



В Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Лондонская школа экономических и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Настоящий реферат адресован руководителям здравоохранения и всем, кто интересуется работой больниц и их ролью в системе здравоохранения.



Реферат

Больница XXI века: путь преобразований

Configuring the hospital in the 21st century

Configuring the hospital in the 21st century

авторы:

Найджел Эдуардз

Сильвия Уайатт

профессор Мартин Мак-Ки

Configuring the hospital in the 21st century



Реферат № 5

Больница XXI века: путь преобразований

Данный реферат содержит свежий взгляд на больницы и их роль в современном здравоохранении.

Хотя основная часть медицинской помощи предоставляется вне больниц, для большинства людей именно они олицетворяют собой систему здравоохранения. Возможности системы здравоохранения привычно оценивают по количеству больниц и больничных коек. Но эти показатели не совсем объективны. Ведь больницей может называться учреждение на несколько коек без элементарных удобств (в ряде регионов бывшего СССР в больницах нет ни электричества, ни водопровода) и с персоналом низкой квалификации. Кроме того, больницей может считаться и несколько сотен коек, высококвалифицированный персонал и самое современное оборудование, хорошо оснащенные операционные и лаборатории. Однако политика здравоохранения по-прежнему сравнивает разные страны исходя из этих несопоставимых показателей.

Чтобы понять современное состояние больничного здравоохранения, стоит обратиться к его истории, которая восходит к Средневековью. В то время для большинства болезней лечения не существовало: больной или самостоятельно выздоравливал, или умирал. Больницы были местом, где больным обеспечивался уход, пока природа брала свое. Как правило, больницы были ма-

ленькими и удаленными друг от друга, нередко они содержались на средства религиозных организаций. В конце XIX века масштабы медицинской помощи выросли, поскольку стала более понятной природа инфекций и с развитием анестезии расширились возможности хирургии. Тогда и зародилась та модель медицинской помощи, которая сегодня существует во всех развитых странах. По мере того, как лаборатории и операционные становились все более специализированными, а методы диагностики все более дорогостоящими, возникла необходимость сосредоточить имеющиеся ресурсы в более крупных учреждениях. Структура больниц стала определяться в первую очередь технологиями, а в остальном их развитие происходило большей частью спонтанно. Отделения неотложных состояний превращались в приемные отделения, через которые больные поступали на госпитализацию независимо от ее повода и конечной цели. В странах, в которых при больницах действовали амбулаторные отделения, работа последних зачастую считалась менее важной, чем работа стационара. Очень редко больницы рассматривались как составная часть медицинского обслуживания в целом.

В итоге организация больниц за последние сто лет почти не изменилась, хотя их возможности и роль в системе здравоохранения незаметно стали другими, изменился

и спектр заболеваний. Даже сегодня больницы по-прежнему проектируются и строятся без учета возможных преобразований здравоохранения в будущем. Несмотря на обширную литературу по экономике здравоохранения, организации медицинского обслуживания по-прежнему почти не уделяется должного внимания.

Актуальность реформ

Сегодня целый ряд обстоятельств вынуждает больницы встать на путь реформ.

Перемены в медицине. Уже давно в медицине намечается тенденция к все более узкой специализации, что ограничивает круг заболеваний, которые отдельный специалист может диагностировать и лечить. Для того чтобы обеспечить и поддерживать высокую квалификацию персонала, больницы нуждаются в большом потоке пациентов. В свою очередь, чтобы обеспечить большой поток пациентов, больницы должны обслуживать гораздо большие группы населения, чем раньше.

Рост специализации. Сложность, возникающая из-за нового подхода к обучению и узкой специализации, состоит в том, что специалисты должны быть доступны круглосуточно, а для этого требуется значительно больше бригад квалифицированных специалистов, чем раньше, когда можно было полагаться на ординаторов, интернов и врачей общей практики.

Изменения условий найма. В странах Европейского Союза действуют Европейская директива о рабочем времени и связанные с ней правила отдыха, которые усложняют комплектование кадров при относительно небольшом штате больниц.

Повышение эффективности. Больницам приходится снижать затраты, в частности посредством введения системы возмещения расходов по клинико-затратным группам. Предпринимаются также попытки сократить затраты путем устранения дублирующих служб и уменьшения постоянных расходов.

