конкуренция между больницами в США усиливалась на фоне необходимости сдерживать расходы и соблюдать более строгие режимы финансирования. Некоторые больницы нанимали консультантов по менеджменту, имевших опыт структурной перестройки в области обрабатывающей и электронной промышленности (Hammer and Champy 1993), и поручали им произвести перестройку больницы как организации. По мнению этих консультантов, к числу факторов, снижавших организационную эффективность обычной больницы, относились:

- действия в стандартных процедурах — таких, как лабораторные тесты и рентгеноскопия;
- значительное количество времени, которое персонал, ответственный за оказание непосредственной помощи, тратит на решение других задач;
- чрезмерная централизация капиталоемких ресурсов в трудоемкой организации;
- чрезмерная специализация персонала и неэффективность использования персонала, обусловленная узостью функциональных областей и профессиональным размежеванием;
- частые задержки и отмены клинических процедур ввиду плохого сообщения между различными больничными подразделениями и службами;
- чрезмерно высокая значимость иерархических отношений, чрезмерная централизация полномочий по принятию решений и удаленность руководства от того места, где оказывается непосредственная медицинская помощь.

Рамка 11.2. Основные элементы структурной перестройки больниц («сосредоточенной на больном» медицинской помощи)

Клинические протоколы (траектории лечения, предполагаемые пути восстановления здоровья)

Интегрированные досье на больных и индивидуальные планы лечения

Группировка больных

Многопрофильные группы медиков

Обучение нескольким специальностям

Децентрализованные и локализованные вспомогательные службы

Благодаря работе консультантов по менеджменту удалось выявить недостатки и ненужные осложнения в организации больниц. Термин «сосредоточенность на больном» отразил центральный принцип предлагаемых преобразований: структура медицинской помощи и процесс ее предоставления должны формироваться исходя из потребностей больного (см. рамку 11.2). Основные следствия этого для управления персоналом больницы обсуждаются ниже.

Принципы медицинской помощи, «сосредоточенной на больном», и структурной перестройки

Клинические протоколы

Клинические протоколы для лечения определенных болезней, именуемые также траекториями лечения (*англ.* care pathways) или предполагаемыми путями восстановления здоровья (anticipated recovery paths), разрабатываются многопрофильными группами, которые определяют, что, когда и как должно быть сделано для получения оптимального результата. Задача заключается в разработке протоколов, поддерживающих использование индивидуальных планов для каждого больного и согласованную коллективную работу многопрофильной группы.

Интегрированные досье на больных

Задача заключается в том, чтобы разработать единое интегрированное досье на каждого больного; такое досье должно заменить множество различных документов, которые заводятся на одного и того же больного в разных отделениях, занимающихся его лечением. Тем самым сокращается время, затрачиваемое персоналом на перекрестные ссылки и дублирование одной и той же информации. Использование единого досье, связанного с протоколами лечения, позволяет также фиксировать любые неожиданные (не предполагавшиеся) реакции на клиническое вмешательство.

Группировка больных

Больные группируются в соответствии с требованиями к их лечению; те больные, которые согласно протоколу нуждаются в сходных услугах, объединяются в группу. Группы больных могут отличаться от традиционных (основанных на делении по специализациям) категорий больных: цель группировки заключается в достижении большей однородности с точки зрения требований к услугам, в оптимизации использования квалификации персонала и в повышении операционной эффективности. Число больных в группе может быть больше, чем в традиционном больничном отделении.

Многопрофильные группы медиков

«Сосредоточенная на больном» медицинская помощь предполагает размывание традиционных границ между врачебными специальностями. Решение таких задач, как разработка интегрированных клинических досье на больных, снижение числа контактов больного с персоналом и сокращение непродуктивно затрачиваемого времени, требует сотрудничества представителей разных специальностей.

Обучение нескольким специальностям

Всемерное повышение самостоятельности и эффективности лечебных групп предполагает пересмотр ролей, которые должны играть отдельные члены группы. Развитие медицины, «сосредоточенной на больном», требует значительных инвестиций в перекрестное обучение и обучение нескольким специальностям. Результаты некоторых исследований свидетельствуют о том, что этот подход предоставляет больше возможностей для повышения экономичности.

Децентрализация

Многие из тех услуг, которые в традиционных больницах оказываются централизованно, при новом подходе легко поддаются децентрализации. Среди них — рентгенодиагностика, снабжение лекарствами, лабораторные тесты, канцелярская и административная поддержка.

Организация и реорганизация физической среды

Внедрение методов лечения, «сосредоточенных на больном», может потребовать реорганизации физической среды больницы с целью облегчения группировки больных и децентрализации услуг. Принципы лечения, «сосредоточенного на больном», могут также обусловить принципы строительства новой больницы еще на этапе ее проектирования. Больница, построенная согласно этим принципам, будет более компактной и, следовательно, потребует меньше капитальных затрат по сравнению с больницей традиционного типа.

Исследования, дающие объективную оценку структурной перестройке больницы

Считается, что структурная перестройка больницы приведет к улучшению качества и результативности, совершенствованию управления, повышению степени удовлетворенности больных и персонала. Независимые исследования, способные подтвердить или опровергнуть эти прогнозы, все еще немногочисленны, особенно в Европе.

Примечательны две публикации, в которых оцениваются ранние опыты по внедрению в Великобритании лечения, «сосредоточенного на больном». Авторы одной из публикаций (NHS Estates 1993) выражают сомнение в том, что в Великобритании масштаб позитивных перемен может быть таким же, как и в США, ибо уровень кадрового обеспечения и кадровый состав в этих странах заметно различаются, а предположения относительно преимуществ децентрализации могут оказаться неосуществимыми. Вторая публикация (Hurst 1995) в целом поддерживает дальнейшую разработку системы, «сосредоточенной на больных», однако приходит к выводу, что существующих данных недостаточно для оценки экономического эффекта принимаемых мер. С середины 1990-х годов темпы перестройки больниц в Великобритании не выросли (если не считать новых больниц). Причина заключается в изменении политических приоритетов и в дороговизне мер по структурной перестройке.

В связи с новыми больницами результаты также не поддаются однозначной интерпретации, отчасти из-за отсутствия стандартной модели больницы, на которой могли бы основываться оценки расходов, отчасти же из-за различий в результатах, зависящих от распределения прямых затрат (Rawlinson et al.

1993). Так или иначе, в сообщениях о новых больницах, «сосредоточенных на больных», содержатся указания на положительные стороны проектов, создающих среду, благоприятную для больных и персонала (Glanville 1998). Различные элементы структурной перестройки больниц не складываются в подробную схему, на основе которой можно было бы планировать перемены. Во многих реорганизованных больницах, как американских, так и европейских, приняты только отдельные элементы нового подхода (например, клинические протоколы).

Практика руководства в больницах США и Европы различается по меньшей мере в трех важных аспектах, влияющих на структурную реорганизацию больниц. Во-первых, работники больниц многих европейских стран объединены в весьма мощные профсоюзы, тогда как их коллеги в США не признают ни профсоюзов, ни других профессиональных организаций. Это может ограничивать возможности для радикальных перемен в том, что касается уровня и структуры кадрового обеспечения. Во-вторых, больницы некоторых европейских стран имеют более ограниченные возможности для самостоятельного принятия мер поощрения персонала и, соответственно, не располагают действенными рычагами перемен. В-третьих, уровень кадрового обеспечения во многих европейских больницах заметно ниже, чем в аналогичных американских больницах. Согласно сообщениям из США, если структурная перестройка больниц способствует снижению расходов, то это происходит не в последнюю очередь благодаря изменению численности и состава рабочей силы; с этой точки зрения типичная европейская больница имеет более ограниченные возможности для экономии средств.

Заключение

Эта глава была посвящена анализу важнейших факторов, влияющих на перемены в составе и численности рабочей силы в европейских больницах; были выявлены некоторые потенциальные и реальные препятствия для перемен. Основные моменты обобщены в табл. 11.3.

Препятствия частично обусловлены тем, что возможности больничного руководства вводить изменения нередко ограничены отсутствием эмпирических данных. Среди других факторов внешней среды — законодательные ограничения, налагаемые на изменение роли медиков, и противодействие со стороны профсоюзов и профессиональных ассоциаций, озабоченных проблемами продвижения работников и безопасности труда; ограничения еще более общего характера имеют отношение к динамике и регулированию рынка труда. Важным демографическим фактором, влияющим на рынок труда, обещает стать старение рабочей силы, обусловленное старением населения в целом.

Итак, изменения, затронувшие персонал европейских больниц, обусловлены тремя взаимосвязанными факторами: децентрализацией и гибкостью отношений занятости, составом и взаимозаменяемостью специальностей, структурной реорганизацией больниц. Вместе с тем данные, которые могли бы подтвердить обоснованность перемен, недостаточны и отрывочны. Оценка перемен, стимулируемых организационными и финансовыми потребностями, на рабочую силу, не поспевает за скоростью этих перемен.

Таблица 11.3. Меняющийся персонал европейских больниц

<i>Стимулы к переменам</i>	<i>Перемены</i>	<i>Сдерживающие факторы</i>
Сдерживание расходов	Децентрализация и гибкость отношений занятости	Изменения на рынке труда или демографические изменения
Повышение качества	Состав и взаимозаменяемость специальностей	Недостаточные возможности руководства. Ограниченность системы обучения
Дефицит специальностей	Реорганизация или структурная перестройка больниц	Регулирование со стороны медиков. Противодействие со стороны профессиональных ассоциаций и профсоюзов

Литература

- Adinolfi, P. (1998) Performance related pay for health service professionals: the Italian experience, *Health Service Management Research*, 11:211-20.
- Alexander, J.A., Halpern, M.T. and Lee, S.Y. (1996) The short term effects of merger on hospital operations, *Health Services Research*, 30(6): 827-47.
- Andersen Consulting (1992) *Patient Centred Care: Reinventing the Hospital*. London: Andersen Consulting.
- Armstrong, M. (1992) *Human Resource Management: Strategy on Action*. London: Kogan Page.
- Atkinson, J. and Meager, N. (1986) *New Forms of Work Organisation*. Brighton: Institute of Manpower.
- Bainton, D. (1995) Building blocks, *Health Service Journal*, 105(23 March): 25-7.
- Booz-Allen and Hamilton (1988) *Operational Restructuring: A Recipe for Success*. London: Booz-Allen and Hamilton.
- Bostrom, J. and Zimmerman, J. (1993) Restructuring nursing for a competitive health care environment, *Nursing Economics*, 11(1): 35-41, 54.
- Brodersen, J. and Thorwid, J. (1997) Enabling sustainable change for healthcare in Stockholm, *British Journal of Healthcare Computing and Information Management*, 14(4): 23-6.
- Brown, S. and Grimes, D. (1995) A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care, *Nursing Research*, 44(6): 332 -9.
- Buchan, J. (1998) Further flexing: issues of employment contract flexibility in the UK nursing workforce, *Health Services Management Research*, 11:148-62.
- Buchan, J. and Seccombe, I. (1994) The changing role of the NHS personnel function, in J. Le Grand and R. Robinson (eds) *Evaluating the NHS Reforms*. London: King's Fund.
- Buchan, J., Hancock, C. and Rafferty, A. (1997) Health sector reform and trends in the United Kingdom hospital workforce, *Medical Care*, 35(10): OS143-9.

- Buchan, J., Ball, J. and O'May, F. (2000) *Determining Skill Mix in the Health Care Workforce: Guidelines for Managers and Health Professionals*. Issues in Health Services Delivery, Discussion Paper No. 3, document WHO/EIP/OSD/00.11. Geneva: World Health Organization.
- Carr-Hill, R.A., Dixon, P., Griffiths, M. et al. (1995) The impact of nursing grade on the quality and outcome of nursing care, *Health Economics*, 4(1): 57-72.
- Council of the European Union (1993) Council Directive 93/104/EC of 23 November 1993 concerning certain aspects of the organization of working time, *Official Journal of the European Communities*, L 307(13/12/1993): 18-24.
- Coulson-Thomas, C. (1996) Re-engineering hospitals and health care processes, *British Journal of Health Care Management*, 2(6): 338-42.
- Eurostat (1999) *European Labour Force Survey*. Luxembourg: Statistical Office of the European Communities.
- Fattore, G. (1999) Cost containment and reforms in the Italian National Health Service, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Gardner, D. (1991) Issues related to the use of nurse extenders, *Journal of Nursing Administration*, 21(10): 40-5.
- Garfink, C., Kirby, K., Bachman, S. and Starck, P. (1991) University hospital nurse extender model III: program evaluation, *Journal of Nursing Administration*, 21(3): 21-7.
- Glanville, R. (1998) Architecture and design, in K. Schutyser and B. Edwards (eds) *Hospital Healthcare Europe 1998-1999, the Official HOPE Reference Book*. London: Campden Publishing.
- Hammer, M. and Champy, J. (1993) *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*. New York: Harper Business.
- Healy, J. and McKee, M. (1997) Health sector reform in central and eastern Europe: the professional dimension, *Health Policy and Planning*, 12(4): 286-95.
- Hesterly, S. and Robinson, M. (1990) Alternative caregivers: cost effective utilisation of RNs, *Nursing Administration Quarterly*, 14(3): 45-57.
- Hunter, D. (1996) The changing roles of health care personnel in health and health care management, *Social Science and Medicine*, 43(5): 799-808.
- Hurst, K. (1995) *Progress with Patient Focused Care in the United Kingdom*. Leeds: NHS Executive.
- International Labour Organization and Sectoral Activities Programme (1998) *Terms of Employment and Working Conditions in Health Sector Reforms*. Geneva: International Labour Office.
- Irvine, D. (1999) The performance of doctors: the new professionalism, *Lancet*, 353:1174-7.
- Jackman, R. and Rutkowski, M. (1994) Labour markets, wages and employment, in N. Barr (ed.) *Labour Markets and Social Policy in Central and Eastern Europe*. Oxford: Oxford University Press.
- Krapohl, G. and Larson, E. (1996) The impact of unlicensed assistive personnel on nursing care delivery, *Nursing Economics*, 14(2): 99-112.
- Maisonneuve, H. and Menard, J. (1997) The Juppe plan, *Lancet*, 349:792-3.
- McKee, M., Aiken, L., Rafferty, A.M. and Sochalski, J. (1998) Organizational change and quality of health care: an evolving international agenda, *Quality in Health Care*, 7(1): 37-41.
- Mossialos, E. and Le Grand, J. (eds) (1999) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- NHS Estates (1993) *Health Facilities Notes: Design for Patient Focused Care*. London: HMSO.
- Nolan, M., Lundt, U. and Brown, J. (1999) Changing aspects of nurses' work environment: a comparison of perceptions in two hospitals in Sweden and the UK and implications for recruitment and retention of staff, *Nursing Times Research*, 4(3): 221-33.

- OECD (1998) *Employment Outlook, June 1998*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- OECD (2000) *OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Pollert, A. (1987) *The Flexible Firm: A Model in Search of Reality or a Policy in Search of Practice?* Coventry: Industrial Relations Research Unit, University of Warwick.
- Powers, P., Dickey, C. and Ford, A. (1990) Evaluating an RN/co-worker model, *Journal of Nursing Administration*, 20(3): 11-15.
- Rawlinson, C., Kelly, J. and Whittlestone, P. (1993) *Patient Focused Care: A Suitable Case for Treatment*. London: RKW.
- Richardson, G., Maynard, A., Cullum, N. and Kindig, D. (1998) Skill mix changes: substitution or service development?, *Health Policy*, 45:119-32.
- Schut, F. (1995) Health care reform in the Netherlands: balancing corporatism, etatism and market mechanisms, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20(3): 615-52.
- Swedish Association of Health Officers (1994) *How are You Nurse? A Research Report on the Psychosocial Working Environment of Nurses*. Stockholm: Swedish Association of Health Officers.
- Verschuren, R., de Groot, B. and Nossent, S. (1995) *Working Conditions in Hospitals in the European Union*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Versieck, K., Bouten, R. and Pacolet, J. (1995) *Manpower Problems in the Nursing/ Midwifery Profession in the EC*. Leuven: Hoger Instituut voor de Arbeid KU.
- Walston, S. and Kimberley, J. (1997) Re-engineering hospitals: experience and analysis from the field, *Hospital and Health Service Administration*, 42:143-63.
- WHO (2001) *WHO European Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

глава ДВЕНАДЦАТАЯ

Внедрение новых технологий

Ребекка Розен

Введение

Места, где предоставляется медицинская помощь, все время меняются. Благодаря прогрессу медицинской технологии отдельные услуги, которые прежде предоставлялись только в больницах, ныне могут предоставляться в общественных клиниках, передвижных медицинских пунктах и на дому у больных. Тем не менее больницы все еще остаются местом, где сосредоточена большая часть дорогостоящего оборудования и где предоставляются самые сложные виды медицинской помощи (интенсивная терапия, трансплантация органов, онкология). В настоящей главе результаты исследований, осуществленных в системе английской Государственной службы здравоохранения (ГСЗ), используются для анализа роли больниц в освоении новых технологий и для оценки связи между повышением уровня технической оснащенности и результативностью и экономичностью лечения. Обсуждается вопрос о том, какую роль должны играть больницы в ситуации, когда технология прогрессирует быстро, а средства системы здравоохранения ограничены. Эта глава написана с утилитарных позиций; в качестве желаемой политической цели выдвигается всемерное повышение экономического эффекта на основе наличных скудных средств. Предполагается, что решения по новым технологиям должны приниматься на основе надежных научных данных о клинической результативности и экономичности лечения.

Глава открывается обзором основных типов новых технологий, способных в будущем изменить роль больниц. Затем приводятся результаты конкретных исследований и обсуждаются возможные следствия. Обсуждается вопрос о том, насколько больницы должны стремиться к повышению клинической резуль-

тативности и экономичности своих услуг и какие механизмы они могли бы использовать для этой цели.

Служба оценки технологии США определяет медицинские технологии как «все медикаменты, приборы и медицинские и хирургические процедуры, а также организационные и вспомогательные системы, обеспечивающие их использование» (US Office of Technology Assessment 1976). Не вполне ясно, что следует считать «новым» в отношении медицинских технологий: полностью новые методы или продукты (например, виагру), новые способы применения известных техник (например, использование пересадки костного мозга для терапии твердых опухолей) или техник, утвердившихся университетских клиниках, но неожиданно получивших более широкое распространение (к числу таких техник принадлежит магнитно-резонансная томография). В этой главе под «новыми» подразумеваются технологии, которые только что начали применяться к больным или находятся на ранней стадии внедрения в больницы общего профиля.

Новые технологии и их влияние на больницы

Любой разговор о возможном влиянии новых медицинских технологий на роль больницы будет неизбежно носить умозрительный характер, поскольку доступные научные данные скудны.

Новые медицинские технологии

Последнее десятилетие было отмечено серьезными достижениями в развитии методов раннего выявления, диагностики и лечения заболеваний; эти достижения стали возможны благодаря появлению новых лекарственных и диагностических средств, оборудования и хирургических методов. Развиваются также системы организации больниц и системы материального обеспечения больниц, что позволяет использовать больницы по-новому. Новые технологии подразделяются на несколько больших групп, каждая из которых по-своему влияет на работу системы здравоохранения. Перечислим важнейшие из этих групп.

