Амлаев К. Р., Мажаров В. Н.

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В РЯДЕ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН: АВСТРИИ, БЕЛЬГИИ, ГЕРМАНИИ И ЭСТОНИИ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

В статье, посвященной описанию некоторых аспектов стационарной помощи населению ряда европейских стран, представлены данные о количестве госпитализаций, обеспеченности населения стационарными койками, финансировании стационарных услуг. Отмечаются различные подходы в организации стационарной помощи и ее управлении, регистрируются низкие показатели заполненности стационарных коек, что свидетельствует об избыточном предложении медицинских услуг. В качестве интересного опыта приводятся факты привлечения в Австрии обученных волонтеров к оказанию неотложной помощи. Отмечается, что необходимо продолжить переориентировать оказание медицинской помощи со стационарного сектора на амбулаторный.

Ключевые слова: здравоохранение за рубежом; стационарная помощь; больницы

Для цитирования: Амлаев К. Р., Мажаров В. Н. Краткая характеристика стационарной помощи в ряде европейских стран: Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 1):923—926. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-923-926>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович; e-mail: kum672002@mail.ru

Amlaev K. R., Mazharov V. N.

BRIEF DESCRIPTION OF INPATIENT CARE IN A NUMBER OF EUROPEAN COUNTRIES: AUSTRIA, BELGIUM, GERMANY AND ESTONIA

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

The article devoted to the description of some aspects of inpatient care for the population of a number of European countries presents data on the number of hospitalizations, provision of inpatient beds for the population, financing of inpatient services. There are different approaches in the organization of inpatient care and its management, low rates of occupancy of inpatient beds are recorded, which indicates an oversupply of medical services. As an interesting experience, the facts of attracting trained volunteers in Austria to provide emergency care are given. It is noted that it is necessary to continue to reorient the provision of medical care from the inpatient sector to the outpatient one.

Keywords: healthcare abroad; inpatient care; hospitals

For citation: Amlaev K. R., Mazharov V. N. Brief description of inpatient care in a number of European countries: Austria, Belgium, Germany and Estonia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 1):923—926 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s1-923-926>

For correspondence: Karen R. Amlaev; e-mail: kum672002@mail.ru

Source of funding. This study was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 27.02.2023
Accepted 28.04.2023

Введение

Стационарная медицинская помощь — вид помощи, который оказывается населению на госпитальном этапе. Это наиболее дорогой вид медицинской помощи, в разы дороже амбулаторной, тем не менее его относят к наиболее эффективным. Существует огромное разнообразие видов и форм оказания стационарной помощи, которая в разных странах может отличаться по организации таковой, ее финансированию и эффективности.

Целью данной работы было изучить некоторые аспекты оказания медицинской помощи в стационарах Австрии, Бельгии, Германии и Эстонии. Выбор стран, вошедших в перечень изучаемых, связан с территориальной близостью их друг к другу и наличием описательных материалов по этим странам, вышедших в течение 2018—2022 гг.

Стационарная помощь в Австрии

Австрия по-прежнему занимает 2-е место в ЕС по количеству госпитализаций на душу населения

(после Болгарии). Текущий процесс реформ здравоохранения в стране направлен на перенос предоставления услуг из стационарных и амбулаторных отделений больницы в сторону увеличения предоставления услуг в амбулаторном секторе с особым упором на укрепление первичной медико-санитарной помощи. Для пациентов в Австрии доступна исчерпывающая информация о предоставлении услуг и их финансировании в стационарах. Больницы обязаны предоставлять минимальный базовый набор данных для каждой госпитализации, включая информацию о возрасте, поле, процедурах и диагнозах. Кроме того, больницы обязаны сообщать общую информацию, например, количество коек, количество и квалификация персонала, наличие оборудования, количество госпитализаций, а также данные о затратах в соответствии с определенными стандартами. Данные интегрируются в закрытую базу данных, которая доступна для основных заинтересованных сторон (правительство земель, фонды обязательного медицинского страхо-

вания и др.)¹. Соотношение коек к населению Австрии (5,84 койки неотложной помощи на 1000 населения) было третьим по величине (после Германии и Болгарии) в ЕС (в среднем по ЕС 3,94)². Неотложную помощь охватывают государственные догоспитальные службы неотложной медицинской помощи, включая скорую помощь, и неотложную помощь в больнице. В Австрии добровольческая работа играет важную роль в оказании неотложной помощи. Более 39 тыс. добровольцев работали в секторе неотложной помощи и транспортировки пациентов для Австрийского Красного Креста³. Мужчины, которые отказываются от военной службы и поступают на гражданскую службу, также часто привлекаются к работе в экстренных службах. Подготовка парамедиков относительно короткая по международным стандартам (100 ч теоретического и 160 ч практического обучения)⁴. После этого парамедики несут ответственность за транспортируемых пациентов, нуждающихся в неотложной помощи невысокого уровня, если врач скорой помощи не требуется.

