

В.М. САМОХОДСЬКИЙ¹, Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ²

ДО ТЕХНОЛОГІЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ СТАНДАРТІВ В ПЕРСОНІФІКАЦІЇ РОБОЧОГО НАВАНТАЖЕННЯ ЛІКАРІВ I, II ТА III РІВНІВ МЕДИЧНОГО ОКРУГУ

¹*Кіровоградська обласна лікарня (гол. лікар – Л.М. Андреева;*

²*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)*

Як відомо, в схваленому МОЗ документі «Єдина державна політика громадського здоров'я (концепція, стратегія, тактика, критерії успішної реалізації)» [12] передбачена в т.ч. необхідність розробки, обґрунтування і впровадження нових стандартів і нормативів, які би сприяли покращанню якості і ефективності медичної допомоги населенню.

Ця стаття є фрагментом розробленого нами проекту «Реалізація нових методико-економічних стандартів у лікувальних установах I, II та III рівнів в процесі реформування системи охорони здоров'я за принципом «знизу-вгору» від рівня практичного лікаря» [21]. Суть його полягає в алгоритмі комплексного використання наших інноваційних технологій, таких як організаційно-економічні стандарти, критерії і нормативи в обов'язкових розділах роботи лікаря – профілактичних оглядах, амбулаторного і стаціонарного лікування на маршруті хворих від амбулаторії сімейної медицини (АСМ) до II та III-го рівнів медичного округу.

Вказані організаційні стандарти і механізми їх застосування, розроблені на прикладі одної із медичних служб – оториноларингологічної, принципи функціонування якої є такими, як і інших профільних служб медичного округу (хірургії, терапії тощо), доцільно використати у якості організаційної і технологічної матриці [2, 5] головними фахівцями цих служб з урахуванням специфіки останніх під патронатом МОЗ України.

Мета роботи

Довести можливість і доцільність трансформації наших науково-обґрунтованих показників організаційно-економічних ста-

ндартів, критеріїв і нормативів в технологію визначення персоніфікації обсягів робочого навантаження лікарів I, II та III-го рівнів медичного округу.

Матеріали та методи

Об'єкт дослідження – усі мешканці із зони відповідальності АСМ, як найменшої функціональної одиниці в структурі нашої системи охорони здоров'я, де пацієнт має найкоротший доступ до першого контакту із сімейним лікарем (СЛ). Оскільки останній наділений правом фондоотримувача, в т.ч. коштів, розрахованих на кожного мешканця [7], то саме на маршруті хворих АСМ, II та III-й рівень найдоцільніше трансформувати показники організаційно-економічних стандартів у визначення рівнів робочого навантаження лікаря в процесі реформування вказаних ланок медичного округу.

Проведено структурно-логічний аналіз алгоритму можливої імплементації вищезгаданих стандартів, критеріїв і нормативів з використанням хронометражу, порівняного аналізу та логічного узагальнення в технології профоглядів, амбулаторного і стаціонарного лікування хворих із зони відповідальності АСМ. Також використано метод самооцінки Тіто Конті [2, 5, 9], який передбачає застосування бальної шкали для порівняльної оцінки результатів роботи окремого лікаря або закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) з ідеальною організацією останньої, що дозволить визначити фактичний рівень досконалості і відповідну оцінку у вигляді інтегрального показника, тобто коефіцієнта персонального досягнення (КПД).

Результати дослідження та їх обговорення

На думку В.М. Лехан [11], в процесі реформування галузі «потрібно запропонувати орієнтовні нормативи навантаження лікаря, котрі визначаються обсягами та складністю роботи, що є необхідним для планування діяльності лікарень..., і ніхто поки що не вигадав методики, кращої за хронометражні дослідження».

Матеріали нашого дослідження дозволяють в певній мірі вирішувати вищеведену проблему шляхом реалізації стандартів, критеріїв і нормативів для початку в таких обов'язкових розділах роботи лікаря, як профогляди, амбулаторне та стаціонарне лікування хворих.

Організаційний стандарт¹ – це комплекс організаційних заходів, обов'язкових для виконання лікарями, алгоритм, зміст і якість реалізації яких сприяє отриманню максимальної ефективності в процесі профоглядів та оздоровлення населення [13, 14, 20].