- *Раннее выявление заболеваний.* Исследование крови и других тканей (например, для выявления муковисцидоза) и лучевая диагностика широко применяются при обследовании здоровых лиц.
- *Экспресс-методы диагностики.* Наборы для экспресс-диагностики позволяют в любом месте и в любое время провести анализ и поставить диагноз (например, определить уровень холестерина, диагностировать беременность).
- *Методы введения лекарственных средств.* Новые типы лекарственных средств, созданных с использованием новых иммунологических, фармакологических и биохимических технологий, воздействуют только на определенные клетки и ткани. Новое оборудование для введения лекарств — например, электронные инфузионные системы, специальные пластыри и имплантаты, — позволяют медленно вводить препарат в течение длительного времени.
- *Фармация.* Многие новые препараты, например противоязвенные, позволяют обойтись без сложного лечения, требующего госпитализации.

Такие средства, как тамоксифен, применяются в дополнение к основной терапии. Разработаны средства, которые применяются в дополнение к основной терапии, продлевая жизнь больных (например, тамоксифен при раке молочной железы); другие препараты позволяют лечить неизлечимых прежде больных (например, иммунодепрессанты, используемые при трансплантации органов).

- *Генная терапия.* Искусственно вводя генетический материал, можно заменить отсутствующие или дефектные гены. Возможности этого метода лечения видны на примере муковисцидоза; правда, прогресс в данной области тормозится не всегда успешными поисками способов введения генов.
- *Лапароскопия и щадящие методы оперативного вмешательства.* Применение этих методов, как правило, приводит к сокращению сроков госпитализации и более скорому излечению. Показания к щадящим операциям шире, чем к обычным; соответственно, провести их можно большему числу людей.
- *Трансплантология.* Иммунологические методы позволяют предотвратить отторжение и даже использовать для трансплантации органы животных.
- *Лучевая диагностика.* Цифровые технологии позволяют передавать изображения от одного клинического центра другому; методы получения изображения в реальном времени (в частности, ультразвуковые и ангиографические) облегчают проведение таких процедур, как биопсия и установка сосудистых стентов.
- *Телемедицина.* Под телемедициной понимается дистанционное оказание медицинской помощи с использованием компьютерных сетей. Телемедицина включает клинические консультации в реальном времени и передачу данных и изображений. Благодаря телемедицине врачи общей практики получают возможность заниматься своими больными под руководством больничных консультантов, а больницы второй и третьей ступеней получают быстрый доступ к рекомендациям экспертов.
- *Изменение роли профессионалов и перемены в организации больничного дела.* Дополнительная специализированная подготовка среднего медицинского персонала и других медиков (например, оптиков и физиотерапевтов) позволяет им ставить диагнозы и работать с людьми, страдающими астмой, диабетом, глаукомой и некоторыми другими хроническими заболеваниями, в новых коммунальных клиниках.

Новые технологии и больница

Клиническая роль больницы сводится к скринингу, диагностике, лечению, наблюдению за хроническими больными и паллиативным мерам (временному облегчению страданий). Появляются новые технологии скрининга для широкого круга генетических заболеваний, для ряда показателей опухолей и для других болезней. Многие скрининговые тесты осуществляются на крови и на других легко доступных образцах тканей, а от больниц не требуется, чтобы они хранили анализы или консультировались по результатам анализа с больным и/или его семьей. Передвижные медицинские пункты ныне располагают разнообразными технологиями скрининга — такими, как маммография и выявление аневризмы

аорты с помощью ультразвукового исследования. Вместе с тем новые случаи, выявляемые с помощью скрининга, могут повысить нагрузку больницы, если выявленные болезни требуют немедленного лечения или если выявленные признаки генетического заболевания делают необходимым регулярное наблюдение в больнице, чтобы можно было вовремя распознать начало болезни.

Предугадать влияние новых технологий диагностики и лечения на деятельность больниц трудно. Щадящие хирургические процедуры вытесняют отдельные формы открытого хирургического вмешательства; некоторые простые процедуры — такие, как эндоскопия и колоноскопия, — могут быть осуществлены вне больниц. Для лечения рака и сосудистых заболеваний могут использоваться новые, специфичные для определенных тканей формы генной терапии и новые лекарства, действующие на определенные клеточные рецепторы; в итоге отпадает необходимость хирургического вмешательства в больничных условиях (Hollingsworth and Barker 1999). Развиваются новые формы терапии клеток и тканей, предполагающие замену хирургического лечения поврежденной ткани имплантацией искусственно выращенных клеток и тканей (Gage 1998).

Эти технологические новшества указывают на возможное снижение роли больниц; с другой стороны, развитие дорогостоящего оборудования приводит к появлению новых сложных услуг, связанных, как правило, с больницами. Шварц (Schwartz 1994) перечисляет ряд технологий получения изображений, которые, вероятно, могли бы широко использоваться в больницах для диагностических и лечебных целей. Так, быстро развивающаяся интервенционная рентгеноскопия с ее высокотехнологичным оборудованием для получения изображений способствует развитию щадящих методов, которые могут служить заменой хирургии. Указывается, что технологии будущего — например, искусственные органы, — также, скорее всего, будут способствовать концентрации сложного оборудования и процедур в больницах (Harrison and Prentice 1996). По мере развития новых технологий роль больниц не столько снижается, сколько меняется.

Благодаря прогрессу телемедицины стало проще наблюдать за хроническими больными на базе поликлиник. До недавнего времени больные с хроническими расстройствами (например, с диабетом или артритом) или больные, чье лечение связано с приемом токсичных медикаментов (например, больные с аутоиммунными нарушениями), проходили наблюдение в амбулаторных клиниках при больницах. Однако быстрая компьютеризированная передача результатов непосредственно поликлиникам позволяет сделать так, чтобы наблюдение осуществляли врачи первичной практики, работающие строго на основе протоколов и, по необходимости, имеющие доступ к консультациям больничных специалистов. Благодаря этим техническим новшествам, а также в результате внедрения новых методов обучения среднего медицинского персонала и организации медицинского обслуживания, создаются сети клиник первичной помощи под руководством среднего медицинского персонала; тем самым снижается интенсивность использования больничных амбулаторных служб. Это могло бы указывать на возможность снижение роли больниц вообще; вместе с тем не исключено, что усиленное наблюдение со стороны врачей первичной помощи чревато ростом числа направлений в больницы тех больных, на обследование и лечение которых у врачей нет времени.

Наконец, что касается паллиативных мер, то новые методы обучения среднего и вспомогательного медицинского персонала, новые системы введения лекарств, новые формы организации услуг и новые информационные технологии позволили создать ряд коммунальных служб по облегчению страданий неизлечимо больных. Хотя благодаря подобным службам уход за неизлечимо больными выводится за пределы больниц, на интенсивность их использования серьезно влияют культурные факторы, к числу которых относится рост технической оснащенности клиник и квартир.

Воздействие новых технологий на больничные услуги

Как влияют новые технологии на оказание медицинских услуг в больницах? Здесь мы можем лишь вкратце осветить этот вопрос; наша задача — проиллюстрировать динамичную природу развития новых технологий, «волновой эффект» в деятельности больниц и коммунальных служб, невозможность точно предсказать финансовое воздействие новых технологий. Рамка 12.1 демонстрирует эволюцию технологических подходов к лечению язвы желудка и двенадцатиперстной кишки за последние 10—15 лет.

Воздействие этой последовательности медицинских технологий может рассматриваться с нескольких точек зрения. С точки зрения больницы сложное хирургическое вмешательство, обычно предназначенное для больных с тяжелыми симптомами, вытесняется эндоскопией, применяемой по отношению к множеству больных в амбулаторных условиях. Вместе с тем медикаментозная терапия язвы желудка и двенадцатиперстной кишки часто носит долгосрочный характер, и врачам общей практики приходится регулярно направлять некоторых больных в эндоскопические отделения клиник и к больничным врачам-специалистам.

С финансовой точки зрения переход от редких и сложных хирургических операций к рутинной эндоскопической диагностике требует от больниц инвестировать средства в оборудование для эндоскопии и в обучение персонала. Далее, диагностика язвенной болезни и оценка результатов ее лечения — серьезный новый источник работы для патологов. К тому же развитие технологии приводит к дополнительным расходам для врачей общей практики, чья нагрузка возрастает ввиду их более активного участия в диагностике язвы, в терапевтических мерах по ее подавлению и в дальнейшем отслеживании симптомов. Мёрфи (Murphy 1998) сравнивает уровни расходов на лечение язвенной болезни в зависимости от применяемых методов диагностики, лечения и последующего отслеживания; согласно полученным данным, медикаментозное лечение приводит к росту общих расходов. Сравнение стоимости признанных и новых типов лечения связано с методологическими трудностями, к тому же исследование Мёрфи не учитывает расходы на услуги больниц и коммунальных служб; тем не менее оно достаточно отчетливо указывает на трудности, с которыми связана оценка влияния новых технологий на финансовый аспект деятельности больниц. В целом случай язвенной болезни может служить наглядной демонстрацией того, как технический прогресс меняет характер использования медицинских услуг. Этот случай указывает также на то, как меняется порог медицинского вмешательства при наличии новой технологии, упрощающей диагностику. С одной стороны, уровень расходов на лечение отдельно взятого

270 Реформа больниц в новой Европе

больного снижается, с другой — число лиц, проходящих курс лечения, растет, поскольку четкие критерии отбора перестают действовать. В итоге общий уровень расходов повышается.

Рамка 12.1. Эволюция технологических подходов к лечению язвенной болезни

1970-е и начало 1980-х годов: основной вид лечения — резекция кишки и ваготомия.
Середина 1980-х годов: благодаря широкому использованию новых препаратов — H₂-блокаторов, снижающих кислотность желудочного содержимого, удалось резко снизить число хирургических операций и перевести значительную часть больных в сферу деятельности врачей общей практики.

Середина 1980-х годов: быстрое развитие эндоскопии, появление анестетиков короткого действия и миорелаксантов ускорило переход от рентгенодиагностики к диагностике путем гастроскопии и дуоденоскопии. Врачи общей практики получили право направлять больных непосредственно в больницы на эндоскопию (без предварительного направления к врачам-специалистам), что привело к росту числа пациентов и к более интенсивному использованию больничных мощностей, предназначенных для амбулаторного лечения.

Конец 1980-х — начало 1990-х годов: обнаружено, что причиной язвенной болезни является *Helicobacter pylori*. Разработаны методы анализа крови с целью выявления этой бактерии; на основании результатов анализа рекомендуется принимать те или иные антибиотики. Тем самым некоторые больные избавляются от необходимости ложиться в стационар; усовершенствовано лечение случаев, диагностированных с помощью эндоскопии.

Середина и конец 1990-х годов: широкое распространение получают препараты нового класса — ингибиторы H⁺,K⁺-АТФазы длительного действия; они позволяют устранять остаточные проявления.

Роль больницы в принятии решений

Считалось, что быстрое распространение новых технологий приводит к повышению расходов на здравоохранение (Altman 1979; Wordsworth et al. 1996). По сравнению со скоростью технического прогресса данные о клинической результативности и экономичности новых методов запаздывают. Распространение новых технологий стимулируется целым рядом факторов, среди которых — энтузиазм клиницистов, ожидания общественности и СМИ, стратегия больницы по улучшению своей репутации и привлечению квалифицированного персонала, спрос, индуцируемый производителями (Bos 1991; Kirchberger et al. 1991). Определенное влияние оказывает и государственная политика в области финансирования и организации здравоохранения. Так, в странах, где больницы финансируются из глобальных бюджетов, технологии распространяются относительно медленно. Дорогостоящие технологии быстрее распространяются в тех странах, где много крупных частных больниц.

Оценка эффективности новых технологий в области здравоохранения осуществляется разнообразными методами: от описательных исследований на материале небольшого числа больных до крупных, тщательно разработанных статистических анализов, осуществленных на обширном материале и включающих сопоставление результативности новых и признанных методов. Считается, что исследования первого типа часто носят не вполне объективный характер,

тогда как исследования второго типа приводят к надежным и ценным результатам. Решения по освоению той или иной новой технологии должны, по идее, приниматься на основании результатов всесторонних клинических исследований и связанной с ними экономической оценки.

Британская система здравоохранения устроена таким образом, что от нее логично было бы ждать поддержки инициативам по освоению новых технологий. В 1990-х годах Государственная служба здравоохранения превратилась в своего рода внутренний рынок (или квазирынок), где поставки в больницы и коммунальные службы здравоохранения шли на основе контрактов с покупателями (органами здравоохранения или кооперативами врачей общей практики). Использование термина «квазирынок» объясняется тем, что система здравоохранения, финансируемая из налоговых поступлений, налагает политические ограничения на степень воздействия рыночных факторов. В итоге система подвергалась жесткому регулированию, а рыночные факторы играли второстепенную роль. Органы здравоохранения несли ответственность за оценку потребностей вверенного им населения в медицинской помощи и за то, чтобы эта помощь была доступна. За время действия внутреннего рынка органы здравоохранения использовали практику заключения контрактов с поставщиками ради того, чтобы выполнять свои обязанности по обеспечению необходимой медицинской помощи. Доходы поставщиков определялись главным образом содержанием их контрактов с покупателями.

Эта организационная схема была важна постольку, поскольку она предоставляла покупателям теоретическую возможность оказывать финансовое влияние на клиническую деятельность поставщиков. Органы здравоохранения стремились всемерно повысить отдачу от тех ограниченных средств, которые они вкладывали в обеспечение медицинской помощи для вверенной им части населения. Теоретически они могли использовать систему заключения контрактов на внутреннем рынке для ограничения платежей или выделения средств на покупку новых технологий, доказавших свою результативность и экономичность.

Конкретные случаи освоения новых технологий

Ниже описывается несколько случаев, иллюстрирующих роль больниц в принятии решений о внедрении новых технологий, и анализируется роль чиновников Государственной службы здравоохранения как поборников утилитарного подхода к освоению новых технологий. Методы были подробно разъяснены в другой работе (Rosen and Mays 1998); здесь приводится их краткое описание.

Методы

Предмет исследования — внедрение в больницы Государственной службы здравоохранения трех новых медицинских технологий: сосудистых стентов, тройного теста (на альфафетопротеин, человеческий хориогонадотропин и несвязанный эстриол) и эксимерного лазера. Сосудистые стенты — это маленькие металлические трубки, которые вводятся в сосуды для сохранения их прохода после ангиопластики; тем самым снимается необходимость в хирургической операции. Тройной тест — это пренатальный анализ крови, цель которо-

го заключается в оценке риска синдрома Дауна. Эксимерный лазер используется для лечения близорукости и некоторых нарушений роговицы глаза. Каждая из технологий была исследована в трех различных больницах или органах здравоохранения, включая клиники при высших учебных заведениях и неучебные клиники, а также учреждения, принявшие названные технологии и не принявшие их. Всего в опыте участвовало девять учреждений.

Для получения данных было проведено 51 интервью с клиницистами, управленцами и амбулаторными врачами, работающими в больницах, и связанными с ними чиновниками системы здравоохранения, которые принимали участие во внедрении этих технологий. В четырех из девяти учреждений документация (архивные материалы, деловые досье, письма, служебные записки) была предоставлена в распоряжение исследователей и изучалась на предмет их соответствия устным сообщениям. Данные анализировались индуктивно и использовались в качестве основы для выдвижения гипотез о механизмах установления связи между внедрением новых технологий и объективными данными о клинической результативности и экономичности.

Решения об освоении новой технологии в разных местах принимались не одновременно и с использованием разных методов. Первые решения относительно тройного теста основывались только на оценках точности теста, сделанных больницами при учебных заведениях; позднейшие решения основывались также на более точных измерениях, осуществленных на материале учреждений коммунальной медицины и показавших не столь высокую степень точности. Исследования по использованию стентов ограничивались описанием множества наблюдаемых случаев. В период проведения этих исследований начались работы по рандомизированному статистическому анализу, однако их результаты еще не были обнаружены. Экономическая экспертиза не проводилась. Рандомизированный анализ лазерной технологии оказался невозможен по этическим причинам; были доступны лишь многочисленные описания отдельных случаев с оценками результатов и осложнений. Экономическая экспертиза и в этом случае была заменена немногими невнятными описаниями расходов, связанных с использованием эксимера.

Ключевые результаты конкретных исследований

Полученные результаты дают представление о том, какую роль в процессе освоения новой технологии играют врачи и управленцы. Другие данные конкретных исследований приведены в работах: Rosen and Mays 1998; Rosen 2000.

Кто принимает решения?

В шести из девяти учреждений решения о внедрении названных технологий принимали разные группы людей, причем роль врачей коммунальной медицины и управленцев из органов здравоохранения сводилась к минимуму. Что касается стентов, то клиницисты принимали решения для каждого больного в отдельности, независимо от вышестоящих управленцев; вмешательство последних оказывалось необходимо только в тех случаях, когда расходы на стенты превышали бюджет отделения. В двух местах, где исследовался тройной

тест, клиницисты, основываясь на оценках эффективности, решили отвергнуть его и внедрить альтернативный тест на синдром Дауна. В двух органах здравоохранения персонал отказался включить эксимерный лазер в контракты, заключенные с больницами. Отчасти это произошло ввиду неверия в то, что Государственная служба здравоохранения позволит использовать лазер для косметических целей, отчасти же из-за недоступности исследований по долгосрочным результатам. Тем не менее обе больницы решили использовать лазер без согласования с органами здравоохранения и без финансирования. Они сделали это ради улучшения репутации своих больниц и привлечения дополнительных пациентов; в одном из учреждений было принято решение исследовать эффективность метода.

Персонал органов здравоохранения участвовал в принятии решений только в трех из девяти мест. В одном из них персонал поддержал внедрение тройного теста, отметив, что ранние исследования доказали его более высокую эффективность по сравнению с более новыми методами. Во втором месте персонал указал на то, что существующих данных недостаточно, дабы поддержать идею об установке стентов в коронарные артерии, и что после получения результатов испытаний нужно будет разработать и модифицировать временные инструкции по отбору больных. В обоих случаях работа органов здравоохранения, руководимых врачами коммунальной медицины, основывалась на обзорной доступной научной литературе. В третьем месте больница хотела модифицировать свой контракт, чтобы отразить растущее использование технологии введения стентов; административный ответ органа здравоохранения не содержал каких-либо ссылок на научные данные.

До какой степени решения базируются на объективных данных?

Сказанное свидетельствует о том, насколько ограничено участие чиновников системы здравоохранения в принятии решений относительно новых технологий. Большинство решений принимается группой сотрудников больницы, облеченных соответствующими полномочиями. Когда чиновники системы здравоохранения и врачи коммунальных медицинских учреждений не участвуют в принятии решений по вопросам технологии, объективные данные о результативности и экономичности учитываются мало и не систематически. Доступные данные проанализировали только трое клиницистов (один по эксимеру, двое — по стентам); правда, в поле их зрения находились только небольшие серии описательных исследований, а не рандомизированные пробы. Четверо других клиницистов (один по тройному тесту, один по стентам и двое по эксимеру) принимали свои решения исходя из беглого знакомства с опубликованными статьями, устных рекомендаций коллег и личных пристрастий.

Процессы принятия решений в больницах

Принимая решения относительно новых технологий, чиновники системы здравоохранения руководствуются такими соображениями, как высокая стоимость технологий, специальные интересы и степень загруженности персонала, степень потребности в технологических новшествах с точки зрения местных

приоритетов. Внутри больниц продвижением новых технологий занимаются клиницисты, преследующие собственные специальные интересы.

