

ОБ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЦ

Доц. И. Г. Низамов

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Описана методика экономического анализа работы стационара городской больницы, основанная на сравнении средней занятости койки и средней длительности пребывания больного в данной больнице с аналогичными среднесоюзными показателями по соответствующим учреждениям. Анализ по этой методике дает возможность вскрыть внутренние резервы больничных учреждений и наметить конкретные пути для их рационального использования.

В настоящее время экономическая подготовка является очень важным звеном в повышении общей квалификации медицинских работников. Особенно это относится к руководителям органов и учреждений здравоохранения, в чьих руках сосредоточены материальные, финансовые и кадровые ресурсы амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений.

Жизнь показывает, что экономические рычаги могут служить мощным средством повышения эффективности и качества работы медицинских учреждений при условии, когда ими пользуются умело.

В последние годы появилось значительное количество работ, посвященных различным экономическим аспектам здравоохранения [1—5]. Темой данной статьи явля-

Таблица 1

Характеристика работы базового учреждения на фоне «среднесоюзной» городской больницы

Профиль коек	Средняя длительность пребывания больного на койке (в днях)			Средняя занятость койки (в днях)		
	фактически	норма ¹	отклонение +—	фактически	норма	отклонение +—
Терапевтические	21,0	19,4	—1,6	334	342	—8
Хирургические:						
взрослые	14,2	13,3	—0,9	325	335	—10
для детей	13,4	11,2	—2,2	305	306	—1
Травматологические:						
взрослые	21,3	18,7	—2,6	342	348	—6
для детей	18,2	17,3	—0,9	300	305	—5
Гинекологические (кроме коек для производства абортов)	8,1	7,0	—1,1	330	329	+1
Неврологические:						
взрослые	25,7	21,9	—3,8	340	338	+2
для детей	25,8	28,8	+3,0	291	303	—12
Офтальмологические:						
взрослые	20,1	18,7	—1,4	317	333	—16
для детей	19,0	17,7	—1,3	270	272	2
Отоларингологические:						
взрослые	13,0	11,0	—2,0	315	324	—9
для детей	9,2	10,1	+0,9	256	294	—38
Дерматовенерологические:						
взрослые	20,3	21,7	+1,4	328	332	—4
для детей	32,8	29,1	—3,7	286	284	+2

¹ За норму взяты среднесоюзные показатели за 1975 г. по городским больницам.

ется методика экономического анализа деятельности больниц. Как известно, стационарная медицинская помощь — самая дорогостоящая, и здесь скрыты большие резервы для повышения «фондоотдачи» больниц [1]. А главные врачи не проводят экономического анализа деятельности своих учреждений, как правило, из-за отсутствия общедоступных методик.

Речь идет прежде всего о наиболее рациональном, экономичном и эффективном использовании стационаров. Опыт показывает, что обеспечение преемственности в работе поликлиники и стационара по обследованию и лечению больных повышает эффективность оказания медицинской помощи с одновременным сокращением пребывания больного в больнице. В итоге наряду с терапевтическим эффектом достигается также и экономический эффект [4]. Большое значение имеет дальнейшее увеличение дней занятости больничной койки в году, так как при этом появляется возможность госпитализировать дополнительно определенное число больных, что в свою очередь обуславливает уменьшение стоимости лечения в данном стационаре.

Проанализируем с экономических позиций деятельность Н-ской городской больницы за 1975 г. Необходимые для этого сведения можно получить из годового отчета учреждения (форма № 1, раздел III, табл. 1). Анализ проводится в несколько этапов.

1-й этап. Рассчитываются показатели средней длительности пребывания больных в стационаре по профилям и среднегодовой занятости койки. Затем определяются отклонения сроков средней длительности пребывания больных и средней занятости койки в году в отделениях данного стационара от аналогичных среднесоюзных показателей для городских больниц за соответствующий год (табл. 1). Положительным считается отклонение, выгодное в экономическом отношении для данной больницы. Мы отдаем себе отчет в том, что более правильным было бы сопоставление со среднереспубликанскими, среднеобластными показателями городских больниц, соответствующих по мощности данному стационару. Но, к сожалению, указанные материалы не всегда оперативно доводятся до сведения руководителей местных органов и учреждений здравоохранения.

2-й этап. Производится расчет, сколько больных можно было бы госпитализировать дополнительно, если бы средняя длительность пребывания больных в этом стационаре соответствовала областным, республиканским или среднесоюзным показателям за этот же год (табл. 2).

Таблица 2

Результаты отклонений средней длительности пребывания больных в стационаре (в койко-днях)

Профиль коек	Разница в средней длительности пребывания	Число поль-зованных больных	Расчетное число койко-дней
Терапевтические	—1,6	954	—1526
Хирургические:			
взрослые	—0,9	949	—854
для детей	—2,2	455	—1001
Травматологические:			
взрослые	—2,6	562	—1461
для детей	—0,9	330	—297
Гинекологические (кроме коек для производ-ства абортв)	—1,1	2700	—2970
Неврологические:			
взрослые	—3,8	556	—2113
для детей	+3,0	158	+474
Офтальмологические:			
взрослые	—1,4	473	—662
для детей	—1,3	284	—369
Оториноларингологические:			
взрослые	—2,0	1425	—2850
для детей	+0,9	696	+626
Дерматовенерологические:			
взрослые	+1,4	646	+904
для детей	—3,7	87	—322
Всего			—12421

Расчетное число больных, которые не смогли получить стационарного лечения из-за удлинения среднего срока пребывания больных на койке, находим по формуле:

$$\frac{\text{Расчетное число койко-дней}}{\text{Среднесоюзная длительность пребывания больных в городских больницах}} = \frac{12421}{17,4 \text{ (1975 г.)}} = 714 \text{ человек.}$$

3-й этап. Рассчитывается, сколько больных можно было бы госпитализировать дополнительно, если бы средняя занятость койки в данном стационаре соответствовала областным, республиканским или среднесоюзным показателям за соответствующий год (табл. 3).