Использование различных инструментов повышения эффективности работы и снижения затрат обусловлены экономической необходимостью. Это снижает заинтересованность больниц во вложении средств в строительство и другие капиталоемкие направления.

Качество и объемы. Предположение о четкой связи между объемами вложений и исходами лечения, стало основным двигателем на пути к централизации больниц. Подтверждения этому предположению пока нет, за исключением относительно малого числа специальностей. Однако — что возможно более важно — показано, что многопрофильный подход дает лучшие результаты, а для этого необходимы более крупные бригады специалистов. Впрочем, в некоторых случаях не требуется централизации, а достаточно объединения больниц в сеть.

Безопасность и качество. Пребывание в больнице становится все более опасным. Это связано не только с возросшим числом осложнений и побочных эффектов стационарного лечения, но и с увеличивающейся частотой полирезистентных больничных инфекций.

Стремление к безопасности лечения и улучшению его исходов стало одной из важных причин проведения реформ в медицине и пересмотра роли медицинского персонала. Усложнение методов лечения все чаще вынуждает больницы решать для себя вопрос о том, оставлять ли за собой такие области специализированной помощи, как:

- хирургическое лечение детей младшего возраста;
- лечение некоторых видов тяжелых травм;
- сосудистая хирургия;
- лечение ряда онкологических заболеваний.

Новые технологии. Развитие методов диагностики, анестезии, различных средств визуализации, возможность проведения видеоконференций, а также новые средства коммуникаций позволяют оказывать медицинские услуги не только в больнице, но и дистанционно.

Требования потребителей. Растущее по всей Европе движение в защиту прав потребителей заставляет улучшать организацию предоставления услуг в здравоохранении, так же как и в других сферах. Однако общественность зачастую не желает существенных перемен в местном больничном обслуживании и ищет средств к приостановлению и даже прекращению преобразований.

Совокупность вышеперечисленных обстоятельств служит аргументом как для централизации, так и децентрализации больниц. Они требуют от руководителей здравоохранения решительного переосмысления роли больниц, а не простого копирования того, что есть.

Ключевые вопросы

Для планирования больниц и понимания их новой роли в системе здравоохранения необходимо рассмотреть ряд ключевых вопросов.

Какие виды медицинской помощи должна предоставлять больница?

Организаторы больничной помощи, пожалуй, должны усвоить самое важное, а именно: нагрузка на больницу в существенной степени может регулироваться системой здравоохранения и даже самой больницей. При использовании правильных стимулов и эффективных схем оказания помощи (особенно при хронических болезнях) можно существенно сократить нагрузку на многие стороны больничной работы, в частности неотложную и стационарную помощь.

Диагностика и лечение неотложных состояний. Лишь очень небольшое число пациентов обращается в отделения неотложной помощи с тяжелыми травмами (в Европе их доля обычно составляет менее 1%, в США она немного выше из-за большей доступности огнестрельного оружия). Хотя

цифры могут отличаться в зависимости от правил госпитализации, в среднем 65% обращений в больницы связаны с легкими заболеваниями и травмами. Многие из этих не нуждающихся в госпитализации больных обращаются в больницы потому, что у них нет другого выбора. Следовательно, необходимо создать альтернативную систему эффективной и доступной внебольничной помощи. Можно, например, организовать круглосуточные дежурства в учреждениях первичной помощи и создать сеть новых учреждений сестринской помощи больным с незначительными травмами. Благодаря малым размерам таких пунктов их можно открыть много и таким образом повысить их доступность для больных. Если наладить связь с основными медицинскими центрами и обеспечить ротацию кадров, то спектр оказываемых услуг будет расширяться, и качество их будет возрастать.

Многие больные обращаются в больницы потому, что это привычный способ выяснить диагноз при подозрении на заболевание, требующее неотложной помощи. Обычная практика в таких случаях — сначала госпитализировать больного, а обследовать уже потом. Быстрое обследование с использованием экспресс-методов диагностики и сокращение формальных процедур позволило бы госпитализировать лишь тех больных, которые действительно в этом нуждаются. Новые технологии, например оценка уровня сердечных тропонинов для диагностики инфаркта миокарда и введение низкомолекулярных гепаринов для лечения тромбоза глубоких вен, открывают новые возможности диагностики и лечения на местах, в частности в сельских районах.