Если внедрение технологий заметно повышает расходы того или иного больничного подразделения, клиницистам не остается ничего иного как прибегнуть к помощи руководства больницы. Предложения по внедрению технологий делаются в форме бизнес-планов, предлагаемых на рассмотрение дирекции больницы (исполнительного директора, финансового директора и директора по медицинской работе) и/или правления больницы. Клиницисты должны обобщенно рассказать о перспективах новой технологии и о ее возможном влиянии на самое больницу, то есть на размеры и структуру расходов, численность больных, выполнение контрактов и численность персонала. Клиницист не обязан делать обзор литературы по результативности и экономичности технологий или выдвигать научно обоснованные принципы отбора больных. Пока новая технология не приводит к дополнительным расходам или служит источником доходов для больницы, руководство поддерживает предложения клиницистов и позволяет последним судить о клинической правомерности ее применения. Врачи коммунальных медицинских служб, чья роль заключается в защите здоровья населения и в поощрении клинически эффективных и экономически выгодных услуг, лишь эпизодически участвуют в принятии решений, касающихся больничных дел.

Обсуждение

Приведенные здесь анализы конкретных ситуаций имели отношение к трем различным технологиям лечения или обследования больных. Эксимерный лазер — образец дорогостоящей технологии, привлекающей внимание тех, кто планирует здравоохранение (аналогичные технологические новшества — магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, литотрипсия). Стенты и тройной тест — образцы менее масштабных новых технологий, не требующих больших капиталовложений и поэтому привлекающих не столь пристальное внимание чиновников, но внедряемых в клиническую практику на регулярной основе.

Решая вопросы внедрения новых технологий, чиновники из числа врачей, будучи профессионально привержены идее улучшения здоровья населения, подчеркивают важность сравнительного анализа эффективности новых и признанных видов врачебного вмешательства. По необходимости они выступают за ограниченное использование технологических новшеств до осуществления методологически строгих сравнительных исследований (рандомизированных проб или сравнительных анализов на материале обширных групп населения). Клиницисты, несомненно, стремятся по возможности точно оценить влияние этих технологий на здоровье пациентов. С другой стороны, они не особенно стремятся обосновывать решения по технологии результатами строгих сравнительных исследований и, как правило, удовлетворяются методологически не слишком строгими описаниями результатов и рисков, связанных с той или иной процедурой. Если в принятии решений участвуют руководители больницы, их основная задача заключается в оценке возможного влияния новой технологии на организацию больницы в целом.

Результаты рассматриваемых исследований согласуются с результатами аналогичных работ по США. Были описаны три различные системы принятия решений по освоению новых технологий в коммунальных больницах Среднего Запада США (Greer 1985). В условиях индивидуалистической системы клинических консультаций первоочередное значение придается повышению благополучия больного и снижению степени риска. В условиях финансово-управленческой системы принятия решений на уровне подразделения больницы основное значение придается тому, как новая технология влияет на эффективность работы больничных служб. Наконец, стратегически-институциональная система, действующая на уровне больницы в целом, направлена на поддержание статуса и конкурентоспособности больницы.

Сходные наблюдения были сделаны исследователями, занимавшимися внедрением новых технологий в США. Анализ ситуации в 12 клиниках при высших медицинских учебных заведениях США показал, что среди тех, кто принимает решения по внедрению технологии, преобладают генеральные или финансовые директора (Weingart 1993). Анализ процессов оценки новой технологии больницами, учреждениями по поддержанию здоровья и сторонними плательщиками свидетельствует о том, что организации различного профиля обращают внимание на разные аспекты (Luce and Brown 1995). Больницы больше интересуются оценкой финансового воздействия технологий, тогда как учреждения по поддержанию здоровья и плательщики — клинической эффективностью и расходами.

Следствия

Итак, большинство решений о новых технологиях принимается внутри больниц; роль чиновников из органов здравоохранения, преследующих главным образом утилитарные цели и озабоченных всемерным повышением клинической результативности и экономичности, сведена к минимуму. Это порождает по меньшей мере два вопроса относительно роли больницы в связи с новыми технологиями. Во-первых, должны ли работники больницы, уполномоченные принимать решения, придерживаться утилитарного подхода и оценивать технологические новшества с точки зрения ее клинической результативности и экономичности в сравнении с принятой практикой? Если да, то каков механизм, с помощью которого можно укрепить эту связь?

Ответ на первый из этих вопросов отчасти обуславливается типом больницы. Иногда утверждается, что единственная цель частной больницы — всемерное увеличение прибылей безотносительно к тому, как приобретение новой технологии влияет на здравоохранение в целом (например, на размер страховых премий или скрытых издержек для других служб или учреждений). Однако не вполне ясно, должна ли государственная больница в системе, финансируемой из налоговых поступлений (например, в Швеции или Великобритании), поддерживать равновесие между, с одной стороны, правами больного на лечение и своей организационной жизнеспособностью и, с другой стороны, максимизацией возможностей для поддержания здоровья налогоплательщиков. Что произойдет, если государственные больницы в своих решениях по приобретению новой технологии будут руководствоваться чисто утилитарными соображениями, тогда как частные больницы, игнорируя утилитарный аспект, будут расширять свою технологическую базу?

Оставив в стороне субъективные оценки, заметим, что существует ряд доводов в пользу более утилитарного подхода к принятию решений. Во-первых, по мере того как развитые страны отказываются от платежей по принципу гонорара за услугу и осваивают методы глобальных бюджетов и проспективных платежных систем (Spibey 1995), у больниц появляются финансовые стимулы к обеспечению более высокой экономичности новых технологий по сравнению с утвердившейся практикой. Во-вторых, возрастает интерес к разработке более надежной доказательной базы для многих видов врачебного вмешательства. В-третьих, прогресс информационной технологии, растущие базы аналитических данных и доступ к медицинской литературе через Интернет облегчают задачу составления литературных обзоров для обоснования решений по новым технологиям. Наконец, поскольку все страны сталкиваются с проблемой ограниченности ресурсов для здравоохранения, растет осознание важности скрытых издержек, связанных с приобретением технологии, которая в конечном счете обманывает ожидания.

Перечисленные факторы свидетельствуют в пользу того, что сотрудники больниц, облеченные полномочиями для принятия решений, должны постоянно иметь в виду объективные анализы результативности и экономичности предлагаемых новых технологий и не спешить с их приобретением до получения надежных, научно выверенных данных. Однако подобный подход сталкивается с противодействием. Стремление защитить больных от недостаточно проверенных видов вмешательства может выглядеть как порочная практика нормирования лечения. Свою роль играют судебные дела по защите права больных на лечение, способное дать положительные результаты; такие дела создают не всегда справедливую антирекламу больницам и органам здравоохранения.

Для больниц, принявших утилитарную установку, большое значение приобретает интеграция оценки медицинской технологии в процесс принятия решений относительно ее покупки. Программы оценки медицинских технологий ныне действуют в ряде европейских стран, в том числе в Дании, Франции, Нидерландах, Испании (прежде всего в Каталонии), Швеции и Великобритании (Banta and Oortwijn 1999). В Великобритании национальная программа оценки медицинских технологий связана с общенациональной программой распространения технологии (Sheldon and Chalmers 1994); цель этой меры — сделать так, чтобы оценки стали достоянием лиц, разрабатывающих политику в области здравоохранения. Судя по результатам ряда аналитических исследований, переговоры по заключению контрактов между покупателями (органами здравоохранения) и поставщиками медицинской помощи служат основным механизмом включения процесса оценки медицинской технологии в процесс принятия решений; вместе с тем степень влияния таких переговоров все еще невелика.

Акт о больницах, принятый в Нидерландах в 1971 г., предусматривает законодательный контроль над небольшим числом дорогостоящих технологий и услуг; между медицинскими фондами и больницами ведутся локальные переговоры об использовании отдельных менее масштабных технологий (Vos 1995). Во Франции действует принцип регионального планирования дорогостоящих технологий на основе «карты здоровья», составляемой по результатам оценки потребностей населения и медицинской технологии. Некоторые дорогостоящие технологии планируются также в шведской системе здравоохранения, организованной на базе отдельных регионов (Banta and Oortwijn 1999). Особенностью всех этих систем служит концентрация на немногих наиболее

заметных технологиях; значительно меньше внимания уделяется многочисленным тестам, элементам оборудования, медикаментам и новым оперативным методам, то и дело проникающим в повседневный врачебный обиход. Эти технологии относительно малозаметны, однако их стоимость должна учитываться, а их экономический эффект подлежит оценке с применением строгих аналитических методов.

Одна из американских организаций по поддержанию здоровья, группа California Kaiser Permanente, предлагает следующую модель оценки медицинской технологии. Каждое клиническое подразделение располагает системным программистом, умеющим обобщать и критически оценивать существующую литературу; этот специалист оценивает любые технологические новшества, предлагаемые к применению для новых видов медицинского вмешательства и вызвавшие интерес клиницистов (Castaneda and Breivis 1990). Хотя решения не обязательно принимаются на основе его рекомендаций, любое доступное исследование результативности и экономичности непременно считается частью процесса принятия решений. Эта модель, поощряющая осторожное использование ограниченных ресурсов и эффективное использование новых технологий, вполне подходит для европейских больниц.

Литература

- Altman, S. (1979) *Medical Technology: The Culprit Behind Health Care Costs?* Washington, DC: US Government Printing Office for the Department of Health, Education and Welfare.
- Banta, H.D. and Oortwijn, W. (1999) Health technology assessment in the European Union, *Eurohealth*, 5:37-9.
- Bos, M. (1991) *The Diffusion of Heart and Liver Transplantation across Europe*. London: King's Fund.
- Bos, M. (1995) Health care technology in the Netherlands, in H.D. Banta, R.N. Battista, H. Gelband and E. Jonsson (eds) *Health Care Technology and its Assessment in Eight Countries*. Washington, DC: Office of Technology Assessment of the US Congress.
- Castaneda, M. and Breivis, J. (1990) Technology assessment, *Health Care Forum Journal*, November/December, pp. 10-11.
- Gage, F. (1998) Cell therapy, *Nature*, 392(7): 18-24.
- Greer, A. (1985) Adoption of medical technology: the hospital's three decision systems, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1:669-80.
- Harrison, A. and Prentice, S. (1996) *Acute Futures*. London: King's Fund.
- Hollingsworth, S. and Barker, S. (1999) Gene therapy; into the future of surgery, *Lancet*, 353:19-20.
- Kirchberger, S., Durieux, P., Viens-Bitker, C. et al. (1991) *The Diffusion of Two Technologies for Renal Stone Treatment across Europe*. London: King's Fund.
- Luce, B. and Brown, R. (1995) The use of technology assessment by hospitals, health maintenance organizations and third-party payers in the United States, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 11(1): 79-92.
- Murphy, S. (1998) Does new technology increase or decrease health care costs? The treatment of peptic ulceration, *Journal of Health Services Research and Policy*, 3:215-18.
- Office of Technology Assessment (1976) *Development of Medical Technology: Opportunities for Assessment*. Washington, DC: US Government Printing Office.

- Rosen, R. (2000) Applying research to health care policy and practice: medical and managerial views on effectiveness and the role of research, *Journal of Health Services Research and Policy*, 5:103-8.
- Rosen, R. and Mays, N. (1998) The impact of the UK NHS purchaser-provider split on the 'rational' introduction of new medical technologies, *Health Policy*, 43:103-23.
- Schwartz, E. (1994) In the pipeline: a work of valuable technology, *Health Affairs (Millwood)*, 13(summer): 71-9.
- Sheldon, T. and Chalmers, I. (1994) The UK Cochrane Centre and the NHS Centre for Reviews and Dissemination: respective roles within the information system strategy of the NHS R&D programme, coordination and principles underlying collaboration, *Health Economics*, 3:201-3.
- Spibey, J. (1995) Health care technology in the United Kingdom, in H.D. Banta, R.N. Battista, H. Gelband and E. Jonsson (eds) *Health Care Technology and its Assessment in Eight Countries*. Washington, DC: Office of Technology Assessment of the US Congress.
- Weingart, S. (1993) Acquiring advanced technology: decision-making strategies at twelve medical centres, *International Journal of Technical Assessment in Health Care*, 9(4): 530-8.
- Wordsworth, S., Donaldson, C. and Scott, A. (1996) *Can We Afford the NHS?* London: Institute for Public Policy Research.

глава ТРИНАДЦАТАЯ

Оптимизация клинической деятельности

Ник Фримантл

Введение

Постепенно становится ясно, что наличие объективных данных о клинической результативности и экономичности не приводит к единообразным преобразованиям клинической практики в нужном направлении (Freemantle and Bloor 1996). Серьезные инвестиции в развитие клинических методов, масштабная оценка этих методов и разработка подходящих принципов лечения мало что значат для больных, если рекомендуемые преобразования клинической практики не воплощаются в жизнь.

В этой главе рассматриваются следующие взаимосвязанные темы:

- данные о профессиональной деятельности, приводящей к субоптимальным результатам, и о значимости не поддающихся рациональному объяснению вариаций в предоставлении медицинской помощи;
- развитие стандартов в спорных областях здравоохранения;
- методы, используемые в связи с попытками преобразовать клиническую практику, и данные, свидетельствующие о полезности этих методов;
- неудачные попытки ввести некоторые эффективные и экономичные формы вмешательства в общепринятую практику;
- оценка мер, принимаемых для достижения оптимальных клинических результатов.

Данные о профессиональной деятельности, приводящей к субоптимальным результатам

В этом разделе рассматривается несколько показательных образцов различий в клинической практике и неспособности достичь оптимальных результатов.

Различия в использовании медицинского вмешательства при отсутствии должной ясности: статистика экстирпации матки в кантоне Тичино, Швейцария

В Тичино, единственном итальяноязычном кантоне Швейцарии, использование экстирпации матки обусловлено множеством причин, не обязательно связанных с объективными данными об эффективности этой операции. «Международные и региональные вариации частоты экстирпации матки и других распространенных хирургических операций объясняются не столько различиями по заболеваемости, смертности и другим социально-демографическим характеристикам, сколько такими факторами, как плотность лечебных и хирургических коек, система страхования и оплаты, профессиональная неуверенность, пол хирурга, контроль над показаниями к хирургическому вмешательству, медицинский аудит» (Domenighetti et al. 1988:1470)

В свете подобного разнообразия факторов, влияющих на принятие решений по применению хирургических методов, и в отсутствие недвусмысленных директив относительно необходимости хирургического вмешательства заметные различия в частоте операций не должны удивлять. Труднее поддается объяснению тот факт, что частота операций заметно меняется со временем, как, например, в кантоне Тичино, где частота экстирпации матки отслеживалась с 1977 по 1986 гг. (Domenighetti et al. 1988). Частота этой операции у женщин 35—49 лет за период с 1977 по 1982 гг. выросла на 65% (с 860 до 1422 на 100 000 женщин). Подобные масштабные изменения вызывают беспокойство и лишний раз указывают на необходимость внедрения точных стандартов для оценки эффективности и экономичности самых распространенных типов хирургического вмешательства. На сегодняшний день невозможно определить, что хуже — сами изменения или кампания в СМИ, сделавшая их достоянием широкой гласности.

Влияние стандартов лечения, складывающихся на основе единодушно принятых инструкций

В отсутствие жестких стандартов медицинская помощь подвержена влиянию разнообразных факторов. Оценка медицинской помощи как оптимальной или субоптимальной зависит от принятых стандартов. Наличие научно обоснованных стандартов имеет принципиальное значение: ведь если оптимум не определен, невозможно говорить и о субоптимальном уровне.

Воздействие национального стандарта в виде единодушно принятых инструкций было изучено на материале операций по кесареву сечению в канадской провинции Онтарио (Lomas et al. 1989). С марта по июнь 1986 г. инструкции

рассылались по почте всем акушерам по списку Канадского общества акушеров и гинекологов и всем больницам, насчитывающим свыше 50 коек; они были опубликованы в национальном медицинском журнале и в бюллетене общества и распространялись иными способами.

Спустя год после этих мер 94% акушеров провинции Онтарио указали, что они знакомы с инструкциями. Судя по всему, инструкции были встречены с одобрением: свыше 80% акушеров согласилось с рекомендациями по принятию родов при тазовом предлежании и у женщин, перенесших кесарево сечение. Данные о подробном знакомстве с инструкциями оказались менее впечатляющими. Лишь 3% респондентов сумели полностью ответить на вопрос о четырех действиях, рекомендуемых инструкцией, и о четырех действиях, не рекомендуемых инструкцией. Сообщения самих врачей о результативности их работы оказались более ободряющими, хотя общий средний показатель составил только 67%. Два года спустя каждый третий акушер сообщил о переменах в своем личном профессиональном поведении; каждый третий сообщил также о том, что его больница изменила методы работы под непосредственным влиянием принятых инструкций.

Цифры, фигурирующие в ответах акушеров, заметно выше тех цифр, которые получаются в результате непрерывного анализа временных рядов. Такой анализ дает квази-экспериментальную конфигурацию, которая может быть использована для объективной оценки того, как меняется со временем воздействие медицинского вмешательства на население (Wood and Freemantle 1999). Распространение национальных стандартов снизило частоту операций по кесареву сечению на 0,13%. «Незначительность перемен станет еще более очевидной, если мы подсчитаем количество лет, за которые доля операций по кесареву сечению в провинции Онтарио снизится до 10,5% (именно таков показатель для Англии и Уэльса). За год до публикации инструкций доля таких операций составляла 20,4%; предположив, что снижение частоты операций произошло исключительно благодаря инструкциям, нетрудно подсчитать, что для достижения намеченной цифры 10,5% понадобилось бы свыше 30 лет» (Lomas et al. 1989:1310)

Аналогичная ситуация наблюдалась в связи с распространением научно обоснованных рекомендаций по использованию антидепрессантов в Великобритании, где незначительное замедление роста использования ингибиторов серотонина было объяснено воздействием этих документов (Mason et al. 1999). Главное управление медицины разослало всем семейным врачам бюллетень с указанием на слабую научную обоснованность перехода от старых антидепрессантов к новым, более дорогим ингибиторам серотонина (NHS Centre for Reviews and Dissemination and Nuffield Institute for Health 1996). Разосланное тогда же официальное письмо ориентировало органы здравоохранения на то, чтобы принять меры по поддержке содержащихся в бюллетене рекомендаций. В ряде известных случаев рассылка инструкций или опубликованных учебных материалов приводила к сходным результатам (Freemantle et al. 2000). Следовательно, распространение стандартов лечения, складывающихся на основе общепринятых инструкций и основанных на надежных научных данных, само по себе не обеспечивает должного уровня медицинских услуг.

Вмешательство, основанное на надежных данных об эффективности

Неудивительно, что в тех случаях, когда устойчивые стандарты лечения отсутствуют или когда стандарты, пусть даже основанные на самых надежных данных, отражают лишь наличие консенсуса среди профессионалов, клиническая практика принимает самые разнообразные формы и приводит к самым разнообразным результатам. Что меняется при наличии данных, однозначно свидетельствующих об эффективности и полученных по результатам масштабных рандомизированных проб? Трентский региональный орган здравоохранения проанализировал влияние испытаний тромболитических препаратов на лечение больных, перенесших инфаркт миокарда (Ketley and Woods 1993). Публикация результатов нескольких крупных проб (в частности, 2-го международного исследования выживаемости после инфаркта в 1988 г. и аналогичного итальянского исследования в 1986) продемонстрировала, что тромболитиз вскоре после начала болей при остром инфаркте миокарда ассоциируется со снижением смертности примерно на 25% в течение 5 недель. Учет этих находок в повседневной клинической практике мог бы привести к заметному снижению смертности.