Механізм процесу персоніфікації робочого навантаження лікарів у розділі «Профілактичні огляди».

Загальновідомо, що значення профоглядів (ПО) важко переоцінити. Але весь довгий період функціонування радянської, декларативної по суті, так званої системи Семашко, яка обумовила вкрай низьку ефективність ПО, дала підстави одному із дослідників цього розділу діяльності лікарів А.П. Картишу [6] охарактеризувати їх, як «фікцію». З другого боку, П. Ковтуненко повідомив, що «один долар, вкладений у профілактику, принесе 11,5 доларів в економіку» [8].

Ідеологічною основою успішної роботи лікаря в аналізованому розділі повинен бути принцип найбільш повного охоплення ПО населення з обов'язковим урахуванням і використанням комплексу організаційних стандартів під час виконання оптимальної моделі цієї роботи.

¹ У науковій медичній літературі радянського періоду систем охорони здоров'я і незалежної України не існувало поняття і характеристики ні «організаційного стандарту» ні «оптимальної моделі роботи лікаря».

Оптимальна модель лікаря, чи медичної служби – це обов'язковий механізм використання алгоритму науково-обґрунтованих організаційно-економічних стандартів, критеріїв і нормативів в процесі якісної реалізації технології клінічних протоколів, затверджених МОЗ для досягнення вищого рівня ефективності в процесі оздоровлення населення. Вона характеризує максимально можливі конкретні кількісні і якісні показники діяльності, наприклад, СЛ в реальних умовах певної АСМ при виконанні заходів, які складають сутність організаційного стандарту.

Використання таких критеріїв організаційного стандарту, як ідеальний, реальний і фактичний варіанти оптимальної моделі, а також таких нормативів, як хронометражні показники [11, 16] дозволяє суттєво удосконалити процес моніторингу, виміру, аналізу, оцінки [3], наприклад, у розділі «Профілактичні огляди».

Механізм реалізації процесу вказаної вище трансформації складається з результатів виконання оптимальної технології таких організаційних стандартів, як:

- визначення обґрунтованих хронометражних показників на основі норми, як міри праці [4], що використовується для оцінки праці, які були б розглянуті в затверджені в якості нормативних відповідними профільними асоціаціями [11, 24];

- обліку, виміру, аналізу динаміки та ефективності ПО мешканців зони відповідальності СЛ шляхом порівняння показників ідеального варіанту оптимальної моделі (ІВОМ), або універсального критерію (відображає максимальну потребу ПО і дорівнює 100%), з показником фактичного виконання ПО за певний період – нашим ФОВ (фактичним організаційним варіантом);

- використання критерію обґрунтованого планування реальних обсягів роботи лікаря (нормативних і понаднормативних) за допомогою нашого так званого реального варіанту оптимальної моделі (РВОМ) ПО [13, 14, 16, 21].

На прикладі виконання СЛ профоглядів в аналізованій нами АСМ [16, 23], при потребі провести ПО усім 1389 мешканцям (наш ІВОМ), фактично цю роботу СЛ виконано тільки у 318 осіб (наш ФОВ), що скла-

дає до нашого універсального критерію тільки 23%. Вказаний показник співвідношення ІВОМ та ФОВ відповідає суті характеристики одного із критеріїв ефективності надання медичної допомоги з точки зору Європейського регіонального бюро ВООЗ, яку озвучив В. Хану [24].

З метою спрощення визначення рівня робочого навантаження лікарів в процесі виконання ПО наша технологія передбачає варіант бальної оцінки кожного розділу аналізованої роботи. Для цього допускаємо, що один відсоток із максимально можливих 100% (при урахуванні оптимальної потреби у цій роботі) дорівнює одному балу, як умовної оціночної одиниці [5, 13, 16]. Таким

чином, у приведеному вище прикладі визначається конкретна оцінка (23 бала) не тільки рівня робочого навантаження СЛ, але й рівня ефективності його роботи в розділі «Профогляди».