Подобная децентрализация подразумевает значительные изменения служб неотложной помощи. В частности, она требует более тесного взаимодействия между социальными службами и больницей, облегчения доступа к диагностическому оборудованию для врачей общей практики, а также (в связи с более разрозненным расположением

ем служб) дополнительных мер, обеспечивающих обращение больных в нужное место. В связи с этим в некоторых странах открыты справочные телефонные службы, обученный персонал которых (обычно медсестры), следуя подробным протоколам опроса, рекомендуют больным, куда обратиться за помощью, советуют, что можно сделать самостоятельно, либо объясняют, что в данной ситуации лечение не требуется.

Стационарная помощь. Как правило, в больничных отделениях острой патологии находится немало больных, которые уже не нуждаются в круглосуточной интенсивной помощи. Эти больные могли бы получать необходимую помощь в других учреждениях. Сейчас доля таких больных в терапевтических и ортопедических отделениях иногда превышает 50%. Правильная организация потоков больных может улучшить ситуацию лишь отчасти. Решение же этой проблемы состоит в создании системы альтернативной помощи: увеличении числа коек для долечивания, организации учреждений сестринского ухода и интернатов для хронических больных и развитии программ помощи на дому. Однако следует заметить, что хотя эти меры улучшают качество жизни больных, к экономии средств они не приводят, кроме того, что больница может избавиться от расходов, связанных с незанятыми койками.

Развитие амбулаторной хирургии. Благодаря достижениям анестезиологии и развитию малоинвазивной хирургии, многие операции, ранее требовавшие нескольких дней пребывания в стационаре, сегодня могут выполняться амбулаторно. Вмешательства, которые в одних странах выполняются в больницах, в других — давно осуществляются в амбулаторных условиях, что часто отражает разные схемы финансового стимулирования.

Педиатрическая помощь. Педиатрия претерпела наиболее значительные изменения. Благодаря иммунизации, улучшению социальных условий и качества питания, многие тяжелые детские болезни уже ста-

ли редкостью. Многие патологические состояния у детей лучше излечиваются там, где наиболее доступна высококачественная медицинская помощь. Большая часть больниц стремится к оказанию детям амбулаторной помощи, и лишь некоторые учреждения специализируются на стационарной помощи при ряде заболеваний, в частности онкологических.

Акушерство. Акушерская помощь тоже меняется. Сложившаяся во многих странах практика медикаментозного ведения родов стала пересматриваться, так как многие привычные меры признаны неэффективными. В странах с хорошим уровнем помощи на дому отмечается существенное снижение длительности госпитализации после неосложненных родов — часто до 24 ч и менее. В то же время общество, провоцируемое алчными юристами, требует от акушеров абсолютно безопасного и безболезненного проведения родов. В результате акушерство испытывает разнонаправленное давление. С одной стороны, есть основания для открытия независимых центров родовспоможения, в которых роды у беременных с низким риском осложнений принимали бы акушерки. С другой стороны, стремление женщин к безболезненным родам (эпидуральной анестезии) и защитная тактика акушеров (медицинские вмешательства, направленные на предупреждение судебных исков) могут привести к учащению врачебных вмешательств в родах. В этом случае, как и в других областях медицины, будет усиливаться тенденция к централизации служб.

Усовершенствование диагностики. В сфере диагностики удешевление и миниатюризация технологий позволяют децентрализовать исследования, которые ранее были сосредоточены в центральных лабораториях. Новые типы оборудования помогают обучать персонал проведению широкого ряда основных исследований на месте без вовлечения двух или трех различных подразделений. Там, где требуется специальная подготовка для интерпретации иссле-

дований, например, в гистологии, несколько больниц могут пользоваться услугами одной службы. Результаты исследований, включая изображения, можно передавать в любую точку земного шара, что открывает доступ к помощи специалистов независимо от местонахождения.

Современные информационные технологии позволяют объединять больницы в сети и более тесно взаимодействовать с учреждениями первичной помощи. Это изменяет роль больниц, отражая изменения во всей системе медицины и в обществе.