Не все больные с острым инфарктом миокарда соответствуют клиническим критериям для тромболитиза. Вместе с тем во время 4-го международного исследования выживаемости после инфаркта тромболитизу подверглись 69% первых 40 000 больных; это наводит на мысль, что в клинической практике по меньшей мере 2/3 больных должны соответствовать необходимым критериям (Ketley and Woods 1993). В течение периода, последовавшего за публикацией этих результатов, различия между округами в том, что касается доли больных, вовремя подвергшихся тромболитизу, сократились почти в три раза. Вместе с тем была выявлена задержка во времени при переходе от проб к практике: обнаружилось, что доля участия больных в крупных пробах в конце 1980-х годов превзошла цифры, отражающие интенсивность использования тромболитических препаратов в начале 1990-х годов. Даже несмотря на то, что различия в практике предоставления помощи снизились, а число случаев обоснованного медицинского вмешательства возросло, среди больных Трентского региона в начале 1990-х годов тромболитизу подверглись лишь 35—50% нуждающихся в нем больных (Ketley and Woods 1993).

Сходная ситуация наблюдалась в связи с использованием ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента — препаратов, эффективность и экономичность которых надежно подтверждена практикой. Недавние оценки показывают, что среди лиц, обслуживаемых семейными врачами, терапии этого типа подвергается лишь каждый третий из нуждающихся в ней больных (Eccles et al. 1998a; Morgan et al. 1999).

Итак, по меньшей мере в краткосрочной перспективе наличие надежных данных можно считать ограниченно полезным фактором оптимизации медицинской практики.

Надежные данные об эффективности вмешательства, доступные в долгосрочной перспективе

Какое время необходимо для того, чтобы данные об эффективности тех или иных видов вмешательства находили применение в клинической практике? Поиску ответа на этот вопрос посвящено масштабное исследование (Cooperative

Cardiovascular Project), осуществленное на материале 186 800 больных с острым инфарктом миокарда в американской системе страхования здоровья престарелых Medicare (O'Connor et al. 1999). Территория США была поделена на 306 районов; больных классифицировали по категориям согласно тому, какие типы вмешательства им показаны. Результаты продемонстрированы в табл. 13.1. Лишь каждый второй больной получил бета-адреноблокаторы при выписке; лишь шестеро из десяти получили ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента; 2/3 больных подверглись тромболитису или баллонной коронарной ангиопластике.

Длительное время считалось, что бета-адреноблокаторы весьма полезны при вторичном предупреждении инфаркта миокарда (Yusuf et al. 1985). Даже в тех случаях, когда тот или иной тип вмешательства практикуется достаточно широко, а его эффективность оценена достаточно надежно, вариации в практике его применения могут быть весьма значительны. Поэтому качество лечения, оцененное с точки зрения определенного типа вмешательства, во многих больницах и у частнопрактикующих врачей оказывается низким, что ведет к заболеваемости и смертности, которых при других условиях можно было бы избежать.

Таблица 13.1. Показатели медицинского вмешательства (в %) среди больных 306 районов, участвовавших в исследовании Cooperative Cardiovascular Project

<i>Тип вмешательства</i>	<i>Число исследованных больных</i>	<i>Среднее</i>	<i>Амплитуда</i>	<i>Процентили от 20 до 80</i>
Аспирин в период госпитализации	96 246	86,2	67,8–100	82,6–90,1
Аспирин после выписки	60 044	77,8	52,1–96,0	72,5–83,9
Тромболитис или баллонная коронарная ангиопластика	17 071	67,2	33,0–93,3	59,8–75,1
Бета-адреноблокаторы при выписке	14 839	49,5	0,0–92,7	35,8–61,5
Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента при выписке	18 114	59,3	6,7–100,0	49,2–69,2
Отмена антагонистов кальция при нарушении функции левого желудочка	9 083	81,9	42,7–100,0	73,6–90,8
Совет прекратить курение	22 024	41,9	7,3–81,7	32,8–51,3

Источник: O'Connor et al. (1999).

Определение приоритетов и разработка стандартов лечения

Стандарты лечения, основанные на надежных данных об эффективности и экономичности, не всегда имеются в наличии. При этом наличие стандартов, оговаривающих оптимальный ход лечения, служит предпосылкой оптималь-

ной клинической результативности. Такие стандарты должны непременно фокусироваться на определенных группах больных — например, с ишемической болезнью сердца. Доступные данные также меняются со временем. «Рандомизированные пробы подтвердили действенность некоторых видов терапии. [...] Благодаря инструкциям удастся трезво оценить процессы лечения и определить те области, где в процесс лечения больных с острым инфарктом миокарда можно было бы внести улучшения» (O'Connor et al. 1999:627).

Как ни странно, систематическая разработка обоснованных рекомендаций по лечению лишь недавно вошла в практику центральных органов здравоохранения. В США, под эгидой Американского агентства по исследованиям и качеству в области здравоохранения, начала действовать масштабная программа разработки инструкций, однако ввиду отсутствия механизмов внедрения не вполне ясно, каким будет ее влияние. В Великобритании, в рамках плана Кокрейна (Cochrane Collaboration), были сделаны крупные инвестиции в развитие систематических обзоров эффективности различных типов лечения. Удалось осуществить трудоемкие обзоры рандомизированных проб, в том числе по неизученным областям (сердечно-сосудистым заболеваниям и др.). Однако систематические обзоры — не то же, что инструкции по лечению, основанные на научных данных. Отношение к этому обстоятельству меняется благодаря внедрению национальной схемы оценки и разработки инструкций по новым и утвердившимся типам медицинского вмешательства (Department of Health 1998). Научно обоснованная инструкция должна учитывать ряд моментов, не принимаемых во внимание при систематических обзорах. Среди таких моментов — оценка текущей эпидемиологии, установление клинических обстоятельств, оценка эффективности и экономичности альтернативных методов лечения. Оптимизация клинической практики предполагает оценку пригодности используемых клинических стандартов. Удивительно, как мало усилий принимается для того, чтобы определить, насколько рационально используются средства, инвестируемые в развитие новых технологий (Eddy 1992).

Попытки преобразовать практику

Попытки преобразовать клиническую практику осуществлялись с использованием разнообразных методов. Многие направлены на то, чтобы изменить поведение клиницистов и термин помочь им в оптимизации лечения; среди таких методов — непрерывное медицинское образование или машинно-генерируемые напоминания. Другие методы основаны на использовании финансовых стимулов и взысканий, среди которых — введение доплаты за услуги и ограничение выбора клиницистов в организациях здравоохранения (подобные меры направлены на повышение эффективности клинической деятельности путем наказания за расточительное использование ресурсов).

Методы, направленные на изменение поведения

Эффективность методов поведенческого вмешательства рассмотрена в нескольких опубликованных обзорах. Это вмешательство определяется как «попытки убедить врачей модифицировать свою практику, распространяя клини-

ческую информацию» (Davis et al. 1995). Среди методов такого вмешательства — посещение конференций и других традиционных продолжающихся медицинских мероприятий, менее распространенные выездные образовательные мероприятия (например, разъяснение свойств лекарства), курсы повышения квалификации под руководством ведущих специалистов. Судя по анализу 99 рандомизированных проб, оценивающих 160 случаев вмешательства, конференции и краткие образовательные мероприятия не приносят особой пользы (Davis et al. 1995). Было обнаружено, что распространение образовательных материалов, исследованное в 15 работах, не было связано с серьезными изменениями в клинической практике (Freemantle 1996).

Более активные формы вмешательства — такие, как выездные образовательные мероприятия, — судя по всему, влияют на практику, хотя и в очень ограниченных масштабах (Thomson O'Brien et al. 2000a). Впрочем, даже 15-процентное изменение поведения клиницистов может представлять определенную ценность.

Подход, основанный на аудите и обратной связи, при некоторых обстоятельствах практически никак не влияет на профессиональное поведение (Thomson O'Brien et al. 2000b,c). В одном из исследований было показано, что практика может меняться под влиянием мнений ведущих специалистов (Lomas et al. 1991), однако результаты семи дальнейших исследований не позволяют делать широких обобщений (Thomson O'Brien et al. 2000a). Система машинно-генерируемых напоминаний (Johnston et al. 1994) приносит пользу, которая, впрочем, может быть ограничена повседневной ситуацией, когда клиницисты соглашались с предлагаемым типом вмешательства, но забывают применить его в клинической практике. В качестве напоминания приводится случай прописывания низкой дозы аспирина в начале лечения симптоматической ангины (Eccles et al. 1998b).

Было показано, что поведенческое вмешательство способно вызвать «дозированную» реакцию (Davis et al. 1995). Судя по всему, сочетание нескольких типов вмешательства влияет на поведение клиницистов сильнее, чем использование того или иного типа самого по себе. Так, аудит и обратная связь предполагают наличие подробно разработанных стандартов, распространяемых, как правило, в печатном виде; аналогично, во время выездных образовательных мероприятий, как правило, используются напечатанные стандарты лечения и обзоры клинической деятельности. Подключение новых типов вмешательства может повысить не только вероятный эффект поведенческой программы, но и расходы. Экономичность того или иного типа вмешательства определяется масштабом его влияния на практику и общим контекстом (Mason et al. 1999). Экономический эффект выше, если удастся хотя бы немного снизить частоту использования того или иного дорогостоящего метода лечения, между тем как значительное снижение частоты использования дешевых методов не приводит к сколько-нибудь заметному экономическому эффекту.

Обзор эффективности различных форм продолжающегося формального медицинского образования (Davis et al. 1999) показал, что традиционные методы дидактического обучения не влияют на практику, между тем как влияние методов сфокусированного интерактивного обучения очевидно. Хотя эти результаты носят предварительный характер, они наводят на мысль о необходимости изменить формат деятельности, направленной на обеспечение соответствия квалификации клиницистов современной клинической практике.

Итак, влияние поведенческих подходов, нацеленных на то, чтобы убедить клиницистов использовать только самые необходимые методы лечения, ограничено. Такие подходы могут совершенствоваться, однако сами по себе они едва ли решат проблему оптимизации клинической практики.

Финансовые и организационные формы вмешательства

Многие системы здравоохранения стремятся влиять на врачебную практику с помощью стимулов или организационных структур (Bloor and Freemantle 1996; Freemantle and Bloor 1996). Эта сфера сложна для анализа, однако немногочисленные доступные экспериментальные и квази-экспериментальные исследования достоверно отвечают по меньшей мере на те вопросы, которые имеют отношение к поведению пользователей медицинских услуг.

Самый серьезный анализ влияния различных стимулов и организационных структур на практику предоставления медицинских услуг был осуществлен в рамках эксперимента по медицинскому страхованию RAND (Newhouse and Insurance Experiment Group 1993). Этот сложный социальный эксперимент охватил 2000 семей, обслуживаемых различными планами страхования; планы различались по размеру максимальных денежных расходов и по размеру возрастающей компенсации за каждую затраченную денежную единицу. Экспериментом было охвачено еще 3095 человек, обслуживаемых либо организациями по поддержанию здоровья, либо планами, предусматривающими гонорар за услугу.

Эксперимент RAND — масштабная и амбициозная схема, привлекавшая к себе серьезное внимание и подвергавшаяся определенной критике (Relman 1983; Welch et al. 1987). Хотя с первого взгляда исследование кажется весьма сложным, его идея весьма проста: расходы на лечение и объем медицинских услуг снижаются, если на пути тех, кто нуждается в медицинской помощи, воздвигаются барьеры (в частности, платежи наличными) или ограничения.

Что касается относительно молодого и здорового контингента, охваченного RAND, то снижение уровня медицинской помощи не оказывает на него особого влияния, если не считать таких групп, как бедные и больные (предполагаемая смертность внутри этой группы составляет около 10%); снижение уровня медицинской помощи влияет на вероятность таких событий, как, скажем, пломбирование испорченного зуба. «Наши анализы показывают, что доплата больных за лечение оказывает неспецифическое влияние на использование медицинских услуг. Так, она снижает уровень нужных и ненужных услуг примерно в одной пропорции. Подобный эффект можно наблюдать на таких примерах, как использование антибиотиков, медицинская обоснованность госпитализации и отдельные диагнозы, лечение которых должно привести к принципиально важным, но малозаметным результатам. Разделение затрат между больными и органами здравоохранения снижает также коэффициент использования профилактических услуг» (Newhouse and Insurance Experiment Group 1993:180).

Спорный аспект эксперимента RAND заключается в том, как авторы интерпретируют свои находки. Авторы полагают, что различия в статусе здоровья между отдельными группами не имеют большого значения или могут быть минимизированы иными путями, нежели снижение цен на лечение для пользователей. Критики отмечают также ряд методологических проблем, среди кото-

рых — трудность количественной оценки перемен в статусе здоровья исследуемого населения (Relman 1983).

В трех других, значительно более скромных, квазиэкспериментальных исследованиях было проанализировано влияние отрицательных финансовых стимулов. Было обнаружено, что ограничение числа рецептов, бесплатных для больных, глубоко влияет на интенсивность использования важнейших лекарств как среди пожилых и болезненных людей, так и среди тех, кто страдает функциональными психическими расстройствами (Soumerai et al. 1991, 1994). Совместные платежи привели также к снижению интенсивности использования как необходимых, так и факультативных лекарств (см. также: Harris and Stergachis 1990).

Итак, финансовые барьеры одинаково сокращают интенсивность использования как экономически невыгодных, так и эффективных форм вмешательства. В условиях излишней траты ресурсов (например, в случае относительно здоровой и молодой части населения) статус здоровья, по меньшей мере в краткосрочном плане, может остаться неизменным. Однако в тех случаях, когда вмешательство необходимо, финансовые и организационные барьеры снижают доступ к нужным и ненужным услугам пропорционально. Осторожное использование финансовых барьеров, особенно в связи с такими типами вмешательства, которые не кажутся особенно необходимыми, может принести заметную пользу. Впрочем, в большинстве систем здравоохранения подобная ситуация сложится не скоро; исключение, возможно, составляет система здравоохранения Австралии, где барьеры действуют в фармацевтической отрасли.

Влияние рыночных факторов

Рыночные факторы могут отрицательно влиять на рациональное применение медицинского вмешательства. Рынок здравоохранения подвержен воздействию множества извращенных стимулов. Цель настоящего раздела — не столько критика фармацевтической промышленности, сколько обсуждение правил, которых должна придерживаться эта отрасль индустрии.

Фармацевтическая промышленность существует почти исключительно ради производства медикаментов. Связанные с нею вспомогательные отрасли — такие, как приборы и диагностика, — могут рассматриваться под тем же углом зрения. Основная проблема для большинства индустриальных стран заключается в том, что структура ценообразования на фармацевтические продукты не отражает реальной клинической ценности этих продуктов с точки зрения определенных групп больных (Freemantle 1999). При назначении лекарства его цена, как правило, не учитывается. Система лицензирования и патентной защиты также далеко не всегда согласуется с интересами больных. Так, новые лекарства рекламируются весьма активно, тогда как старые, — например, бета-блокаторы — игнорируются даже в тех случаях, когда они весьма полезны и выгодны. Ситуация меняется при обнаружении показаний, позволяющих расширить действие патента (такова, например, сердечная недостаточность для бета-блокаторов).

Влияние рынка не должно недооцениваться. Когда в производство запускается принципиально новый продукт, это выгодно как для здравоохранения, так и для компаний, которым это новшество обещает солидную прибыль. С другой

стороны, если преимущество новых лекарств над существующими методами лечения не очевидно, компании стремятся получить доход с вложенных средств, выпуская продукт на рынок — иначе они потерпят крах.

Еще одна проблема заключается в том, что, когда цена лекарства назначается безотносительно к его ценности, новые лекарства часто недооцениваются. Время от времени в фармацевтической промышленности совершаются серьезные прорывы, однако чтобы продемонстрировать реальную ценность новых продуктов, компаниям приходится тратить многие миллионы долларов. При более рациональной организации связей с производством органы здравоохранения должны были бы проявить готовность платить за инвестиции и взять на себя часть рисков. Взятие ответственности за проведение необходимых исследований часто указывает на то, что продукту свойственны ограничения. Согласно действующей в Великобритании схеме регулирования цен на фармацевтическую продукцию, компании вознаграждаются лишь за прошлые капиталовложения; те же деньги могли бы быть распределены более рационально, если бы вознаграждались вложения в соответствующие научные исследования.

О способности фармацевтической промышленности влиять на практику свидетельствует новаторское исследование связи между врачами и фармацевтическими компаниями (Chen and Landefeld 1994). Предметом исследования стало поведение сорока врачей одной из американских больниц, потребовавших, чтобы в свод правил врачебной практики были введены дополнения; в качестве контроля послужила выборка из 80 врачей, которые не предъявляли подобных требований. «Врачи, потребовавшие, чтобы к своду правил были добавлены лекарства, более тесно взаимодействовали с фармацевтическими компаниями, чем другие врачи; вероятно, за деньги, полученные от компаний, они посещали образовательные симпозиумы или выступали на таких симпозиумах, либо проводили исследования (показатель плохого исхода 5,1; 95-процентный доверительный интервал 2,0—13,2)... Существует сильная и совершенно определенная связь между... поведением врачей и их взаимодействием с фармацевтическими компаниями; эта связь не зависит от реальных достоинств продукции компаний» (Chen and Landefeld 1994:686).

Итак, методы, с помощью которых системы здравоохранения определяют ценность медикаментов и других медицинских технологий, не способствуют их рациональному использованию в повседневной клинической практике. Во многих странах — например, в Великобритании — связь между системой здравоохранения и фармацевтическими компаниями подвержена воздействию извращенных стимулов, способствующих такому поведению компаний и поставщиков, которое не согласуется с подлинными интересами больных.

Местоположение больницы

Можно ли говорить о том, что у больницы, как помещения и работодателя, есть дополнительные механизмы для совершенствования клинической деятельности? Речь идет о таких рычагах, как клинические протоколы, экспертные оценки, разборы случаев. Существует довольно мало свидетельств в пользу того, что местоположение может влиять на действия тех, кто принимает решения; с другой стороны, маловероятно, чтобы фактор местоположения не играл никакой роли. Исследователи, анализировавшие воздействие мнения ведущих специа-

листов на злоупотребление процедурой кесарева сечения, выявили заметную роль фактора местоположения (Lomas et al. 1991). Другие работы, выполненные на локальном материале, не дают оснований для более широких обобщений (Thomson O'Brien et al. 2000a), поэтому невозможно определить, чем именно обусловлен выявленный «больничный эффект»; не исключено, что он возник вследствие простой игры случая.

Выводы

Этот обзор нынешнего состояния деятельности, направленной на оптимизацию клинической практики, вполне может навести тоску на тех, кому он покажется полностью или частично убедительным. Даже наличие надежных клинических данных само по себе не способно привести к необходимым изменениям в клинической практике. Хотя клинические стандарты или инструкции являются неременной частью процесса установления приоритетов среди различных типов медицинского вмешательства, их разработка оставляет желать лучшего; многие области слишком мало затронуты действующими инструкциями. Образовательные программы приводят в лучшем случае к незначительным переменам в практике, а финансовые и организационные формы воздействия кажутся слишком грубыми инструментами. Финансовые и организационные формы воздействия препятствуют доступу как к эффективным, так и к неэффективным формам лечения. Наконец, под влиянием правил, регулирующих взаимоотношения между производством и системами здравоохранения, возникает множество извращенных стимулов.