В 2015 г. показатели госпитальной летальности после острого инфаркта миокарда в Австрии (7,4 случая смерти на 100 выписки из больницы) были немного выше среднего показателя по ЕС (6,8). Уровень летальности после ишемического инсульта (6,8 смертей на 100 выписок) снизился и был ниже среднего показателя по ЕС (8,5) и в среднем по ОЭСР 32 (8,2) в 2015 г.⁵ Несмотря на снижение средней продолжительности пребывания (на 5,8% за 2006—2015 гг.) и соотношения количества коек к численности населения (на 12,5% за 2007—2016 гг.) в секторе неотложных стационаров, Австрия по-прежнему занимает одно из первых мест в ОЭСР по обоим показателям. В то же время уровень заполнения коек в австрийских больницах в 2015 г. (74,3%) был ниже среднего показателя по ЕС-22 (76,5%)⁶.

Стационарная помощь в Бельгии

Больницы в Бельгии являются частными некоммерческими (77,6% в 2018 г.) или государственными (22,4%, в 2018 г.) учреждениями. Государственные

больницы по большей части принадлежат муниципалитету, провинции, общине или межмуниципальной ассоциации⁷.

Финансирование больниц в Бельгии зависит от вида предоставляемых услуг. Сестринская и медицинская деятельность финансируются за счет национального бюджета, который устанавливается ежегодно и распределяется между больницами в соответствии с большим набором критериев и параметров. Основная часть клинических операционных расходов распределяется на основе продолжительности лечения с учетом нозологии. Медицинские и медико-технические действия (консультации, лаборатории, медицинская визуализация и технические процедуры) и парамедицинские мероприятия (физиотерапия) в основном оплачиваются «за услуги». Правительство Бельгии установило правило фиксированного количества лицензированных коек для всех больниц общего профиля. В соответствии с этим правилом создание новой койки обязательно сопровождается закрытием другой⁸.

Больницы могут загружать отдельные отчеты через веб-портал Министерства здравоохранения, например, данные о больнице и ее рейтинге по сравнению с другими больницами⁹.

Медицинские и медико-технические действия (консультации, лаборатории, медицинская визуализация и технические процедуры) и парамедицинские услуги (физиотерапия) в основном оплачиваются поставщику услуг, которые отдают часть своих сборов больнице для оплаты части расходов (на больничные помещения, оборудование, персонал). Сумма и механизмы оплаты поставщиками этих больничных расходов различаются в зависимости от больницы и специальности. Дополнительные средства стационары получают от реализации лекарств и сопутствующих товаров, а также за дневной уход за пациентами, диализ и реабилитационные услуги, комфортное пребывание в палатах, прибыль от работы кафетерия и киосков, частные пожертвования и гранты [1].

В период с 2000 по 2017 г. показатель средней продолжительности пребывания на стационарных койках в Бельгии сократился с 8,2 до 6,6 дня, что соответствует показателям соседних стран¹⁰.

¹ BMGF. Krankenanstalten in Zahlen. Medizinische. Medizinische Dokumentation in Krankenanstalten. Vienna; 2017. URL: <http://www.kaz.bmgf.gv.at/medizinische-dokumentation.html>

² WHO. Austria: the health system and policy monitor: regulation. Geneva; 2017. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/355873/Health-Profile-Austria-Eng.pdf

³ Austrian Red Cross. Bilanz der Menschlichkeit. Jahresbericht des Österreichischen Roten Kreuzes 2016. Vienna; 2017. URL: <https://www.apollo.io/companies/Austrian-Red-Cross/5d09ab0b80f93ee-defc8a897?chart=count>

⁴ Reisinger A. Rettungsdienst in Österreich. Herausforderungen an Ausbildung und strukturelle Entwicklung. Linz; 2012. URL: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/Masterthesis-Reisinger-Armin-Rettungsdienst-in-Österreich.pdf>

⁵ OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Austria: Country health profile 2017, State of health in the EU. Paris; 2017. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/355873/Health-Profile-Austria-Eng.pdf

⁶ OECD. OECD database. Health care utilisation. Paris; 2018. URL: https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_proc

⁷ Justel (7 November 2008). Coordinated law of 10 July 2008 on hospitals and other care facilities. Justel, Belgian legislation. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf;BS-MB> (5 August 1976). Law of 8 July 1976 concerning the public centers for social welfare. Belgsich Staatsblad-Moniteur Belge. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016D2327&rid=10>

⁸ Van de Voorde C., Van den Heede K., Beguin C. et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalization of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. KCE Reports 289. Brussels; 2017. URL: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/Download%20the%20report%20in%20English%20\(550%20p.\).pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/Download%20the%20report%20in%20English%20(550%20p.).pdf)

⁹ Cour des comptes. Résumé hospitalier minimum et systèmes d'enregistrement apparentés. Brussels; 2017. URL: https://www.ccrek.be/Docs/2017_06_ResumeHospitalierMinimum.pdf