Кадровые перемены

Пересмотр кадровой политики — это самая трудная задача, с которой столкнулись многие системы здравоохранения. Бурный рост числа узких специалистов, обслуживающих большие группы населения, вызывает создание многопрофильных бригад. Больные с редкими заболеваниями от этого выигрывают, однако общий объем больничной работы существенно возрастает, и это становится проблемой. Например, хирург-маммолог (данные Великобритании) не в состоянии оказать экстренную хирургическую помощь, не связанную со своей узкой специализацией. В терапии требуются специалисты широкого профиля, поскольку большинство больных (особенно пожилых) страдает не одним, а несколькими заболеваниями. Возрождается идея о необходимости специалистов широкого профиля, которые могли бы диагностировать и лечить большинство распространенных заболеваний. В США такие врачи, называемые «госпиталистами», проходят специальную подготовку по координированному применению разных видов помощи.

В большинстве стран действуют ограничения рабочего времени. Поэтому возникла необходимость разработки новых методов обеспечения больниц персоналом в ночные часы и в выходные, а также в изыскании способов круглосуточного доступа

к консультациям специалистов без существенного удлинения их рабочего времени. Кроме того, наметилась тенденция к увеличению оказания помощи не врачами, а средним медперсоналом. Это означает, что больницам придется пересмотреть профессиональные обязанности работников, в частности расширить полномочия медсестер. Однако усиление роли медсестер приведет к изменению статуса этой профессии. Медсестры не станут больше мириться с низкой оплатой труда и низким положением в больничной иерархии. Во многих странах положение усугубляется растущей нехваткой медсестер. Все это заставляет больницы искать новые пути использования кадров.

В целом главная задача кадровой политики в больницах заключается в преодолении сложившихся барьеров между разными медицинскими профессиями. Эти барьеры имеют скорее историческое, нежели логическое объяснение, и приводят к нерациональному использованию кадровых ресурсов и фрагментарности медицинской помощи из-за ошибок при передаче больных от специалиста к специалисту.

Учет мнения больных

Даже в США, в стране с исключительно высокими расходами на здравоохранение, мнение пациентов о больницах оставляет желать лучшего. Это было отражено в докладах Института медицины «Мосты к качеству» и «Человеку свойственно ошибаться». Плохая организация лечебного процесса, многократная передача больного от специалиста к специалисту и некомфортные условия пребывания — наиболее частые проблемы. Отзывы больных нужно обязательно принимать во внимание. Все больше данных указывает на то, что продуманное обустройство больницы способно улучшить исход лечения и сократить текучку кадров. Естественное освещение, хороший интерьер и другие факторы улучшают впе-

чатление от больницы, как у пациентов, так и у персонала.

Внутренняя организация больниц

В свете новых направлений развития здравоохранения внутреннее устройство больниц пересматривается с целью улучшения лечебного процесса. Такой подход позволяет повысить эффективность работы больниц.

Традиционное разделение больничных служб на хирургию и терапию не соответствует современным потребностям больных. В больницах-новостройках от этого принципа отходят несколькими путями.

- В небольших масштабах объединение служб по функциональному принципу позволяет специалистам разных направлений работать вместе. Такой подход широко используется в кардиологии и кардиохирургии. Многофункциональные помещения могут использоваться как операционные или кабинеты лучевой диагностики и инвазивной радиологии в зависимости от потребностей лечебного процесса.
- В более крупных масштабах службы можно объединять в зависимости от тяжести больных, а не по нозологическому принципу; при этом создаются отделения интенсивной терапии, активного лечения, долечивания и амбулаторной помощи. Такой подход описан как ступенчатая модель медицинской помощи.

Снижение числа необоснованных госпитализаций и ранняя выписка больных будут способствовать концентрации в больницах более тяжелых пациентов. Это означает необходимость расширения подразделений интенсивной помощи. Кроме того, вследствие укорочения послеоперационного периода должно измениться соотношение количества операционных и числа коек: коек потребуется меньше, а операционных больше.

Подходит ли больница в качестве единицы планирования?

Больницы зачастую рассматриваются обособленно от системы, к которой они относятся. Управление больницами происходит изолировано друг от друга. Во многих странах такая ситуация усугубляется ростом самостоятельности больниц. Хотя самостоятельность больниц имеет свои плюсы, необходимо также рассматривать больницу как часть сети учреждений, имеющих друг перед другом определенные обязательства. Во-первых, больницы должны тесно сотрудничать со службами первичной помощи и помогать им в лечении хронических больных. Во-вторых, больницы должны теснее сотрудничать между собой. Поскольку больницам все труднее предоставлять весь комплекс медицинских услуг, они должны объединять имеющиеся ресурсы. Во многих системах здравоохранения организационные структуры мешают взаимодействию больничных и внебольничных служб. Даже там, где существует конкуренция между медицинскими учреждениями, необходимо искать стимулы для налаживания сотрудничества и совершенствовать методы управления.