Что же может быть сделано для улучшения ситуации? По-видимому, быстрого улучшения достичь не удастся, однако некоторые шаги стоило бы предпринять. Методологически аккуратные проведенные анализы эффективности и экономичности различных типов вмешательства — например, анализ воздействия правастатина на 9000 кардиологических больных (LIPID Study Group 1998), — вносят заметный вклад в разъяснение того, какое вмешательство можно считать существенным и важным; число таких исследований постоянно растет. Далее, сам факт осознания проблемы способствует тому, что важные и существенные типы вмешательства постепенно утверждаются в повседневной клинической практике; хороший пример — повсеместное использование аспирина при лечении больных с острым инфарктом миокарда. Тем не менее вопрос о том, как лучше всего оптимизировать клиническую деятельность, на сегодняшний день не имеет однозначного ответа.

Благодарность

Я благодарен Дайане Доусон (Diane Dawson) за комментарии по поводу предварительного варианта главы и Энн Бёртон (Anne Burton) за помощь в систематизации ссылок и подготовке рукописи.

Литература

- Bloor, K. and Freemantle, N. (1996) Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure II: influencing doctors, *British Medical Journal*, 312:1525-7.
- Chen, M.M. and Landefeld, S. (1994) Physicians' behavior and their interactions with drug companies: a controlled study of physicians who request additions to a hospital formulary, *Journal of the American Medical Association*, 271:684-9.
- Davis, D.A., Thomson, M.A., Oxman, A.D. and Haynes, R.B. (1995) Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies, *Journal of the American Medical Association*, 274:700-5.
- Davis, D., Thomson O'Brien, M.A., Freemantle, N. et al. (1999) Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes?, *Journal of the American Medical Association*, 282:867-74.
- Department of Health (1998) *A First Class Service: Quality in the New NHS*. London: The Stationery Office.
- Domenighetti, G., Luraschi, P., Casabianca, A. et al. (1988) Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates, *Lancet*, ii: 1470-3.
- Eccles, M., Freemantle, N. and Mason, J.M. (1998a) Evidence based clinical practice guideline: angiotensin converting inhibitors in the primary care management of adults with symptomatic heart failure, *British Medical Journal*, 316:1369-75.
- Eccles, M., Freemantle, N., Mason, J. and North of England Aspirin Guideline Development Group (1998b) Evidence based clinical practice guideline: aspirin for the secondary prophylaxis of vascular disease in primary care, *British Medical Journal*, 316:1303-9.
- Eddy, D.M. (1992) *A Manual for Assessing Health Practices and Designing Practice Policies: The Explicit Approach*. Philadelphia, PA: American College of Physicians.
- Freemantle, N. (1996) Are decisions taken by health care professionals rational? A non-systematic review of experimental and quasi-experimental literature, *Health Policy*, 38:71-81.
- Freemantle, N. (1999) Does the UK need a fourth hurdle for pharmaceutical reimbursement to encourage the more cost effective prescribing of pharmaceuticals?, *Health Policy*, 46:255-65.
- Freemantle, N. and Bloor, K. (1996) Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure I: influencing patients, *British Medical Journal*, 312:1469-71.
- Freemantle, N., Harvey, E.L., Wolf, F. et al. (2000) Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD000172.
- Harris, B.L. and Stergachis, A. (1990) The effect of drug co-payments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization, *Medical Care*, 28:907-17.
- Johnston, M.E., Langton, K.B., Haynes, R.B. and Mathieu, A. (1994) Effects of computerbased clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome: A critical appraisal of research, *Annals of Internal Medicine*, 120(2): 135-42.
- Ketley, D. and Woods, K.L. (1993) Impact of clinical trials on clinical practice: example of thrombolysis for acute myocardial infarction, *Lancet*, 342:891-4.
- LIPID Study Group (1998) Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels, *New England Journal of Medicine*, 339:1349-57.

- Lomas, J., Anderson, G.M., Domnick-Pierre, K. et al. (1989) Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians, *New England Journal of Medicine*, 321:1306-11.
- Lomas, J., Enkin, M., Anderson, G.M. et al. (1991) Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines: delivery after previous cesarean section, *Journal of the American Medical Association*, 265:2202-7.
- Mason, J., Freemantle, N. and Young, P. (1999) The effect of the distribution of Effective Health Care Bulletins on prescribing selective serotonin reuptake inhibitors in primary care: a quasi-experimental study, *Health Trends*, 30:120-2.
- Morgan, S., Smith, H., Simpson, I. et al. (1999) Prevalence and characteristics of left ventricular dysfunction among elderly patients in general practice setting: crosssectional survey, *British Medical Journal*, 318:368-72.
- Newhouse, J.P. and Insurance Experiment Group (1993) *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination and Nuffield Institute for Health (1996) Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access, *Effective Health Care*, 2(8): 1-16.
- O'Connor, G.T., Quinton, H.B., Traven, N.D. et al. (1999) Geographic variation in the treatment of acute myocardial infarction: the Cooperative Cardiovascular Project, *Journal of the American Medical Association*, 281:627-33.
- Relman, A.S. (1983) The Rand health insurance study: is cost sharing dangerous to your health?, *New England Journal of Medicine*, 309:1453.
- Soumerai, S.B., Ross-Degnan, D., Avorn, J., McLaughlin, T.J. and Choodnovskiy, I. (1991) Effects of Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes, *New England Journal of Medicine*, 325(15): 1072-7.
- Soumerai, S.B., McLaughlin, T.J., Ross-Degnan, D., Casteris, C.S. and Bollini, P. (1994) Effects of a limit on Medicaid drug reimbursement benefits in the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia, *New England Journal and Medicine*, 331(10): 650-5.
- Thomson O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Haynes, R.B. et al. (2000a) Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD000125.
- Thomson O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Davis, D.A. et al. (2000b) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD000259.
- Thomson O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Davis, D.A. et al. (2000c) Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD000260.
- Welch, B.L., Hay, J.W., Miller, D.S. et al. (1987) The RAND health insurance study: a summary critique, *Medical Care*, 25:148-56.
- Wood, J. and Freemantle, N. (1999) Choosing an appropriate unit of analysis in trials of interventions that attempt to influence practice, *Journal of Health Services Research and Policy*, 1:44-8.
- Yusuf, S., Peto, R., Lewis, J., Collins, R. and Sleight, P. (1985) Beta-blockade during and after myocardial infarction: an overview of the randomized trials, *Progress in Cardiovascular Diseases*, 27(5): 335-71.

глава ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ

Организация больниц и больничная культура

Линда Айкен и Дуглас Слоун

Введение

Исследовательская работа по проблеме эффективности медицинской помощи за последние два десятилетия превратилась в процветающий род деятельности в международном масштабе. Движущей силой исследований стало стремление индустриальных стран снизить рост расходов на здравоохранение (Cochrane 1973; Wennberg and Gittelsohn 1973). Что касается исследований по организации больничного дела, то им было уделено сравнительно мало внимания, что может показаться удивительным, имея в виду высокую скорость организационных перемен в здравоохранении (Aiken et al. 1997c). Влияние масштабной реорганизации больниц, побуждаемой стремлением сдерживать расходы, на результативность лечения изучено слабо (Leatt et al. 1997; Marmor 1998).

Сокращение использования больниц — основной пункт приложения государственных усилий по сдерживанию расходов на здравоохранение (Reinhardt 1996). Между 1980 и 1999 годами число дней, проведенных в стационаре среднестатистическим жителем США, снизилось примерно на 40%; ныне средняя продолжительность больничного срока в США ниже, чем в любой другой стране с сопоставимым уровнем жизни. За этот же период были предприняты многочисленные инициативы по дальнейшему сокращению расходов путем организационной перестройки больниц и снижения численности персонала (Aiken et al. 1997a).

Одной из оборотных сторон реорганизации больниц стал рост недовольства профессионалов и общественности. Организационные перемены и сокращение персонала в больницах вызвали публичные протесты среднего медицинского персонала в Канаде (Driedger 1997), Дании и Швеции (Bentsen et al. 1999), Великобритании (Royal College of Nursing 1998) и США (Institute of Medicine 1996; Shindul-Rothschild

et al. 1996; Davidson *et al.* 1997). Уровень обеспечения профессиональными кадрами объявляется ненадежным; выражается беспокойство размытием качественных показателей лечения. Общественность недовольна также переменами, затронувшими больничную отрасль. Как показал недавний опрос общественного мнения, проведенный в Австралии, Канаде, Новой Зеландии, Великобритании и США, меньше четверти населения этих стран удовлетворено работой системы здравоохранения (Donelan *et al.* 1999). Доля респондентов, оценивших свой последний больничный опыт как удачный или неудачный, составляла от 18% в Великобритании до 27% в Канаде. Почти треть опрошенных в США за пять лет стала доверять больницам меньше (Hensley 1998).

Настоящая глава состоит из трех разделов. Вначале мы аргументируем необходимость повышения инвестиций в исследования по организации больниц. Затем мы обобщаем доступные данные о факторах, влияющих на результативность лечения. Наконец, мы используем данные наших исследований для демонстрации связей между организацией больниц, культурой больничного дела и результативностью лечения.

Организационные перемены

Масштабы и темпы организационных перемен внушительны. В США с 1994 г. процесс слияния больниц резко интенсифицировался; в конце 1990-х происходило около 250 слияний в год. В Канаде процесс регионализации и снижения емкости больниц вызвал споры среди профессионалов и потребителей (Naylor 1999). Государственная служба здравоохранения Великобритании в 1990-х годах попыталась провести две реформы, затрагивающие больничный сектор (Klein 1998; Le Grand 1999). Тем не менее влияние организационных перемен на результативность лечения больных исследовано слабо.

Реформы организации больниц делятся на две категории. К первой относятся прежде всего системные изменения, затрагивающие больницы: объединение и слияние нескольких больниц, вертикальная и горизонтальная интеграция больничных служб и создание интегрированных систем оказания помощи, объединенные закупки, заключение договоров со сторонними организациями и т. п. (Shortell *et al.* 1990). Вторая категория — внутренняя реструктуризация больниц, приводящая к кардинальной перестройке клинического лечения и взаимоотношений между теми, кто участвует в оказании медицинских услуг (Blancett and Flarey 1995; Leatt *et al.* 1997). Реорганизация обоих типов затронула большинство больниц США и Канады и постепенно получает распространение в Европе и за ее пределами (Decter 1994; Aiken *et al.* 1997a; Bentsen *et al.* 1999).

Внутренняя реструктуризация определяется как «кардинальный пересмотр и радикальная перестройка практики деловых отношений ради резкого улучшения всех важнейших современных показателей деятельности — таких, как расходы, качество, обслуживание и скорость» (Hammer and Champy 1993:32). Реструктуризация ведет к пересмотру должностных обязанностей и определяет, кто, где и как должен выполнять ту или иную работу. К 1994 г. около 70% крупнейших корпораций США официально сообщили о том, что в них происходит процесс реструктуризации (Champy 1996). Мерам по реструктуризации в больничном секторе не помешала резкая критика аналогичных мер в других отраслях (Micklethwait and Wooldridge 1996). Судя по результатам опроса, между 1991 и 1996 годами 60% высших должностных лиц в больницах США приняли меры по реструктуризации больниц (Walston *et al.* 2000).

Основная цель реструктуризации — снижение численности персонала путем повышения производительности и эффективности и замена профессионалов менее дорогостоящим персоналом там, где это возможно. Обычные задачи — снижение численности среднего медицинского персонала и оптимизация кадрового состава. Теоретически эта модель предусматривает меньшую численность среднего медицинского персонала, поскольку в многопрофильном коллективе средний медицинский персонал может проводить больше времени, непосредственно ухаживая за больными. Инициативы по реструктуризации, как правило, приводят также к сокращению управленцев среднего звена; на уровне отдельных подразделений клинические медсестры получают возможность контролировать более обширные, разнообразные и децентрализованные трудовые ресурсы. Одним из результатов реструктуризации часто оказывается сокращение числа часов, которые медсестра тратит в день на одного больного: ведь обязанности среднего медицинского персонала по контролю над работой подразделений нередко требуют больше времени, чем удается сэкономить, передавая часть полномочий, не связанную с уходом за больными, другим работникам.

В 1960—1970-х годах доминирующей формой организации работы среднего медицинского персонала были группы медсестер. Практика подобной коллективной работы не удовлетворяла средний медицинский персонал по ряду хорошо документированных причин (Brannon 1994). Медсестры были недовольны необходимостью нести ответственность за помощь, оказываемую менее квалифицированным персоналом, им не нравилось руководить работой непрофессионалов, они болезненно ощущали эрозию связей между медсестрой и больным, обусловленную тем, что значительная часть повседневного ухода предоставлялась не медсестрами. В США среднему медицинскому персоналу удалось изменить организацию своей работы, переведя ее на более профессиональные рельсы; кадровый состав дипломированных медсестер стал разнообразнее, а объем услуг, предоставляемых ими в рамках модели «базового ухода», вырос (Hoffart and Woods 1996). Хотя связь между базовым уходом и повышением результативности лечения редко становилась предметом строгих эмпирических исследований, базовый уход является ключевым элементом работы образцовых больниц (Scott et al. 1999), то есть учреждений с наиболее низкой смертностью (Aiken et al. 1994, 1999). Реструктуризация повысила степень профессионализации среднего медицинского персонала (Brannon 1996). Неудовлетворенность медсестер этим аспектом реорганизации привела к тому, что многие из них уволились по собственному желанию; в итоге возник заметный дефицит среднего медицинского персонала (Baer et al. 1996; Davidson et al. 1997; Clifford 1998).

Немногочисленные эмпирические исследования, содержащие оценку результатов реструктуризации больниц, не сообщают почти ничего существенного о том, удалось ли структурным реформам решить задачу повышения экономичности (Leatt et al. 1997; Marmor 1998). Недавние исследования систем, объединяющих множества больниц «по горизонтали» (Dranove et al. 1996), и вертикальной интеграции больниц (Walston et al. 1996) наводят на мысль, что ни одна из этих стратегий не приводит к росту финансовой эффективности работы больниц. Уолстон с соавторами (Walston et al. 2000), исследуя влияние реструктуризации на материале репрезентативной выборки больниц США, обнаруживает, что в большинстве случаев реструктуризация ведет к ухудшению финансового положения больницы по сравнению с другими больницами, действующими на том же местном рынке. Подобный негативный эффект во многом обуславливается неспособностью руководства больницы внедрить предлагаемые изменения ввиду широкого противодействия, особенно со стороны

медиков-профессионалов (Rundall et al. 1998). Недовольство среднего медицинского персонала чревато ростом текущих расходов больниц из-за добровольного ухода многих медсестер с работы (Davidson et al. 1997); более того, наши исследования показали, что недовольство медсестер неразрывно связано с неудовлетворенностью больных качеством лечения.

Обобщая, можно сказать, что в больничном секторе происходит активный процесс организационных преобразований. Судя по немногочисленным доступным исследованиям, многие из предлагаемых преобразований наталкиваются на противодействие со стороны тех, кто ухаживает за больными, и поэтому не могут быть успешно внедрены (Rundall et al. 1998). Наиболее радикальные преобразования чреваты дезинтеграцией системы оказания услуг, усилением недовольства, текучестью среднего медицинского персонала, ростом дефицита медсестер; все это может отрицательно сказаться на качестве лечения больных.

Обзор исследований по организации и результативности

Больницы — та часть системы здравоохранения, где сосредоточены наиболее серьезные больные и где неблагоприятные для здоровья события происходят часто. Больничная смертность и другие важнейшие показатели здоровья больничных пациентов варьируют в широких пределах. Недавнее сопоставление приведенных к единому стандарту данных по смертности для больных системы Medicare (США) показало, что различия между больницами по смертности от инфаркта миокарда может составить 500%, а от сердечной недостаточности — 1000% (Rosenthal et al. 1997). Значительные различия в показателе смертности наблюдались и среди английских больниц (Jarman et al. 1999).

Факторы, определяющие больничную смертность и другие негативные последствия для больных, изучены достаточно подробно (Moses and Mosteller 1968; Kelly and Hellinger 1986; Shortell and Hughes 1988; Chassin et al. 1989; Hartz et al. 1989; Al-Haider and Wan 1991; Aiken et al. 1994; Mitchell and Shortell 1997; van Servellen and Schultz 1999). Значительная часть существующей литературы сосредоточена на том, как отделить вариации результативности, обусловленные тяжестью болезни и другими характеристиками больного, от поддающихся изменению аспектов организации больницы. Исследователи больничной смертности, уделяющие внимание особенностям больницы как учреждения, обычно учитывают многочисленные организационные корреляты. Среди последних преобладают такие макроуровневые структурные характеристики, как число коек, местоположение больницы, отношение больницы к учебному процессу, статус больницы как государственного, частного некоммерческого или частного коммерческого учреждения. К числу коррелятов, связанных не столько с организацией, сколько с наличными ресурсами, относятся обеспеченность больницы средним медицинским персоналом, технологическая оснащенность, уровень квалификации врачей.

Обеспеченность средним медицинским персоналом и смертность среди больных находятся в обратной пропорции (Shortell and Hughes 1988; Hartz et al. 1989; Silber et al. 1995; Aiken et al. 1999). Кроме того, смертность тем ниже, чем выше доля дипломированных медсестер в структуре среднего медицинского персонала, о чем свидетельствуют исследования по США (Hartz et al. 1989) и Англии (Jarman et al. 1999).

Обеспеченность средним медицинским персоналом находится в обратной пропорции и с частотой событий, негативно влияющих на здоровье пациентов. Было

исследовано соотношение между обеспеченностью средним медицинским персоналом для хирургических больных и совокупностью негативных событий более чем в 500 больницах из десяти штатов США (Kovner and Gergen 1998). Было замечено явно выраженное обратное соотношение между численностью дипломированных медсестер на одного больного и инфекциями мочевого канала, пневмонией, тромбозом и легочными осложнениями. Один дополнительный час работы дипломированной медсестры на одного хирургического больного в день связан с 9-процентным снижением инфекций мочевого канала и 8-процентным снижением пневмонии. Было обнаружено также, что наличие большего числа дипломированных медсестер ассоциируется с более низкой частотой пролежней, жалоб больных и больничных инфекций, а более высокая доля дипломированных медсестер в структуре среднего медицинского персонала — с заметно более низким уровнем врачебных ошибок и падений больных (Blegen et al. 1998; Blegen and Vaughn 1998).

Не существует эмпирических исследований, указывающих на оптимальное соотношение между численностью медсестер и численностью больных или на оптимальный состав среднего медицинского персонала (в частности, на оптимальную долю дипломированных медсестер). Предписывать определенные уровни обеспеченности средним медицинским персоналом — практика, сомнительная по ряду причин, в том числе потому, что минимальные требования со временем начинают восприниматься как достаточные или обычные (Buerghaus 1997). Как бы то ни было, объективные данные неопровержимо свидетельствуют о наличии обратно пропорциональной связи между обеспеченностью средним медицинским персоналом и частотой событий, негативно влияющих на здоровье пациентов. Поэтому в США приняты к рассмотрению законодательные предложения, оговаривающие соотношение между численностью медсестер и больных в определенных типах больничных подразделений и ограничивающие круг обязанностей недипломированного вспомогательного персонала (Gallagher 1999).