Таблица 3

Результаты отклонений средней занятости больничной койки (в днях)

Профиль коек	Разница в днях занятости коек	Средне-годовое число коек	Расчетное число койко-дней
Терапевтические	—7	60	—420
Хирургические:			
взрослые	—10	40	—400
для детей	—1	20	—20
Травматологические:			
взрослые	—6	35	—210
для детей	—5	20	—100
Гинекологические (кроме коек для производства абортов)	+1	45	+45
Неврологические:			
взрослые	+2	42	+84
для детей	—12	14	—168
Офтальмологические:			
взрослые	—16	30	—480
для детей	—2	20	—40
Оториноларингологические:			
взрослые	—9	38	—342
для детей	—38	25	—950
Дерматовенерологические:			
взрослые	—4	40	—160
для детей	+2	10	+20
Всего	—	—	—3141

Расчетное число больных, не получивших стационарного лечения из-за низкой занятости больничной койки, определяем по формуле:

$$\frac{\text{Расчетное число койко-дней (по средней занятости)}}{\text{Среднесоюзная длительность пребывания больных в городских стационарах (1975 г.)}} = \frac{3141}{17,4} = 180 \text{ чел.}$$

Таким образом, из-за нерационального использования коечного фонда данная больница не смогла госпитализировать $714 + 180 = 894$ больных.

4-й этап — анализ экономических потерь от нерационального использования коечного фонда в денежном выражении.

Стоимость одного койко-дня в данной больнице составляет 6 рублей. Из-за удлинения сроков пребывания больных на койке нерационально использовано:

$$12421 \text{ койко-день} \times 6 \text{ руб.} = 74\,526 \text{ рублей.}$$

Известно, что содержание пустующей больничной койки обходится дешевле в сравнении с занятой только на 25% [1, 2, 4]. Поэтому нерационально использованные средства больницы из-за простоя коек составляют:

$$\frac{75 \times 18\,846 \text{ руб.}}{100} = 14\,135 \text{ руб.}$$

В итоге нерационально израсходовано 88 661 руб. и допущено удорожание стоимости лечения одного больного на

$$\frac{88\,661 \text{ рубль}}{8\,870 \text{ больных}} = 10 \text{ руб.}$$

Необходимо подчеркнуть, что целью анализа является выяснение вопроса, в какой степени имеющиеся отклонения в разрезе каждого отделения обусловлены объективными причинами и насколько они связаны с субъективными факторами, а также с упущениями в управлении больницей. Нужна компетентная трактовка результатов снижения средней длительности пребывания больных в стационаре по отдельным нозологическим формам. Основными ее резервами являются сокращение диагностического периода, периода выписки, а также применение интенсивных и наиболее рациональных методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буренков С. П. Сов. мед., 1976, 6.— 2. Гороховер И. А. Планирование и финансирование больницы и поликлиники. М., «Медицина», 1967.— 3. Методы экономического анализа и планирования в развитых капиталистических странах. Часть 1, 2. Научный обзор. Под ред. чл.-корр. АМН СССР А. Ф. Серенко. М., 1974.— 4. Основы организации стационарной помощи в СССР. Под ред. А. Г. Сафонова и Е. А. Логиновой. М., «Медицина», 1976.— 5. Ройтман М. П. Сов. здравоохр., 1976, 11.

Поступила 31 августа 1977 г.

ГИГИЕНА И САНИТАРИЯ

УДК 613.6

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ У РАБОЧИХ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕЙ И НЕФТЕХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Кандидаты мед. наук Л. А. Беломытцева, В. И. Бойко, Ф. Д. Булатова, Л. М. Карамова, мл. научн. сотр. С. В. Кроткова

Уфимский НИИ гигиены и профзаболеваний (директор — проф. Г. М. Мухометова)

Реферат. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих, занятых в нефтеперерабатывающей и нефтехимической промышленности, в целом имеет за последние 7—8 лет тенденцию к стабилизации. Отмечено снижение числа заболеваний внутренних органов (желудочно-кишечного тракта и др.); в то же время несколько возросла нетрудоспособность вследствие гипертонической болезни, что можно связать с повышением интенсивности производственного шума. Снижению уровня непрофессиональной патологии способствует оздоровление условий труда, а также улучшение медицинского обслуживания работающих (диспансеризация лиц с хроническими заболеваниями, санация часто и длительно болеющих рабочих, лечение в санаториях-профилакториях и др.).

На современных нефтеперерабатывающих заводах и нефтехимических предприятиях в результате проведения мероприятий по улучшению условий труда концентрации токсических веществ в рабочей зоне значительно снизились и, как правило, не превышают предельно допустимые.

В плане изучения последствий длительного воздействия на организм сравнительно невысоких концентраций промышленных ядов определенным интерес представляет заболеваемость рабочих, имевших контакт с ароматическими углеводородами.

После первого этапа гигиенических исследований (1967—1969 гг.) на изучавшихся объектах Миннефтехимпрома СССР был разработан и внедрен комплекс мероприятий