Больницы и общество

Возможно, самая важная форма интеграции больниц — это их взаимодействие с населением, которое они обслуживают. Существует неотложная необходимость в переходе от сложившейся технократической модели планирования к более конструктивному диалогу с общественными организациями и другими заинтересованными сторонами. Меняется и роль системы первичной помощи, что тоже должно стать предметом обсуждения.

Некоторые страны экспериментируют с разными формами совместного некоммерческого управления больницами. С повышением роли защиты интересов потреби-

телей и стремлением удовлетворить возросшие ожидания населения больницы не могут оставаться в стороне от общества, которое они обслуживают.

Управление и руководство

Необходимые преобразования требуют управления и руководства на самом высоком уровне. К сожалению, во многих системах больничной помощи действует негласное правило о том, что управленческий персонал не должен вмешиваться в клиническую работу ни на каком уровне. Попытки упорядочить работу, внедрить клинический аудит и новые методы управления порой встречают резкий отпор. Руководители должны настойчиво привлекать ведущих клинических работников к планированию больничных преобразований. Руководство не должно ограничиваться административной верхушкой, поскольку требуется на всех уровнях.

Выводы

Прогнозы никогда не бывают безошибочными. В одном мы можем быть уверены — в будущем больница будет не такой, какой мы знаем ее сегодня. Изменяются болезни и способы их лечения. И перемены, которые ускорились с конца 70-х гг., в дальнейшем будут происходить еще быстрее.

Это означает, что больницы должны быть организованы максимально гибко. Внут-

ренняя организация больницы, вероятно, будет неоднократно изменяться.

Самое главное, больницы должны отвечать общественным ожиданиям и следовать за развитием медицины. Если этого не будет, другие, более гибкие элементы системы здравоохранения, воспользовавшись технологическими и информационными достижениями, поставят под сомнение центральную роль больниц. Не исключено, что они смогут выполнять функции больниц в более дешевой, доступной и удобной для пациентов форме. Хотя сейчас модно говорить о том, что больницы уйдут в прошлое, это ошибочное мнение. Однако очевидно, что для больниц наступило время серьезных перемен, и им придется или соответствовать той центральной позиции, которую они занимают сегодня, или уступить ее.

Найджел Эдуардз,
директор отдела политики, Конфедерация служб национального здравоохранения (NHS Confederation)

Сильвия Уайатт,
сетевой директор, Сеть здравоохранения будущего (Future Healthcare Network),
Конфедерация служб национального здравоохранения (NHS Confederation)

Профессор Мартин Мак-Ки,
Лондонская школа гигиены и тропической медицины;
Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Литература

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academy Press, 2001 (<http://www.nap.edu/books/0309072808/html>, последнее обновление 25 мая 2004).

Edwards N, McKee M. The future role of the hospital. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2002, 7:1-2.

Healy J, McKee M. Implementing hospital reform in central and eastern Europe. *Health Policy*, 2002, 61:1-19.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, National Academy Press, 2000 (<http://www.nap.edu/books/0309068371/html>, последнее обновление 25 мая 2004).

McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham. Open University Press, 2002.

McKee M, Healy J. The changing role of the hospital in Europe: causes and consequences. *Clinical Medicine*, 2001, 1: 299-304.

McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:803-810.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

поддерживает и развивает научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные в результате глубокого и всестороннего изучения здравоохранения европейских стран. Она привлекает ученых, руководителей здравоохранения и практикующих врачей к анализу направления реформ в здравоохранении и созданию обзоров с использованием накопленного в Европе опыта. Подробно ознакомиться с этими публикациями, материалами конференций, обучающими программами и новыми направлениями работы Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения можно на сайте: www.observatory.dk

«Больница XXI века: путь преобразований» — пятый реферат Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Его можно прочитать также на сайте: www.observatory.dk
В этой серии ранее опубликованы рефераты: «Реформа больниц в новой Европе», «Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран», «Здравоохранение в Средней Азии», «Финансирование здравоохранения: возможности Европы».

В Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, Европейский инвестиционный банк, Лондонская школа экономических и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

© Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2004.