В работах, исследующих связь между врачами и результативностью лечения пациентов, основное внимание уделяется опыту и специализации врачей и взаимодействию между медсестрами и врачами. Обнаружено, что в случае больных, пользующихся услугами врачей — специалистов по СПИДу, результативность в целом выше (Aiken et al. 1999). Относительно объемные процедуры ассоциируются с более эффективным лечением (Flood et al. 1984a,b; Thiemann et al. 1999); лечение тем эффективнее, чем лучше взаимодействуют средний медицинский персонал и врачи (Knaus et al. 1986). В Англии соотношение между численностью больничных врачей и количеством коек и соотношение между численностью дипломированных медсестер и вспомогательного медицинского персонала позволяет прогнозировать вариации смертности (Jarman et al. 1999).

Связь между организацией больницы и результативностью лечения

Содержательный критический обзор работ, посвященных исследованию влияния организационных и управленческих факторов на качество медицинской помощи, содержится в статье: Flood 1994. Автор приходит к выводу, что исследователи слишком часто ограничивают свою задачу выявлением структурных характеристик, эмпирически связанных с результатами лечения; слишком мало внимания

уделяется разработке моделей, объясняющих процессы, посредством которых структура влияет на качество и результативность лечения. Нас занимает прежде всего вопрос о том, существуют ли иные факторы, связывающие обеспеченность больницы средним медицинским персоналом с результативностью лечения; мы анализируем влияние организационных особенностей больниц и больничных подразделений на соотношение между кадровым обеспечением и результативностью (рис. 14.1). Наш анализ был осуществлен на материале нескольких масштабных исследований, включая обобщающее исследование ряда больниц Канады, Германии, Великобритании и США (Sochalski and Aiken 1999).

Рисунок 14.1. Организация больницы, обеспеченность средним медицинским персоналом и результативность



Источник: Aiken et al. (1997b).

Наша первая серьезная попытка проанализировать влияние организации больницы на эффективность лечения учитывала результаты исследования трех больниц США с особенно высоким уровнем работы среднего медицинского персонала (оценка была осуществлена представителями Американской академии среднего медицинского персонала) (McClure et al. 1983). Эти образцовые в своем роде больницы объединяло наличие общих организационных характеристик и приверженность культуре, придающей большое значение профессионализму среднего медицинского персонала (Kramer and Schmalenberg 1988a,b; Kramer 1990). Они оказались весьма привлекательны для дипломированных медсестер, которые предпочитали работать в них даже при наличии дефицита среднего медицинского персонала на местном рынке труда (отсюда их популярное обозначение — «больницы-магниты»). Нас интересовал вопрос о том, была ли результативность лечения в этих больницах выше, чем в других больницах сопоставимого уровня, и если да, то почему. Используя национальную базу данных о больницах, мы сопоставили каждую из 39 «больниц-магнитов» с пятью контрольными больницами; общее число больниц в выборке составило 234. Сопоставление проводилось по 12 характеристикам, связь которых с вариациями больничной смертности была удостоверена предшествующими иссле-

дованиями; среди таких характеристик — форма собственности, отношение к учебному процессу, число коек, аренда, доля врачей высшей квалификации, оснащенность современной техникой, местоположение. Смертность в «больницах-магнитах», скорректированная с учетом тяжести случаев, оказалась заметно ниже, чем в контрольных больницах (Aiken et al. 1994).

При выборе контрольных больниц мы намеренно не обращали внимания на уровень их обеспеченности средним медицинским персоналом; тем самым мы получили возможность эмпирически выяснить, до какой степени высокие показатели «больниц-магнитов» могут быть объяснены различиями в их кадровом обеспечении. В «больницах-магнитах» доля дипломированных медсестер заметно выше, а соотношение численности среднего медицинского персонала к численности больных — несколько выше, чем в контрольных больницах. Однако ни один из этих показателей не оказывает сколько-нибудь заметного влияния на смертность.

Судя по анализу данных по организации 16 «больниц-магнитов», все или большинство переменных, по-видимому, определяются единым набором характеристик для всех «больниц-магнитов». К числу таких характеристик относятся более высокая самостоятельность среднего медицинского персонала, большие полномочия среднего медицинского персонала по управлению различными практическими аспектами, лучшие взаимоотношения между врачами и средним медицинским персоналом. Тем не менее мы не в состоянии эмпирически доказать, что эти организационные и культурные особенности, присущие только «больницам-магнитам», являются основной причиной более низкой смертности в этих больницах: ведь у нас пока нет аналогичных данных по контрольным больницам. Наше следующее исследование было спланировано так, чтобы получить первичные данные о влиянии организационного контекста и культурных факторов на уход среднего медицинского персонала за больными и на его результативность.

Организационная культура больницы и результативность лечения

Эпидемия СПИДа в США стимулировала реорганизацию больниц; результаты этого естественного «эксперимента» — предмет нашего следующего исследования, посвященного влиянию организационных и культурных факторов на результативность лечения больных (Aiken et al. 1997c). В городах, где заболеваемость СПИДом особенно высока, некоторые больницы поручили среднему медицинскому персоналу создать и возглавить специализированные подразделения по лечению СПИДа (Fox et al. 1990). Поначалу казалось, что этим подразделениям присущи те же организационные атрибуты и культура профессионального ухода за больными, что и «больницам-магнитам». Мы провели исследование в 40 подразделениях двадцати больниц, представляющих все географические регионы США, чтобы выяснить, действительно ли результативность лечения больных СПИДом зависит от способа организации подразделения. Среди исследованных нами организационных форм — подразделения, специально предназначенные для больных СПИДом, контрольные подразделения традиционного типа, предоставляющие услуги по уходу за больными СПИДом на отдельных койках, и «больницы-магниты» без специальных подразделений для больных СПИДом (Aiken et al. 1997b).

Для эмпирической оценки организационных и культурных особенностей каждого из подразделений мы использовали сообщения медсестер об организационных моментах, которые могли бы повлиять на уход за лежачим больным. Данные

по отдельным индивидам были объединены в базу данных на уровне подразделения, откуда черпались объективные характеристики организационных особенностей, представляющих первоочередной теоретический и практический интерес (Aiken and Patrician 2000). Мы разработали специальные шкалы для эмпирической оценки, соответственно, уровня независимости среднего медицинского персонала, уровня контроля, осуществляемого средним медицинским персоналом над работой подразделения, и взаимоотношений между средним медицинским персоналом и врачами. В табл. 14.1 показаны средние значения по каждой из этих трех шкал для каждой из трех изученных нами организационных форм. Средние значения для «больниц-магнитов» и специальных подразделений для больных СПИДом заметно отличались от значений для контрольных подразделений традиционного типа. Уровень обеспеченности средним медицинским персоналом также варьировал в зависимости от модели; в «больницах-магнитах» отношение числа дипломированных медсестер к числу больных было самым высоким, тогда как в подразделениях традиционного типа — самым низким.

Таблица 14.1. Средние значения по трем шкалам характеристик практики для 40 подразделений двадцати больниц США согласно типам организации

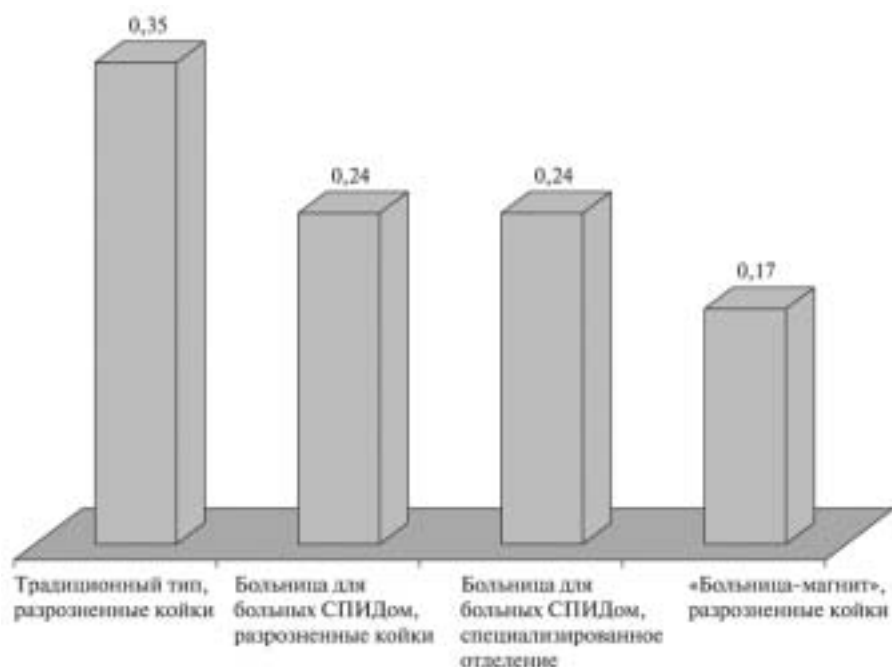
<i>Шкала</i>	<i>«Больницы-магниты»</i>	<i>Специализированные подразделения для больных СПИДом</i>	<i>Подразделения традиционного типа с отдельными койками для больных СПИДом</i>
Самостоятельность среднего медицинского персонала	17,0***	15,1**	14,2
Контроль над практикой со стороны среднего медицинского персонала	22,7***	20,4***	17,4
Отношения между средним медицинским персоналом и врачами	6,4***	6,1**	5,8

Заметные различия по сравнению с показателями по учреждениями традиционного типа: ** $P \leq 0,01$; *** $P \leq 0,001$.

Выявив различия в организации и кадровом обеспечении, мы попытались определить, различаются ли организационные формы по основным показателям результативности лечения (таким, как смертность в течение 30 дней после приема в стационар и степень удовлетворенности больных), и если да, то могут ли такие различия быть объяснены вариациями в способах организации и в уровне кадрового обеспечения. На рис. 14.2 показаны различия между больницами по смертности в течение 30 дней среди тяжелобольных в нашей выборке. Вероятность умереть в течение 30 дней в больницах со специализиро-

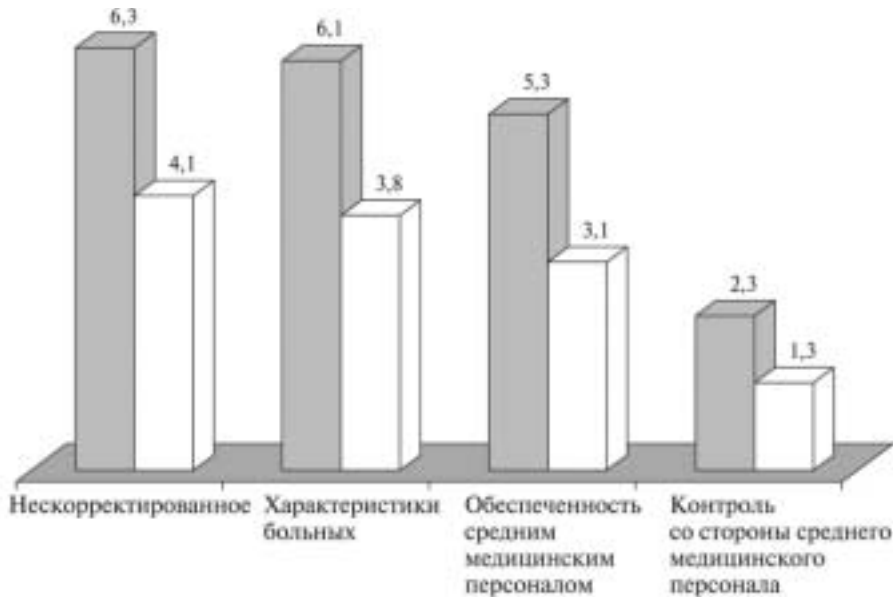
ванными подразделениями оказалась ниже, чем в подразделениях традиционного типа с отдельными койками для больных СПИДом; в «больницах-магнитах» этот показатель оказался еще ниже. Эти различия сохранились и после того, как были сделаны поправки на различия между учреждениями в том, что касается степени тяжести состояния больных и других характеристик больных. Относительно низкая смертность в специализированных подразделениях, по-видимому, может быть приписана присутствию врачей — специалистов по СПИДу, а также более высокому отношению численности среднего медицинского персонала к численности больных (Aiken et al. 1999). Если бы на каждые шесть больных в каждую восьмичасовую смену приходилась одна дополнительная медсестра, это снизило бы ожидаемую вероятность летального исхода примерно на треть. Для больных, чьи врачи были связаны со специализированными услугами по лечению СПИДа, вероятность умереть в течение 30 дней после поступления в больницу равнялась примерно одной трети. Что касается различий в степени самостоятельности среднего медицинского персонала, в уровне контроля среднего медицинского персонала над работой подразделений и во взаимоотношениях между врачами и средним медицинским персоналом, то нам не удалось выявить какого-либо специфического воздействия этих факторов на смертность; вместе с тем эти организационные особенности весьма важны для объяснения различий в степени удовлетворенности больных.

Рисунок 14.2. Вероятность смерти для больных СПИДом в течение 30 дней после поступления в 40 отделений 20 больниц США, в зависимости от типа учреждения (показана вероятность для тяжелобольных, требующих наиболее интенсивного ухода)



Источник: Aiken et al. (1997b).

Рисунок 14.3. Нескорректированное и скорректированное влияние типа больничного подразделения на степень удовлетворенности больных СПИДом в 40 отделениях 20 больниц США: (■) отделение «больницы-магнита»; (□) специализированное отделение для больных СПИДом



Источник: Aiken et al. (1997b).

На рис. 14.3 показаны различия в уровне удовлетворенности больных качеством работы среднего медицинского персонала; пациенты подразделений «больниц-магнитов» и специализированных подразделений для больных СПИДом сравнивались с больными, помещенными в подразделения традиционного типа. Эти результаты были получены из регрессивных моделей до и после корректировки с учетом различий между характеристиками больных в разных учреждениях, между уровнем кадрового обеспечения учреждений и между уровнем контроля над практикой со стороны среднего медицинского персонала (Aiken et al. 1999). Значительные и не поддающиеся корректировке различия в уровне удовлетворенности больных не зависят ни от различий между характеристиками больных, ни от уровня обеспеченности учреждений средним медицинским персоналом (последнее обстоятельство особенно важно). Основным фактором, влияющим на различия в уровне удовлетворенности, оказался уровень контроля над практикой со стороны среднего медицинского персонала.

Организация больниц и больничных подразделений влияет не только на результативность лечения больных, но и на самочувствие и настроение среднего медицинского персонала (Aiken and Sloane 1997). Мы наблюдали за утомляемостью (эмоциональным истощением) среднего медицинского персонала в изученных нами подразделениях, где содержались больные СПИДом, и обнаружили, что в специализированных подразделениях и «больницах-магнитах» — то есть именно там, где результативность лечения выше, — персонал устает меньше. Как показано в табл. 14.2, различия между больницами и боль-

ничными подразделениями выражены достаточно явно как до, так и после корректировки с учетом характеристик больниц (таких, как число коек, статус собственности и местоположение) и характеристик среднего медицинского персонала (таких, как половой и расовый состав, возраст, опыт). Как и в случае уровня удовлетворенности больных, единственным фактором, заметно обусловившим относительно низкий уровень утомляемости в специализированных подразделениях и «больницах-магнитах», явилась степень организационной самостоятельности среднего медицинского персонала.

Таблица 14.2. Воздействие специализированных подразделений для больных СПИДом и «больниц-магнитов» на утомляемость среднего медицинского персонала, измеренную по шкале эмоционального истощения (Maslach Burnout Inventory)

Модель	Контролируемые факторы ^а	Усредненные различия в утомляемости среднего медицинского персонала ^б	
		Подразделения для больных СПИДом	«Больницы-магниты»
1	нет	-5,3**	-4,8**
2	ЭБ	-5,6**	-5,2**
3	ЭБ и ХСМП	-4,6**	-4,7**
4	ЭБ, ХСМП и ОП	-3,1**	-1,4**

^а ЭБ — эффект больницы (различия между больницами в аспекте утомляемости среднего медицинского персонала); ХСМП — характеристики среднего медицинского персонала (набор переменных, включающий пол, возраст, этническую принадлежность, образование, опыт, сексуальную ориентацию); ОП — организационная поддержка (оценивается согласно крамеровскому каталогу видов работ среднего медицинского персонала).

^б Коэффициенты указывают на средние значения различий между специализированными подразделениями для больных СПИДом и «больницами-магнитами» с одной стороны и учреждениями традиционного типа с отдельными койками для больных СПИДом — с другой. Заметные эффекты: *P ≤ 0,05; **P ≤ 0,01.

Источник: Адаптировано из Aiken and Sloane (1997).

Изучая больницы

Наше исследование связи между организацией больницы и результативностью лечения вобрало в себя информацию, сообщенную многочисленными медсестрами и больными и полученную из разнообразных источников, однако некоторые из самых интересных гипотез почти не поддаются проверке. Ни одно из наших исследований по организационным факторам не включало свыше двадцати или, как в случае, исследования по СПИДу, сорока больниц. Поскольку переменные, воспринимаемые как ближайшие факторы благоприятного исхода лечения, соответствуют уровню больницы или подразделения, для окончательного ответа на поставленные нами вопросы необходимо охватить более

обширные выборки больниц и подразделений. Это справедливо прежде всего потому, что многие из интересующих нас факторов — такие, как уровень кадрового обеспечения, кадровый состав, уровень контроля над практикой со стороны среднего медицинского персонала, — тесно взаимосвязаны; выделить влияние каждого из них из общего контекста затруднительно.

Поэтому наша нынешняя работа ориентирована уже не на анализ отдельных типов больниц — «больниц-магнитов», известных высоким уровнем ухода за больными, или больниц со специализированными подразделениями для терапии СПИДа, — а на изучение репрезентативных групп больниц. Выяснилось, что наши методы получения надежной информации об организации и культуры больницы путем опроса работающего в этой больнице среднего медицинского персонала могут быть внедрены и на государственном, провинциальном или национальном уровне: следует опросить всех дипломированных медсестер и приобщить их ответы к базе данных по их больницам. Данные по кадровому обеспечению, как правило, доступны из вторичных источников, а показатели результативности по отдельным больницам могут быть рассчитаны на основании информации о выписке, доступной из административных источников. На материале нескольких стран мы предприняли исследование факторов, определяющих различия в результативности работы больниц; в процессе исследования предполагается опросить 90 000 работников среднего медицинского персонала из примерно 700 больниц (McKee et al. 1998; Sochalski and Aiken 1999). Тем самым мы получим возможность решить ряд вопросов, поднятых в наших работах прошедшего десятилетия.

