

медицинских работников Гродненской области, был удостоен звания "Герой Социалистического Труда". Имя В.Ю. Мирончика (1915-1990) увековечено установлением мемориальной доски на больнице.

Заметим также, что в 1960-е годы зарождались некоторые культурно-просветительные и физкультурно-оздоровительные формы работы среди учреждений здравоохранения, а именно - вечера трудовой славы, вечера отдыха в честь дня медицинского работника, торжественное посвящение в профессию, тематические диспуты и встречи, смотры-конкурсы художественной самодеятельности, спартакиады. А коллектив 1-й городской больницы инициировал и побеждал во многих из таких форм.

В 1970 г. 1-я городская больница, как участник ВДНХ, награждена дипломом 2-й степени за использование новых методов профилактики и лечения, и прежде всего, за внедрение научной организации труда.

С 1960 г. 1-я Гродненская городская больница приобрела статус клинической. Вплоть до настоящего времени является базой Гродненского государственного медицинского университета [1, 2, 3].

*Список литературы:*

1. История первой Гродненской городской больницы (1912-1997) / В.Д. Курбаев, Е.М. Тищенко, С.В. Совца, Ф.И. Игнатович // Городская больница: история, состояние и пути совершенствования лечебно-профилактической помощи: Материалы научной конференции, посвященной 85-летию Гродненской городской клинической больницы №1 им. З.П. Соловьева. - Гродно, 1997. – С. 12-27.

2. Курбаев В.Д. Первая городская клиническая больница им. З.П. Соловьева – родоначальница муниципального здравоохранения г. Гродно / В.Д. Курбаев, Е.М. Тищенко, Ф.И. Игнатович // Актуальные вопросы современной медицины: Материалы научно-практической конференции, посвященной 95-летию Городской клинической больницы №1 им. З.П. Соловьева. – Гродно, 2007. – С. 3-12.

3. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Беларуси в XIX–XX веках / Е.М. Тищенко. – Гродно, 2003. – 269 с.

## **НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ОЦЕНКЕ РАБОТЫ БОЛЬНИЧНОЙ КОЙКИ**

*Курбаев В.Д.*

*УЗ «Городская клиническая больница № 1 г. Гродно»*

Что касается стационаров и их коечного фонда, то его планирование всегда проводилось по Приказу МЗ БССР № 46 от 16.03.1977 года «О планировании показателей использования коечного фонда лечебно-профилактическими учреждениями». К сожалению, до настоящего времени ничего нового не предложено.

До сих пор показатель занятости почему-то является индикатором потребности в больничных койках. Это наиболее простой, удобный только

для финансистов, путь управления стационарной помощью и определения потребности в ней. Поэтому наша задача - постараться обосновать, что потребность в больничных койках не зависит от их занятости.

Для этого предлагаем алгоритм планирования показателей деятельности стационара.

Позволю напомнить ряд показателей, которые используются для расчета плановых заданий и анализа работы стационара. Это: число среднегодовых коек (К); продолжительность госпитализации (Р); среднегодовая занятость койки (Д); планируемое число койко-дней (J), которые должен отработать стационар; оборот (функция) койки (F); количество больных, которым планируется оказать стационарную помощь (R). Бытует мнение, что «пустующая» койка не работает, не функционирует, т.е. выделенные средства на эту койку тратятся впустую, а медицинский персонал незаслуженно получает заработную плату за незанятую койку. На первый взгляд, это кажется логично, если этот показатель (занятость) рассматривать изолированно, без сопоставления с оборотом койки, который напрямую влияет на продолжительность госпитализации и позволяет косвенно оценить оперативность обследования и интенсивность лечения. Изучив и проанализировав все соотношения показателей работы койки, пришли к выводу, что можно добиться эффективного использования её при оптимально-минимальной занятости и максимально-оптимальном функционировании (обороте).

При планировании занятости койки мы воспользовались вышеупомянутым Приказом МЗ БССР № 46, где считаем совершенно обоснованным планирование так называемого простоя койки по организационным (или профилактическим) причинам ( $T_n$ ), а предлагаемый 1 день для простоя в общесоматических стационарах самым оптимальным (для инфекционных, родильных, туберкулезных – 2 дня). Для расчета этого показателя предлагаем использовать следующую формулу:  $T_n = 365 : \frac{P}{r}$ , где Р - планируемая продолжительность госпитализации, r - норматив простоя по организационным причинам. (Пример:  $T_n = 365 : \frac{9}{1} = 40,5$  дней; или  $T_n = 365 : \frac{11}{2} = 66,3$  дня. Тогда занятость с учетом простоя по организационным причинам ( $D_0$ ) будет равна  $365 - 40,5 = 324,5$  дня (при Р=9 дней и  $T_n=1$  день) или  $365 - 6,3 = 298,7$  (при Р=11 дней и  $T_n=2$  дня).