Стационарная помощь в Германии

В Германии интересы стационаров представляет Немецкая федерация больниц. Планирование и регулирование больниц осуществляются министерствами здравоохранения земель, а в случае университетских больниц — министерствами науки земель. Законодательство Германии требует, чтобы больницы ежегодно публиковали стандартизированные отчеты о качестве своей деятельности. Федеральный объединенный комитет определяет содержание и объем этих отчетов. Отчеты о качестве содержат основную информацию, такую как количество коек, штатное расписание, тип и объем предоставляемых услуг, а также медицинское оборудование. Кроме того, приводятся заявления о соответствии юридическим требованиям к качеству, а также результаты межведомственного измерения качества. Помимо этих предусмотренных законом мер по обеспечению качества, больницы могут также участвовать в добровольных проверках качества и процедурах сертификации, а также в добровольных инициативах по измерению качества. Цены на предоставление услуг в частных учреждениях устанавливаются неодинаково в медицинских учреждениях. Однако ассоциации, представляющие отдельные медицинские профессии, например, физиотерапевтов дают рекомендации относительно цен. Больницы Германии получают двойное финансирование: инвестиции осуществляют земли, а операционные расходы оплачивают больничные фонды, а также частные медицинские организации страховщиков и пациентов. В среднем в Германии имеется одна больница на 68 тыс. населения, что обеспечивает высокий уровень доступности стационарной помощи. Более того, почти 90% населения могут добраться до больницы общего профиля менее чем за 20 мин [2]. Однако больничная помощь не всегда и не везде соразмерна потребностям. Например, средний уровень заполнения коек по всей стране составляет менее 80%. С 602 больничными койками на 100 тыс. населения Германия занимала 2-е место по количеству больничных коек на 1 жителя (после Болгарии) в ЕС в 2017 г.¹¹

Стационарная помощь в Эстонии

В Эстонии действует двухуровневая модель управления больницами (наблюдательный совет и правление). Владельцы или учредители больниц назначают членов наблюдательного совета. Роль наблюдательного совета заключается в защите общественных интересов, он отвечает за стратегическое планирование и надзор за деятельностью

правления. В наблюдательный совет каждой больницы часто входят активные политики, представляющие местные и центральные органы власти, а также технические специалисты. Главный исполнительный директор правления назначается наблюдательным советом, в то время как члены правления назначаются либо главным исполнительным директором, либо наблюдательным советом. Правление отвечает за управление больницей в соответствии с указаниями наблюдательного совета [3].

Средняя продолжительность пребывания в больнице в Эстонии сократилась с 9,2 дня в 2000 г. до 7,6 в 2015 г., что немного ниже среднего европейского показателя в 8 дней, хотя в некоторых странах средние показатели заметно ниже. Параллельно с этим сократилось и общее количество больничных коек. За тот же период уровень заполнения коек увеличился с 66% до 69,1%, что является одним из самых низких показателей среди тех европейских стран, по которым имеются данные¹².

Заключение

В изучаемых странах отмечаются различия в управлении больниц. Планирование и регулирование государственных больниц может осуществляться министерствами здравоохранения (Германия, Эстония), университетских больниц — министерствами науки (Германия), а частных больниц ее собственниками. Распространено также двухуровневое управление больницами, представленное в виде наблюдательного совета и правления (Эстония). Практически во всех странах отмечается высокая доступность стационарной помощи, в том числе территориальная (Германия). В то же время регистрируется низкий уровень заполнения стационарных коек даже после предпринятых мер по их сокращению (Эстония, Германия). Для сдерживания роста числа стационарных коек на них устанавливаются фиксированные лимиты (Бельгия).

Стационары размещают полную информацию, интересующую потенциальных пациентов, на своих сайтах (Австрия).

В качестве интересного опыта стоит отметить большую роль обученных волонтеров в оказании неотложной помощи (Австрия). Общей задачей здравоохранения европейских стран является переориентирование оказания медицинской помощи в условиях стационара на предоставление первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

¹⁰ Van de Voorde C., Van den Heede K., Beguin C. et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalization of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. KCE Reports 289. Brussels; 2017. URL: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/Download%20the%20report%20in%20English%20\(550%20p.\).pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/Download%20the%20report%20in%20English%20(550%20p.).pdf)

¹¹ Eurostat, 2020a. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11348978/KS-HA-20-001-EN-N.pdf>

¹² European Commission. Statistical Office of the European Communities. Eurostat Online Database. Brussels; 2018. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

ЛИТЕРАТУРА

1. Gerkens S., Merkur S. Belgium: Health System Review // *Health Syst. Transit.* 2020. Vol. 22, N 5. P. 1—237.
2. Geraedts K., Wasem F. (Hrsg.). Schwerpunktthema „Strukturwandel“. Stuttgart; 2015. 569 s.
3. Habicht T., Habicht J., Jesse M. Estonia: health system review. *Health Syst. Transit.* 2018. Vol. 20, N 1. P. 1—189.

Поступила 27.02.2023
Принята в печать 28.04.2023

REFERENCES

1. Gerkens S., Merkur S. Belgium: health system review. *Health Syst. Transit.* 2020;22(5):1—237.
2. Geraedts K., Wasem F. (Hrsg.). Schwerpunktthema „Strukturwandel“. Stuttgart; 2015. 569 s.
3. Habicht T., Habicht J., Jesse M. Estonia: health system review. *Health Syst. Transit.* 2018;20(1):1—189.