Наше новое исследование охватывает все больницы канадских провинций Онтарио, Альберта и Британская Колумбия, штата Пенсильвания (США) и Шотландии и ряд больниц Англии и Германии. Вдобавок к обычным показателям результативности (таким, как коэффициент смертности) используется относительно новый и многообещающий показатель — неудача попытки спасти жизнь. Коэффициент неудачных попыток спасти жизнь больного определяется как показатель смертности после осложнений; он связан с интенсивностью использования больничных ресурсов, включая соотношение между численностью среднего медицинского персонала и количеством больных (Silber et al. 1995). Предварительные оценки показывают, что больницы в каждой отдельно взятой стране различны с точки зрения организационного контекста и культуры. Есть основания ожидать, что крупные больницы при высших учебных заведениях, пользующиеся общенациональной известностью благодаря высокому уровню лечения, отличаются сравнительно высоким уровнем самостоятельности среднего медицинского персонала, высоким уровнем контроля над практикой со стороны среднего медицинского персонала и лучшими взаимоотношениями между средним медицинским персоналом и врачами. На материале 32 трестов английской Государственной службы здравоохранения удалось показать, что интересующие нас организационные особенности находятся в тесной связи с теми показателями работы больниц, которые имеют первоочередное значение с точки зрения среднего медицинского персонала. Так, более высокая степень организационной самостоятельности медсестер ассоциируется с более высоким уровнем их удовлетворенности, меньшей утомляемостью и меньшим числом повреждений, вызванных зараженными шприцами и т. п. (Ball 1999). Таким образом, мы надеемся сделать заметный шаг к лучшему пониманию связи между организацией и культурой больницы

с одной стороны и результативностью ее работы — с другой; богатейшие данные, которые будут собраны в ходе этого очень обширного исследования, помогут нам выявить причинные связи.

Выводы

Можно считать доказанным, что уровень обеспеченности средним медицинским персоналом и состав среднего медицинского персонала принадлежат к числу важных факторов, влияющих на уровень смертности и на другие показатели результативности работы больниц. Наше исследование наводит на мысль, что организация ухода за больными может влиять на результативность независимо от этих факторов. Однако Митчелл и Шортелл (Mitchell and Shortell 1997) утверждают, что исследователи по организации больниц, вообще говоря, непоследовательны в своих выводах относительно влияния организационных особенностей на результативность. Это может быть связано отчасти с тем, что большинство исследователей, оценивая результативность или качество лечения, опираются прежде всего на данные о смертности и осложнениях. Между тем эти показатели тесно связаны с трудно контролируруемыми факторами индивидуального порядка — такими, как степень серьезности заболевания. Будущие исследования в области организации больниц и результативности их работы должны будут ответить на следующие вопросы:

- какие показатели результативности наиболее подвержены влиянию больничной организации и культуры;
- каким образом организационные и культурные факторы взаимодействуют с использованием ресурсов;
- образом уровни обеспеченности средним медицинским персоналом и состав среднего медицинского персонала влияют на результативность;
- каким образом влияние особенностей больницы на результативность лечения может быть отделено от моментов, определяемых индивидуальными характеристиками больных.

Организация и культура — важные и недооцененные факторы, с помощью которых можно объяснить многие различия в результативности работы больниц. Лучшее понимание того, как эти факторы влияют на процесс и результативность лечения, позволит оптимизировать инвестиции, вкладывая средства прежде всего в аспекты больницы, наиболее благоприятные с точки зрения результативности.

Литература

- Aiken, L.H. and Patrician, P. (2000) Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index, *Nursing Research*, 49:149-53.
- Aiken, L.H. and Sloane, D.M. (1997) Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among urban hospital nurses, *Work and Occupations*, 24(4): 453-77.
- Aiken, L.H., Smith, H.L. and Lake, E.T. (1994) Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care, *Medical Care*, 32(8): 771-87.

- Aiken, L.H., Sochalski, J. and Fagin, C.M. (1997a) Hospital restructuring in the United States, Canada and western Europe: an outcomes research agenda, *Medical Care*, 35 (suppl. 10): S13-25.
- Aiken, L.H., Lake, E.T., Sochalski, J. and Sloane, D.M. (1997b) Design of an outcome study of the organization of hospital AIDS care, *Research in the Sociology of Health Care*, 14:3-26.
- Aiken, L.H., Sochalski, J. and Lake, E.T. (1997c) Studying outcomes of organizational change in health services, *Medical Care*, 35(suppl. 11): NS6-18.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Lake, E.T., Sochalski, J. and Weber, A.L. (1999) Organization and outcomes of inpatient AIDS care, *Medical Care*, 37(8): 760-72.
- Al-Haider, A.S. and Wan, T.T. (1991) Modelling organizational determinants of hospital mortality, *Health Services Research*, 26(3): 303-23.
- Baer, E.D., Fagin, C.M. and Gordon, S. (1996) *Abandonment of the Patient: The Impact of Profit-driven Health Care on the Public*. New York: Springer.
- Ball, J. (1999) *Preliminary Nurse Survey Findings in England*. London: International Council of Nurses Meeting.
- Bentsen, E.Z., Borum, F., Erlingsdottir, G. and Sahlin-Andersson, K. (eds) (1999) *Nar Styringsambitioner Moder Praksis: den Svoere Omstilling af Sygehus- og Sundhedsvoesenet i Danmark og Sverige [When Management Ambitions Meet Practice: The Difficult Transformation of the Hospital and Health Care System in Denmark and Sweden]*. Copenhagen: Copenhagen Business School Press.
- Blancett, S.S. and Flarey, D.L. (1995) *Reengineering Nursing and Health Care: The Handbook for Organizational Transformation*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Blegen, M.A. and Vaughn, T. (1998) A multisite study of nurse staffing and patient outcomes, *Nursing Economics*, 16(4): 196-203.
- Blegen, M.A., Goode, C.J. and Reed, L. (1998) Nurse staffing and patient outcomes, *Nursing Research*, 47(1): 43-50.
- Brannon, R.L. (1994) *Intensifying Care: The Hospital Industry, Professionalization and the Reorganization of the Nursing Labor Process*. Amityville, NY: Baywood.
- Brannon, R.L. (1996) Restructuring hospital nursing: reversing the trend toward a professional work force, *International Journal of Health Services*, 26(4): 643-54.
- Buerhaus, P.I. (1997) What is the harm in imposing mandatory hospital nurse staffing regulations?, *Nursing Economics*, 15:66-72.
- Champy, J. (1996) *Reengineering Management: The Mandate for New Leadership*. New York: Harper Business.
- Chassin, M.R., Park, R.E., Lohr, K.N., Keesey, J. and Brook, R.H. (1989) Differences among hospitals in Medicare patient mortality, *Health Services Research*, 24(1): 1-31.
- Clifford, J.C. (1998) *Restructuring: The Impact of Hospital Organization on Nursing Leadership*. Chicago, IL: AHA Press.
- Cochrane, A.L. (1973) *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Davidson, H., Folcarelli, P.H., Crawford, S., Duprat, L.J. and Clifford, J.C. (1997) The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses, *Medical Care*, 35(6): 634-45.
- Decter, M. (1994) *Healing Medicare: Managing Health System Change the Canadian Way*. Toronto: McGilligan Books.
- Donelan, K., Blendon, R.J., Schoen, C., Davis, K. and Binns, K. (1999) The cost of health system change: public discontent in five nations, *Health Affairs (Millwood)*, 18(3): 206-16.

- Dranove, D., Durkac, A. and Shanley, M. (1996) Are multihospital systems more efficient?, *Health Affairs (Millwood)*, 15(1): 100-3.
- Driedger, S.D. (1997) The nurses: the front-line caregivers are burned out. Is it any wonder?, *Maclean's*, 110:24-7.
- Flood, A.B. (1994) The impact of organizational and managerial factors on the quality of care in health care organizations, *Medical Care Research and Review*, 51:381.
- Flood, A.B., Scott, W.R. and Ewy, W. (1984a) Does practice make perfect? I: the relation between hospital volume and outcomes for selected diagnostic categories, *Medical Care*, 22(2): 98-114.
- Flood, A.B., Scott, W.R. and Ewy, W. (1984b) Does practice make perfect? II: the relation between volume and outcomes and other hospital characteristics, *Medical Care*, 22(2): 115-25.
- Fox, R.C., Aiken, L.H. and Messikomer, C.M. (1990) The culture of caring: AIDS and the nursing profession, *The Milbank Quarterly*, 68 (suppl. 2): 226-56.
- Gallagher, R.M. (1999) The numbers game, *Nursing Standard*, 13(41): 18-19.
- Hammer, M. and Champy, J. (1993) *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*. New York: Harper Business.
- Hartz, A.J., Krakauer, H., Kuhn, E.M. et al. (1989) Hospital characteristics and mortality rates, *New England Journal of Medicine*, 321(25): 1720-5.
- Hensley, S. (1998) VHA readiness ad campaign: proposed plan would play up local hospitals' strengths, *Modern Healthcare*, 28(4): 2-3.
- Hoffart, N. and Woods, C.Q. (1996) Elements of a nursing professional practice model, *Journal of Professional Nursing*, 12(6): 354-64.
- Institute of Medicine (1996) *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is it Adequate?* Washington, DC: National Academy Press.
- Jarman, B., Gaults, S., Alves, B. et al. (1999) Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data, *British Medical Journal*, 318(7197): 1515-20.
- Kelly, J.V. and Hellinger, F.J. (1986) Physician and hospital factors associated with mortality of surgical patients, *Medical Care*, 24(9): 785-800.
- Klein, R. (1998) Why Britain is reorganizing its national health service - yet again, *Health Affairs (Millwood)*, 17(4): 111-25.
- Knaus, W.A., Draper, E.A., Wagner, D.P. and Zimmerman, J.E. (1986) An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers, *Annals of Internal Medicine*, 104(3): 410-18.
- Kovner, C. and Gergen, P.J. (1998) Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals, *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4): 315-21.
- Kramer, M. (1990) The magnet hospitals: excellence revisited, *Journal of Nursing Administration*, 20(9): 35-44.
- Kramer, M. and Schmalenberg, C. (1988a) Magnet hospitals I: institutions of excellence, *Journal of Nursing Administration*, 18(1): 13-24.
- Kramer, M. and Schmalenberg, C. (1988b) Magnet hospitals II: institutions of excellence, *Journal of Nursing Administration*, 18(2): 11-19.
- Le Grand, J. (1999) Competition, cooperation, or control: tales from the British National Health Service, *Health Affairs (Millwood)*, 18(3): 27-39.
- Leatt, P., Baker, G.R., Halverson, P.K. and Aird, C. (1997) Downsizing, reengineering and restructuring: long-term implications for healthcare organizations, *Frontiers of Health Services Management*, 13(4): 27-39.
- Marmor, T.R. (1998) Hope and hyperbole: the rhetoric and reality of managerial reform in health care, *Journal of Health Services Research and Policy*, 3(1): 62-4.

- McClure, M.L., Poulin, M.A., Sovie, M.D. and Wandelt, M.A. (1983) *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO: American Nurses' Association.
- McKee, M., Aiken, L., Rafferty, A.M. and Sochalski, J. (1998) Organizational change and quality of health care: an evolving international agenda, *Quality in Health Care*, 7(1): 37-41.
- Micklethwait, J. and Wooldridge, A. (1996) *The Witch Doctors: Making Sense of the Management Gurus*. New York: Times Books.
- Mitchell, P.H. and Shortell, S.M. (1997) Adverse outcomes and variations in organization of care delivery, *Medical Care*, 35(11): NS19-32.
- Moses, L.E. and Mosteller, F. (1968) Institutional differences in postoperative death rates: commentary on some of the findings of the National Halothane Study, *Journal of the American Medical Association*, 203(7): 492-4.
- Naylor, C.D. (1999) Health care in Canada: incrementalism under fiscal duress, *Health Affairs (Millwood)*, 18(3): 9-26.
- Reinhardt, U.E. (1996) Spending more through 'cost control': our obsessive quest to gut the hospital, *Health Affairs (Millwood)*, 15(2): 145-54.
- Rosenthal, G.E., Harper, D.L., Quinn, L.M. and Cooper, G.S. (1997) Severity-adjusted mortality and length of stay in teaching and nonteaching hospitals: results of a regional study, *Journal of the American Medical Association*, 278(6): 485-90.
- Royal College of Nursing (1998) *Evidence to the Review Body for Nursing Staff, Midwives, and Health Visitors: Memorandum*. London: Royal College of Nursing of the United Kingdom.
- Rundall, T.G., Starkweather, D.B. and Norrish, B.R. (1998) *After Restructuring: Empowerment Strategies at Work in America's Hospitals*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Scott, J.G., Sochalski, J. and Aiken, L. (1999) Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice, *Journal of Nursing Administration*, 29(1): 9-19.
- Shindul-Rothschild, J., Berry, D. and Long-Middleton, E. (1996) Where have all the nurses gone? Final results of our Patient Care Survey, *American Journal of Nursing*, 96(11): 25-39.
- Shortell, S.M. and Hughes, E.F. (1988) The effects of regulation, competition and ownership on mortality rates among hospital inpatients, *New England Journal of Medicine*, 318(17): 1100-7.
- Shortell, S.M., Morrison, E.M. and Friedman, B. (1990) *Strategic Choices for America's Hospitals: Managing Change in Turbulent Times*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Silber, J.H., Rosenbaum, P.R. and Ross, R.N. (1995) Comparing the contributions of groups of predictors: which outcomes vary with hospital rather than patient characteristics?, *Journal of the American Statistical Association*, 90(429): 7-18.
- Sochalski, J. and Aiken, L.H. (1999) Accounting for variation in hospital outcomes: a cross-national study, *Health Affairs (Millwood)*, 18(3): 256-9.
- Thiemann, D.R., Coresh, J., Oetgen, W.J. and Powe, N.R. (1999) The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients, *New England Journal of Medicine*, 340:1640-8.
- van Servellen, G. and Schultz, M.A. (1999) Demystifying the influence of hospital characteristics on inpatient mortality rates, *Journal of Nursing Administration*, 29(4): 39-47.

- Walston, S.L., Kimberley, J.R. and Burns, L.R. (1996) Owned vertical integration and health care: promise and performance, *Health Care Management Review*, 21(1): 83-92.
- Walston, S.L., Burns, L.R. and Kimberly, J.R. (2000) Does re-engineering really work? An examination of the context and outcomes of hospital reengineering initiatives, *Health Services Research*, 34(6): 1363-88.
- Wennberg, J. and Gittelsohn, S. (1973) Small area variations in health care delivery, *Science*, 182(117): 1102-8.

часть ЧЕТВЕРТАЯ

Выводы

глава ПЯТНАДЦАТАЯ

Больницы будущего

Мартин Макки и Джудит Хили

Эту книгу можно будет считать полезной, если она поощрит диалог между теми, кто несет ответственность за организацию системы здравоохранения, и теми, кто управляет больницами. Наша задача — стимулировать дискуссию, которая приведет к радикальной переоценке принципов больничного лечения в Европе двадцать первого века.

Деятели, ответственные за разработку политики в области здравоохранения, слишком долго относились к больницам как к некоей данности. Это неудивительно: ведь решения о местоположении больниц, об их структуре и о спектре их деятельности принимались, как правило, очень давно. Ныне, принимая решение относительно больницы, политик должен принять во внимание интересы ряда заинтересованных сторон — больничных управленцев, руководства образовательных учреждений, профессиональных регулирующих органов, органов регионального развития, частных компаний, различных групп потребителей. Деятельность больницы многогранна, богата сложными взаимосвязями, основывается на множестве неписаных правил и поэтому остается не до конца постижимой с точки зрения любой отдельно взятой группы. Во многих странах профессиональная независимость охраняется весьма ревностно; все, что производит впечатление внешнего вмешательства, категорически отвергается. Имея в виду эти обстоятельства, многие деятели, ответственные за политику в области здравоохранения, предпочитают линию наименьшего сопротивления, сосредоточив свое внимание на мобилизации средств для больничной системы и переложив ответственность за расходы на врачей и администрацию больницы, которые, как предполагается, лучше знают, как и куда нужно тратить деньги.

Подобный подход имеет определенные положительные стороны. С точки зрения доступа к информации больной и медик находятся в неравном положении, а их общение нередко отягощается невысказанными подтекстами. Таким сложным процессом, как общение больного с медиком, невозможно во всех деталях управлять со стороны; как показал опыт СССР, любая попытка мелочного контроля в данном случае приводит к снижению профессионального уровня и, в конечном счете, к ухудшению качества лечения.

Тем не менее, как известно, «война — слишком важное дело, чтобы оставить ее на усмотрение генералов»; точно так же и стационарное лечение — слишком важное дело, чтобы оставить его на усмотрение больничной администрации и медиков-профессионалов. Больницы подвергаются сильнейшему нажиму: с одной стороны, от них требуется, чтобы они срочно обслуживали всех поступивших больных, с другой — они обязаны придерживаться бюджета. Это осложняет заботу о долгосрочных потребностях всего населения, входящего в сферу ответственности данной больницы, имея в виду услуги, предоставляемые соседними больницами и медиками, работающими вне больниц. Срочный характер потребностей больных отвлекает больницу от того, что может понадобиться будущим поколениям, и от адекватного вложения средств в мощности, людей и знания. Высокий темп работы мешает отвлечься на объективную оценку ее эффективности, соответствия ее качества реальным возможностям учреждения и соответствия ее результатов законным ожиданиям больных. Сосредоточенность на лечении больных подчас отвлекает больницу от других важных функций — таких, как обучение, научные исследования и осуществление более широких социальных ролей. Это часто приводит к необходимости согласовывать взаимно противоречивые устремления и к различным формам скрытого субсидирования. Политики могут сделать многое ради того, чтобы каждая из функций больницы была должным образом признана и вознаграждена. Создание современной, эффективно работающей больничной системы предполагает согласованные действия множества людей, работающих как внутри этой системы, так и вне ее.

По всей книге проводится идея о необходимости принимать во внимание различные контексты. В каждой отдельно взятой стране функционирует больничная система определенного исторически сложившегося типа. Каждая система существует и развивается не только за счет финансовых вливаний, но и за счет исторического наследия в виде долгосрочных вложений в мощности, людей и знания. Кроме того, в будущем разным странам предстоит столкнуться с разными проблемами, поскольку картины заболеваемости и общественные ожидания варьируют в них в весьма широких пределах. Поэтому с нашей стороны было бы неумно предлагать какие-либо рецепты на все случаи жизни. Вместо этого мы попытались выявить и проанализировать ряд проблем, которые, как мы надеемся, поощрят политиков к тому, чтобы задаться вопросом: почему больничная система в их стране или регионе работает так, и именно так, и что можно сделать, чтобы повысить результативность ее работы?

Все еще не вполне ясно, как именно следует трактовать термин «больница». Как было показано в главе 1, этот термин охватывает множество различных типов учреждений даже в пределах одной страны. Имея в виду неоднозначность термина и разнообразие и изменчивость функций современной больницы, следует сосредоточить дискуссию на спектре услуг, оказываемых населению независимо от того, где они предоставляются — вне или внутри больницы. Так, вместо того

чтобы заниматься территориальным распределением служб неотложной помощи, следует изучить всю систему травматологической помощи, включая неотложную помощь, эвакуацию, длительное лечение и реабилитацию. Огромный технический прогресс в области хирургии позволяет расширить спектр операций, которые могут быть сделаны в амбулаторных условиях вне больничных стен. Стоило бы также задаться вопросом о том, что лучше для долгосрочного ухода — большие обезличенные больницы или компактные учреждения, специально предназначенные для этой цели и находящиеся ближе к семье больного.

Как показано в главе 2, любая больница является продуктом истории. Основания, обусловившие их местоположение и структуру, могут сохранять свою силу, но могут и устареть. Как бы то ни было, эти основания нуждаются в регулярной переоценке. Принципы устройства действующих больниц со временем могут устареть. В главе 3 сформулированы проблемы, которые в будущем могут иметь весьма серьезное значение для больниц. Население многих стран стареет; связанная с этим перспектива повышения расходов на здравоохранение вызывает заметную озабоченность у политиков. Мы полагаем, что последствия старения населения можно смягчить, если передать часть функций больниц менее дорогостоящим службам социальной опеки. Основная проблема для больниц состоит в том, что пожилые люди будут страдать разнородными болезнями, для лечения которых потребуются координированные программы, предусматривающие участие многопрофильных групп медиков-профессионалов.