И еще. Стационарная помощь - это медицинская помощь на обращаемость и на ожидание. Медицинская помощь на ожидание - это постоянная готовность к оказанию экстренной помощи в любое время и в тот же час. Для обеспечения оказания неотложной помощи и на должном уровне необходимы резервные силы (это специалисты) и

средства (это, кроме технической оснащенности, площадей, нужны свободные койки). В связи с чем считаем вполне оправданным планировать *дополнительно простой коек на «экстренность»*. Для расчета предлагается ввести коэффициент экстренности (Сэ), рассчитываемый по формуле:  $Cэ = E \times 0,001$ , где E - процент экстренных госпитализаций. Умножая занятость (с учетом организационных причин) (До) на коэффициент экстренности (Сэ), получим дни простоя коек с учетом экстренности (Тэ).  $Tэ = Dо \times Cэ$ . Тогда реальная плановая (Дпл) занятость койки будет рассчитываться  $Dпл = Dо - Tэ$ . *Пример:* в больнице при плановой продолжительности госпитализации 9 дней и экстренной госпитализации 75% плановая занятость (Дпл) рассчитывается:  $Cэ = 75 \times 0,001 = 0,075$ ;  $Tэ = 324,5 \times 0,075 = 24,3$ ;  $Dпл = 324,5 - 24,3 = 300,2$  дня.

Занятость койки характеризует не только тем, сколько дней в году койка использовалась под лечебно-диагностический процесс, это еще один из критериев, по которому можно судить об условиях пребывания тех, для кого она - койка - предназначена, какой койкой, в каком санитарном и эстетическом состоянии встречаем больного, где эта койка расположена (в палате или коридоре). Это особенно важно при существующей нехватке нормативных санитарных метров на одну койку в наших больницах. Нам также интересна материальная сторона. Сколько же реальных денег вкладывается на один койко-день (или условную единицу лечебно-диагностического процесса)? Зная реальную сумму финансовых средств, заложенных на стационар, можно рассчитать планируемые расходы на один койко-день. А предлагаемая закономерность планирования занятости (на уменьшение) и функции койки (на увеличение) позволит добиться уменьшения количества койко-дней работы стационара, зато увеличить расходы на один койко-день. Для этого мы применяли формулу  $F = \frac{D}{p} \left( \text{а не } F = \frac{R}{K} \right)$ , которая

позволяет отслеживать мнимое увеличение функции койки за счет увеличения занятости. Другое дело, когда добиваемся увеличения функции койки при оптимально-минимальной (и ниже) занятости, а при расчете оборота по предлагаемой формуле:

$(F = \frac{300,2}{9} = 33,35)$ , увеличивается в 33,3 раза оборачиваемость больничной

койки, пролечиваем 9990 больных ( $R = F \times K$  или  $33,3 \times 300$ ), а проведенные ими койко-дни составят 89910 ( $J = R \times P$  или  $9990 \times 9$ ). И для сравнения: при занятости 330 дней и продолжительности госпитализации 11 дней оборот составит 30 раз  $(F = \frac{D}{p} \text{ или } \frac{330}{11})$ , пролеченные больные - 9000

( $30 \times 300$ ), проведенные койко-дни – 99000 ( $J = R \times P$  или  $9000 \times 11$ ). А если условную сумму бюджета разделить на количество койко-дней, можем

получить реальное увеличение на 11% расходов на один койко-день при планировании занятости на уменьшение, а функции койки - на увеличение. Так что же важнее? В данной ситуации получается, что лучше потерять на занятости койки, зато можно выиграть на обороте койки, ее функционировании, оперативности обследования, интенсивности лечения, условиях пребывания и увеличении финансовых затрат на один койко-день.

Значит, дело не в больничных койках и их количестве и занятости, а в подходах к планированию, направленных на обеспечение интенсификации функционирования и экономической оценки деятельности.

## **ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

*Лис М.А., Пронько Т.П.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней Гродненского государственного медицинского университета была организована 1 августа 1960 года. С момента основания кафедра размещается на базе 1 городской клинической больницы г. Гродно. Первые 3 года заведующим кафедрой был профессор Н.И. Шварц, приглашенный из г. Ленинграда. Преподавателями кафедры в это время были к.м.н., доцент Г.В. Кулаго, к.м.н., ассистент В.М. Борец, к.м.н., ассистент И.С. Гельберг и ассистент А.Д. Лавриненко. В последующем почти все они стали докторами медицинских наук, профессорами, заведующими кафедрами (Г.В. Кулаго, В.М. Борец, И.С. Гельберг).

С 1963 по 1986 гг. кафедрой руководил д.м.н., профессор Г.В. Кулаго – одаренный организатор, педагог и врач. Он автор более 90 научных работ, в т.ч. монографии, 1 изобретения, более 30 рационализаторских предложений. Под его руководством были четко организованы учебно-методический процесс, научно-исследовательская, лечебная, воспитательная работа на кафедре. В этот период на кафедре особое внимание уделялось развитию и совершенствованию учебно-воспитательной работы со студентами, методически правильной постановке педагогического процесса, отработке студентами практических навыков. Были изданы методические рекомендации, учебные пособия и другие разработки по всем программным вопросам пропедевтики внутренних болезней. Большинство публикаций этих лет также были посвящены именно методике преподавания.

Под руководством Г.В. Кулаго на кафедре работали следующие