Для вирішення питання, за яким конкретний термін можливо якісно виконати ПО населенню в зоні обслуговування АСМ, практичне значення набуває так званий реальний варіант оптимальної моделі (РВОМ), тому що необхідно брати до уваги і реальні можливості СЛ щодо якісного обстеження мешканців з використанням такого організаційного стандарту, як хронометражні показники одного ПО у якості науково-обґрунтованого нормативу (табл. 1).

Таблиця 1

Дані хронометражу виконання окремих елементів технології профілактичного огляду за профілем «оториноларингологія»

№№ з/п	Технологічні елементи одного профілактичного огляду	Максимальний час (з урахуванням додаткових маніпуляцій)	Мінімальний час (без додаткових маніпуляцій)
1	Бесіда (скарги) з обстежуваним	30 с	20 с
2	Фарингоскопія	30 с	10 с
3	Риноскопія (можлива анестезія слизової оболонки носової порожнини)	2 хв	30 с
4	Задня риноскопія (можлива анестезія зіву)	2 хв	1 хв
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіву)	3 хв	1 хв
6	Отоскопія (можливий туалет слухового проходу, використання оптики та інше)	2 хв	30 с
7	Тест на сприйняття мови пошепки	3 хв	2 хв
8	Записи в амбулаторній карті	30 с	30 с
	Всього	11 хв 30 с	4 хв 30 с
В середньому – 8 хв.			

Вказані функціональні можливості РВОМ дозволяють також планувати обґрунтований рівень робочого навантаження СЛ на певний термін.

Для розрахунку обґрунтованого нормативу ПО використовується інформація про тривалість одного ПО і робочого дня лікаря. У хірурга і гінеколога – це по 10 хв., терапевта і педіатра – по 11 хв., окуліста – 15 хв, отоларинголога – 8 хв. технологічного часу [16]. Щодо робочого дня лікаря, ми для зручності розрахунків, як приклад, демонструємо роботу останнього на одну ста-

вку – 7 год. 42 хв. (462 хв.), з урахуванням витрати робочого часу на так звані підготовчо-заклучні фрагменти (30 хв.), а також дві технологічні перерви по 10 хв. [25]. Тоді технологічний час СЛ, наприклад, як терапевта, коли він зможе зосередитись виключно на профоглядах, складе (642 хв. – 50 хв.) – 412 хв. Відповідно, лікарю терапевту можливо обґрунтовано планувати на один робочий день (при умові виконання одного ПО за 13 хв.) – 31 профогляд (412 хв. : 13 хв.), а на один місяць (31 x 22 робочих днів) – 682 ПО.

Обґрунтований таким чином місячний норматив ПО для вказаного лікаря буде відповідати 100% потреби виконання роботи (наш універсальний критерій – ІВОМ) і може бути оцінений відповідно у 100 балів умовних одиниць працезатрат. Але фактично (наш ФОВ) лікар виконав цю роботу на 60%, тобто обстежив не 682, а лише 409 осіб. Отже показник його робочого навантаження, або особистий КПД фактично виявився меншим, ніж заплановано і, відповідно, оцінюється в 60 балів.

Оскільки в процесі участі сімейного лікаря в профоглядах в якості, наприклад, терапевта часто виникає потребі виконувати і понаднормативні ПО, тобто за межами встановленого нормативу тривалості його робочого дня, то кількість понаднормативних відвідувачів визначає рівень його додаткового робочого навантаження. У цьому випадку нормативна кількість виконаних ним ПО складає 100% (або 100 балів), а понаднормативна визначається числом балів відповідно до відсоткового співвідношення нормативної і понаднормативної його роботи.

Таким чином, інтегральний показник оцінки рівня робочого навантаження, наприклад, СЛ, коли він бере участь у ПО, дорівнює середньому значенню суми балів визначених в процесі оцінки, по-перше, рівня ефективності його роботи в організації максимального охоплення ПО мешканців із зони відповідності АСМ. Це, як ми вже визначили раніше, склало 23%, або 23 бали; по-друге, оцінки виконання запланованої кількості ПО за повний період (це – 60%, або 60 балів); і, по-третє, оцінки понаднормативних ПО цього лікаря 930%, або 30 балів).