Старение населения — лишь один из факторов, преобразующих общую картину заболеваемости. Больницам придется считаться и с эволюцией факторов риска — таких, как курение и режим питания. Кроме того, больницы должны реагировать на меняющиеся общественные ожидания и на более высокие запросы потребителей.

Доступные больницам инструменты также будут меняться; возможности диагностики и лечения будут расширяться. В конечном счете больницы должны приспособиться к новому политическому контексту, отражающему эволюцию общественных процессов в Европе и во всем мире. Больницы должны предвосхищать изменения и реагировать на них; в этом отношении они не отличаются от успешно работающих производств и предприятий сферы услуг.

Больницы издавна находятся на переднем крае борьбы с инфекциями. Существует реальная опасность того, что больницы выиграют битву, но проиграют войну. Неконтролируемое использование антибиотиков может оказаться выгодным в краткосрочной перспективе, однако в конечном счете оно, скорее всего, приведет к негативным последствиям.

Политики должны выработать взгляд на больничную систему как на единое целое: ведь отдельно взятая больница не должна рассматриваться в изоляции. Прежде всего политики должны учесть точку зрения определенной части населения, имеющей определенные потребности в медицинской помощи, и осуществить инспекцию всего спектра медицинских услуг, оказываемых больницами и коммунальными учреждениями. В главе 6 показано, что при организации больничных служб следует учитывать как момент географической доступности, предусматривающий определенный территориальный разброс мощностей, так и потребность в некоторой критической массе взаимосвязанных специальностей — потребность, для удовлетворения которой необходима известная концентрация мощностей. Следует также иметь в виду те элементы медицинской помощи, которые могут предоставляться вне больниц. Технический про-

гресс и меняющиеся ожидания означают, что как оптимальная емкость больницы, так и «интерфейс» между больницей и остальной системой здравоохранения обречены на нестабильность. Поэтому принципы устройства больницы системы должны меняться. Как показывает опыт нескольких стран, такие перемены относительно легко осуществимы в рамках региональных планов. И напротив, предоставление высокой степени самостоятельности отдельным больницам служит консервации существующей системы.

Высокое качество лечения и отзывчивость на нужды больных обеспечиваются только при условии, что больница имеет доступ к различным внешним вложениям. Среди таких вложений — инвестиции в мощности, квалифицированный персонал и знания. Правительства и те, кто действует от их имени, несут ответственность за то, чтобы больницы имели доступ к этим вложениям. Одновременно они обязаны сделать так, чтобы больницы использовали полученные средства по возможности рационально. Это не означает, что деятельность каждой больницы нужно контролировать во всех деталях. Речь идет о том, чтобы политики определили общую стратегию использования больниц и обеспечили мониторинг результатов их деятельности. Этот тип руководства именуется надзором (*англ. stewardship*).

Деятели, ответственные за систему здравоохранения, имеют в своем распоряжении ряд инструментов. Неоднозначный опыт реформирования больничных систем убеждает в том, что политики должны точно знать, чего они хотят добиться, и сделать так, чтобы используемые ими внешние стимулы не противоречили стимулам, действующим внутри отдельных больниц.

Отдельная больница несет основную ответственность за оказание качественной медицинской помощи. Первый шаг — обеспечить необходимые мощности. Последние должны быть достаточно гибкими для того, чтобы приспособиться к неизбежно меняющимся обстоятельствам. Для развивающейся амбулаторной хирургии нужно меньше коек, но больше операционных; благодаря прогрессу анестезии некоторые несложные операции могут осуществляться амбулаторно вне больничных стен. Больницы должны также учитывать уязвимые стороны своих пациентов, многие из которых испытывают страх и замешательство или страдают нервными или двигательными расстройствами.

Работники больницы также должны уметь приспособливаться к меняющимся обстоятельствам. Все поставщики медицинской помощи должны регулярно повышать свою квалификацию; общественность непременно будет требовать от медиков, чтобы они демонстрировали свою профессиональную пригодность. Больницы должны располагать системами мониторинга иощрения качества медицинской помощи. При этом желательно иметь в виду данные об эффективности различных путей, ведущих к изменению профессионального поведения (глава 13).

Чтобы персонал качественно делал свое дело, ему нужно соответствующее оборудование. Эту проблему также следует рассматривать с точки зрения системы здравоохранения в целом. Решения должны основываться на надежных данных об эффективности; для этой цели необходимо создать агентства по оценке медицинских технологий, которые могли бы разрабатывать и распространять необходимые руководящие документы. Решения следует принимать с учетом того, чем располагают соседние больницы; это поможет избежать дублирования или дефицита оборудования и материалов.

Все эти вложения должны быть приведены в единое целое. Подобная задача решается сравнительно легко в рамках устоявшейся, хорошо организованной культуры больничного дела. Для улучшения работы больниц полезны также системы, связывающие повышение качества с контролем над ресурсами: при наличии таких систем работа управленцев оценивается как с точки зрения качества предоставляемой помощи, так и с точки зрения финансовой эффективности.

Страны Европы располагают очень разными больницами и системами здравоохранения; в разных странах преобладают разные ценности и убеждения, к тому же в ряде стран происходят весьма масштабные преобразования. Тем не менее три основные идеи актуальны для всех стран. Во-первых, больницы существуют ради улучшения здоровья населения; эту задачу они выполняют не только предоставляя медицинскую помощь в соответствии с потребностями и ожиданиями своих пациентов, но и посредством обучения и научных исследований. Во-вторых, больницы составляют лишь одну из частей системы здравоохранения. Они не могут рассматриваться изолированно друг от друга или от других учреждений, предоставляющих медицинскую и социальную помощь. В-третьих, ответственность за улучшение здоровья населения и оказание своевременной и качественной медицинской помощи несут не только больницы, но и те, кто отвечает за систему здравоохранения в целом. Мы надеемся, что эта книга поможет заинтересованным группам при принятии ответственных решений.

Предметный указатель

- Аккредитация больницы, 154-155
Альтернативы приему в больницу, 97
Амбулаторное лечение, 65-67
Архитектура больниц, 228-231
Больница
доминирующая, 72
и долгосрочный уход, 22, 27
как гражданское достояние, 77
как индикатор идеологических установок, 75-77
как показатель развития страны, 77
как поставщик амбулаторного лечения, 93
как поставщик услуг по социальному уходу, 77
как работодатель, 78
как система, 13
как средоточие профессиональных сил, 78
как средство легитимизации государства, 75
определение понятия, 5-7
оптимальный размер, 126
связь с первичной помощью, 73
сепаратная, 74
совершенствование работы, 227
социальные функции, 58, 59, 60
узловая, 73
универсальная, 73,74
Больницы
и внешняя среда, 91
и дома престарелых, 27-28
и политические и социальные перемены, 52
исследование, 7
историческая эволюция, 15-19
коммунальные, 83
окружные общего профиля, 82
право собственности, 134
прогнозирование программ, 57
различные типы, 78
реформирование, 9
роль и функция, 63, 64
связь между размером и качеством, 110, 116-118
системный подход, 10-13
современные тенденции, 19-26
в Восточной Европе, 31
специализированные, 81
структура персонала, 51
третьей ступени, 79
Больницы будущего, 56
Больницы-магниты, 299,302
Больничная культура, 9

- и результативность лечения, 296
- Больничные инфекции, 45-48
- Бывший СССР и Восточная Европа
 - механизмы оплаты больничных услуг, 216
 - опыт реформирования больниц, 196
 - современное состояние больничных систем, 19
- Взаимозаменяемость врачей и среднего медицинского персонала, 254
- Внешние больничные интерфейсы, 99
- Внешние рычаги совершенствования работы больниц, 133
- Внешняя среда и организационная структура больницы
 - опыт установления взаимосвязи в странах с переходной экономикой, 196
- Внутренние больничные интерфейсы, 92
- Вознаграждение за услугу, 175
- Восточная Европа и бывший СССР
 - механизмы оплаты больничных услуг, 216
 - опыт реформирования больниц, 196
- Глобальные бюджеты, 171, 185
- Глобальный рынок научных исследований, 55-56
- Государственные и частные инвестиции в мощности, 138
- Демографические факторы перемен, 38
- Децентрализация отношений занятости, 251
- Дневная медицинская помощь и дневная хирургия, 98
- Долгосрочный уход и больница, 22
- Дома престарелых, 28, 27
- Доминирующая больница, 72
- Доступ больных к услугам, 122
- Западноевропейский опыт оплаты больничных услуг
 - и ситуация в странах с переходной экономикой, 187-189
- Изменения организационной структуры больниц в переходный период, 206
- Инвестирование в больницы, 132
 - сотрудничество государственного и частного секторов, 138
 - стимулы к вложению средств, 94, 95
- Инвестирование в знания, 150
- Инвестирование в людей, 142
- Инвестирование в мощности, 136
- Интегрированные программы обеспечения качества, 158
- Интернационализация систем здравоохранения, 54
- Интерфейс
 - между первичной помощью и больницей, 94
 - непрерывного ухода, 101
- Интерфейсы
 - внутри больницы, 91-92
 - между больницей и внешним миром, 92
- Информационные потоки между первичной помощью и больницей, 103
- Информирование о достижениях науки, 150-151
- Кадровое обеспечение здравоохранения, 142
- Качество работы больницы
 - в связи с объемом деятельности, 110, 116-118
- Классификация больниц, 78, 79
- Клиническое руководство, 242, 245
- Контроль над спросом на госпитализацию, 96
- Культура больницы, 292
 - и результативность лечения, 298
- Ла-Питье-Сальпетриер, 17
- Лечение больных
 - амбулаторное, 65-67
 - стационарное, 65
- Лечение неотложных случаев, 67
- Лечение, сосредоточенное на больном, 243
 - и структурная перестройка больниц, Местоположение больницы и оптимизация клинической деятельности, 288
- Миграция, 42, 43
- Мониторинг деятельности больниц, 145
- Необоснованная госпитализация, 96
- Неотложная помощь, 67-70
- Непрерывный уход, 101
- Новые технологии, 50, 266
 - и их влияние на больницы, 267-270
 - и лечение язвенной болезни, 269
 - и роль больницы в принятии решений по их внедрению, 270
 - конкретные случаи освоения, 271
- Обоснованность использования больничных услуг, 95
- Обучение и научные исследования как функции больницы, 70-71
- Общественная роль больницы, 74
- Общественные ожидания, 48
- Объем и результативность работы больницы, 116

318 Реформа больниц в новой Европе

- Оплата больничных услуг в странах с переходной экономикой, 169-184
 - вознаграждение за услугу, 175
 - глобальные бюджеты, 171, 185
 - и западноевропейский опыт, 187-189
 - на основе оценки процедуры или услуги, 170
 - оплата за случай, 170
 - переходные платежные системы, 184
 - переходный период, 168
 - подушевая оплата, 172, 186
 - постатейные бюджеты, 167
 - посуточная оплата, 170
 - различные модели, 169
 - ранние опыты, 173
 - система, унаследованная от прошлого, 166
- Оплата за случай, 170
- Оптимальный размер больницы, 126
- Оптимизация клинической деятельности, 279
- влияние рыночных факторов, 287
- и местоположение больницы, 288
- на основе единодушно принятых инструкций, 280
- на основе надежных данных об эффективности, 282
- определение приоритетов и разработка стандартов лечения, 283
- попытки преобразовать практику, 284
- Организационная структура больницы в странах с переходной экономикой, 199, 218
- изменения в переходный период, 206
- Организационная структура больницы и внешняя среда
- опыт установления взаимосвязи в странах с переходной экономикой, 203
- Организационные перемены в 293
- Организация больниц и больничная культура, 292
- Организация больницы и результативность лечения, 296, 298
- Отслеживание деятельности больниц, 145
- Отслеживание инвестиций, 141
- Оценка потребностей населения в медицинской помощи, 151
- Первичная помощь и ее связь с больницей, 73
- Переаттестация персонала, 144
- Персонал
- инвестирование в квалифицированные кадры, 142
- меняющийся кадровый состав, 262
- меры по управлению, 237
- профессиональная структура занятости, 235
- профессиональный рост, 238
- равенство возможностей, 238
- состав и взаимозаменяемость, 235, 254
- тенденции в управлении, 254
- удержание на работе, 238
- Планировка больниц, 229
- Поддерживающая культура, 240
- Поддержка других учреждений здравоохранения как функция больницы, 72
- Подотчетность, 215
- больницы перед больными, 218
- больницы перед министерством здравоохранения, 217
- больницы перед покупателями медицинских услуг, 216
- больницы перед собственниками, 216
- Подушевая оплата больничных услуг, 172, 186
- Политика работы с персоналом, 237
- Политические и социальные факторы, влияющие на больничное дело, 52
- Полномочия больниц по принятию решений
- в странах с переходной экономикой, 206, 210-212
- Постатейные бюджеты
- в странах с переходной экономикой, 167
- Посуточная оплата в странах с переходной экономикой, 170, 176
- Права больных, 148
- Право собственности на больницы, 134
- Претендент на остаток, 214-215
- Приоритеты и стандарты лечения, 283
- Присутствие больницы на рынке, 213
- Прогноз ситуации в больничном деле, 57
- Программы обеспечения качества, 158
- Профессиональная структура занятости, 235
- Профессиональное развитие и переаттестация персонала, 144
- Реабилитация, 70
- Результативность работы больницы в связи с объемом деятельности, 110, 116-118
- в связи с организацией больницы, 296, 298
- Реорганизация и перестройка больниц, 257

- Реформа больниц в странах с переходной экономикой,
- Рождаемость, 39
- Роли и функции больниц, 63
- Рынок научных исследований, 55-56
- Рыночные факторы и оптимизация клинической деятельности, 287
- Связь между организацией больницы и результативностью лечения, 296
- Сепаратная больница, 74
- Системный подход к больницам, 10-13
- Собственники больниц, 216
- Совершенствование работы больницы, 227
- Советская модель здравоохранения, 31
- Советская система здравоохранения в переходный период, 168
- ключевые признаки, 32
- Состав и взаимозаменяемость персонала, 254
- Сотрудничество государственного и частного секторов, 138
- Социальная роль больницы, 74
- Социальные функции больницы, 218
- Спецификация больничных услуг, 157
- Средние издержки, 123
- Средний медицинский персонал взаимозаменяемость с врачами, 257
- структура, 256
- Старение населения, 39-42
- Стимулы к инвестированию средств в больницы, 140
- Стратегии совершенствования работы больниц, 227
- Стратегические закупки, 155
- Структура больничного персонала, 51
- Структура среднего медицинского персонала, 256
- Структурная перестройка больниц, 228-231
- Технический прогресс и клиническая наука, 48
- Типология больниц, 78
- Узловая больница, 73
- Универсальная больница, 73-74
- Управление клинической эффективностью, 153
- Ускорение выписки, 99
- Факторы риска, 43-45
- Финансовые факторы, влияющие на больничное дело, 52-54
- Функции и роли больниц, 63-64
- амбулаторное лечение больных, 65-67
- обучение и исследования, 70-71
- поддержка других учреждений здравоохранения, 72
- стационарное лечение больных, 65
- Хирургия
- дневная, 98
- Целевое накопление средств, 141
- Частная финансовая инициатива в Великобритании, 139
- Экономика больницы
- эффект масштаба, 110
- Эффект масштаба в деятельности больницы, 110

ООО Издательство «Весь Мир» является официальным дистрибьютором публикаций Всемирного банка в Российской Федерации

Наш адрес: 101831, Россия, Москва, Колпачный переулок, 9а

Тел.: (095) 923-68-39, 923-85-68

Факс: (095) 925-42-69

e-mail: vesmirorder@vesmirbooks.ru

<http://www.vesmirbooks.ru>

В Издательстве можно приобрести
или заказать по каталогу
любые издания международных организаций

РЕФОРМА БОЛЬНИЦ В НОВОЙ ЕВРОПЕ

Подготовка к печати русского издания —

Отдел международных изданий Издательства «Весь Мир»

Выпускающий редактор: *Осадчая О.Е.*

Руководитель отдела: *Поликанин А.А.*

Младшие редакторы: *Блинова А.А., Буюнова К.В.*

Руководитель производственного отдела: *Кузнецова Н.А.*

Верстка: *Харламов М.Б.*

Лицензия ИД № 03510 от 15.12.2000 г.

Подписано в печать 21.03.2002.

Печать офсетная. Формат 70×100 ¹/₁₆. Печ. л. 20,25.

ООО Издательство «Весь Мир»
101831, Москва-Центр, Колпачный пер., 9а

Реформа больниц в новой Европе

- Какие роли играют больницы в системе здравоохранения и как эти роли меняются?
- Если больницы призваны оптимизировать затраты на здравоохранение и должны отвечать ожиданиям общества, то как они должны быть устроены, как управлять ими и как обеспечить их устойчивое развитие?
- Какие уроки можно извлечь в результате преобразования больничных систем в странах Европы?

Перед больницами будущего встанут следующие сложные проблемы: изменение характера заболеваний, быстроразвивающиеся медицинские технологии, старение населения, продолжающиеся существовать бюджетные ограничения. В книге исследуются конкурирующие нужды, с которыми сталкиваются лица, определяющие политику в странах Европы, отвечая на эти сложные вызовы. В ней подчеркивается, что больницы как часть крупной системы здравоохранения должны сосредоточить свои усилия на улучшении результатов лечения и в то же время оправдывать ожидания общественности. Рассматривая перспективы развития на уровне стран и по отдельным дисциплинам, авторы исследования анализируют последние данные, характеризующие движущие силы реформы больниц и стратегии ее проведения. В книге изучается опыт стран как Восточной, так и Западной Европы, и собраны результаты академических исследований политического опыта из реальной жизни. Авторы считают, что роль больниц состоит скорее в содействии здоровью, чем в простом обслуживании пациентов. Книга содержит вывод, что больницами нельзя управлять отдельно от общества и всей обширной системы здравоохранения, и политики несут ответственность за определение более широких целей системы здравоохранения, к которым больницы должны стремиться.

Книга *«Реформа больниц в новой Европе»* объединяет современный опыт в удобной и доступной форме, который будет полезен всем практическим работникам, политикам, академическим ученым, студентам старших курсов и всем, кто интересуется реформами здравоохранения.

Редакторы:

Мартин Макки — директор исследовательского отдела Европейской обсерватории по системам здравоохранения, профессор по вопросам европейского здравоохранения Лондонской школы гигиены и тропической медицины, а также содиректор Европейского центра этой школы по охране здоровья общества в переходный период.

Джудит Хили — старший научный сотрудник Европейской обсерватории по системам здравоохранения, почетный старший преподаватель по вопросам общественного здравоохранения и политики Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

Список авторов:

Линда Х. Айкен, Джеймс Бьюкен, Найджел Эдуардс, Ник Фримантл, Эйприл Хардинг, Энтони Харрисон, Джудит Хили, Мартин Хеншер, Мелитта Якаб, Джон К. Лангенбруннер, Мартин Макки, Фиона О'Мэй, Джон Поснетт, Александр С. Прекер, Ребекка Розен, Дуглас Слоун, Мириам Уили.

ИЗДАТЕЛЬСТВО

ВЕСЬ
МИР

www.observatory.dk
www.vesmirbooks.ru