Отже, інтегральний показник робочого навантаження сімейного лікаря в аналізованому розділі його діяльності дорівнюватиме (23 + 60 + 130) – 213 балам.

Представлений алгоритм оцінки рівня робочого навантаження може бути розширений за рахунок аналогічних оцінок виконання лікарями інших його функціональних обов'язків, особливо якщо є потреба в порівняльних оцінках рівнів навантаження сімейних лікарів декількох АСМ у складі центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

Медико-економічний механізм визначення рівня робочого навантаження лікаря в процесі амбулаторної медичної допомоги

Основним принципом в організації процесу оздоровлення хворих в амбулаторних умовах є обов'язкове виконання стандартів якості діагностики і лікування, які рекомендовані МОЗ України.

Загальновідомо, що в амбулаторіях, де працюють 2 і більше лікарів одного фаху, не спостерігається однаковий об'єм робочого навантаження, хоча кожному з них при інших рівних умовах (стаж, категорія тощо) нараховується однакова заробітна плата (ЗП). Досить часто об'єм їх робочого навантаження фактично перевищує той рівень, що формально відповідає офіційній тривалості робочого дня і розміру ЗП [14, 15].

Рекомендовані нами принципи розподілу хворих на клініко-статистичні групи (КСГ), діагностично зв'язані групи (ДЗГ), ступені їх складності по результатам хронометражних досліджень, розрахунку нормативних і понаднормативних об'ємові роботи лікаря, обґрунтування системи бальної оцінки останніх склали основу механізму визначення індивідуального рівня робочого навантаження лікаря на амбулаторному прийомі [13, 17].

Норма як міра праці і хронометражні показники її виконання є критеріями оцінки обсягів праці лікаря [7, 25].

Як приклад можливості практичної реалізації вказаного вище механізму, демонструємо методику визначення рівня робочого навантаження на амбулаторному прийомі лікарів-отоларингологів, алгоритм роботи яких в розділах діагностики і лікування організаційно в принципі є такими, як і у інших профільних фахівців.

Щодо ЛОР-захворювань, на базі аналізу яких ми демонструємо технологію необхідних розрахунків, вважаємо доцільним розподілити їх на 4 клініко-статистичні групи (КСГ): хвороби вуха, носа і навколосинусових синусів, глотки та гортані.

З огляду на специфіку ЛОР-захворювань і проведеного хронометражу [13, 17], ми визначили 3 ступеня складності працезатрат лікаря: 1-й – це ПО, 2-й і 3-й – діагностика та лікування амбулаторних

хвороб. Для отримання обґрунтованих показників хронометраж виконувався щодо кожної із вказаних КГС окремо.

Дотримуючись технології якісного використання усіх розділів амбулаторного прийому хворих різного ступеня складності, наш хронометраж врахував такі особливості, як збільшення працезатрат лікаря, коли виникала потреба у додаткових лікарських маніпуляціях і процедурах, і випадку, коли необхід-

ність в них була відсутня. Оскільки частота тих і других виявилися приблизно однаковою, ми встановили середній термін, який потім розглядався як норматив працезатрат, або технологічний нормативний термін.

Як приклад для інших профільних фахівців, демонструємо визначення хронометражного показника другого ступеня складності захворювань КСГ-1 – захворювання вуха.

Таблиця 2

Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого з II ступенем складності КС Г-1 захворювання вуха

№№ п/п	Технологічний елемент	Максимальний термін (з врахуванням додаткових маніпуляцій і процедур)	Максимальний термін (без врахування додаткових маніпуляцій і процедур)
1	Анамнез	1 хв	1 хв
2	Огляд, перкусія, пальпація ділянки вух, отоскопія (можливо видалення сірки, корок та інше)	3 хв	1 хв
3	Використання мікроскопії (воронка Зігля, мікроскоп та інше)	2 хв	1 хв
4	Тест на сприйняття мови (пошепки та розмовної мови)	2 хв	1 хв
5	Риноскопія (можлива анемізація слизової оболонки носа)	2 хв	30 сек
6	Задня риноскопія (можлива анестезія зіва)	2 хв	30 сек
7	Обстеження носоглотки (пальцева проба, в т.ч. у дітей)	2 хв	
8	Запис в амбулаторній карті (анамнез, об'єкт, статус, діагноз, назначення, рекомендації та інше)	3 хв	2 хв
9	Виписка рецептів, лікарняного листа, заключення та інше	3 хв	2 хв
	Загалом	20 хв (1200 сек)	9 хв (540 сек)

Таким чином, витрати робочого часу і, відповідно, робочого навантаження на лікарів в процесі лікування одного хворого усіх отоларингологічних локалізацій II ступеня складності складає: 15,5 хв. – захворювання вуха; 15,8 хв. – захворювання носа та навколоносових пазух; 14,3 хв. – захворювання глотки; 11,8 хв. – захворювання гортані. Тобто, в середньому – 14 хв. [17, 20].

Аналогічним чином визначено хронометражні показники I та II ступеня складності, в результаті чого робоче навантаження лікаря, яке відноситься до хвороб I ступеня складності на одне відвідування склали 8 хв., III-го – 25 хв. [17].

З метою спрощення оціночної характеристики результатів роботи лікаря на амбу-

латорному прийомі за певний термін (робочий день, місяць, квартал тощо), вважаємо за доцільне застосувати систему бальної оцінки [13, 17]. У нашому випадку ця система передбачає відповідність об'єму працезатрат лікаря на один ПО – одному балу. Потім із збільшенням навантаження в зв'язку з прийомом хворих наростаючого ступеня складності (II і III) відповідно збільшується і термін прийому, і кількість оціночних балів. Оскільки у нас визначені хронометражні показники I, II та III ступенів складності прийому одного відвідувача, відповідно – 8; 14 та 25 хв., то є логічним роботу лікаря I-го ступеня, як найпростіше, оцінювати в один бал, II-го (14 хв. : 8 хв.) – в 1,7 бали і III-го – в 3,13 бали (25 хв. : 8 хв.).

Отже, нормативне робоче навантаження на лікаря амбулаторії, зайнятого на одну лікарську ставку, технологічний норматив працевитрат якого відповідає стандартній тривалості його робочого дня – 7 год. 42 хв., можливо оцінювати балами. Наприклад, в одному кабінеті за один робочий день прийнято відвідувачів: 1 ст. складності – 5 (8 хв. X 5) – 40 хв. робочого часу лікаря, зароблено 5 балів (5 x 1 бал). Другого ступеня – 11 хворих (11 x 14 хв.) – 154 хв. робочого часу. Зароблено відповідно (11 x 1,7 бала) – 19 балів. Третього ступеня складності – 7 хворих (7 x 3,13 бали). Зароблено 22 бали. Усього – 46 балів (387 хв.), або 7 год. 20 хв. Тобто, 46 балів – це той максимум, який може бути оцінено нормативне робоче навантаження лікаря за один робочий день (7 год. 42 хв.).

Оскільки одним із основних принципів нашої системи охорони здоров'я є доступність і безвідмовність медичної допомоги, то дотримуватись вказаного нормативу шляхом відмови в прийомі хворого є неприпустимим. Тому одна із особливостей роботи лікаря – це готовність до прийому кожного дня більшої, ніж норматив, кількості відвідувачів, що потребує виконання понаднормативного об'єму роботи, тобто «змінної її частини», яка, на думку В.М. Лехан [10], підлягає додатковій оплаті праці.

Наприклад, у згаданому кабінеті той же лікар прийняв більше хворих і заробив 59 балів. Очевидно, що в даному випадку рівень понаднормативного об'єму його роботи оцінюється у 13 балів (59-46 нормативних).

Система бальної оцінки по кінцевим результатам праці на амбулаторному прийомі дозволяє визначити розмір адекватного і обґрунтованого матеріального стимулювання. Припустимо, що адміністрація амбулаторії, де працюють три лікаря одного фаху, по загальних їх результатах за квартал виділила премію в розмірі 3000 грн. По підсумкам комп'ютерного аналізу відомо, що лікар «А» за вказаний період заробив 38 понаднормативних балів, лікар «Б» – 65 і лікар «В» – всього 22. Сума усіх балів склала 125. У даному випадку вартість одного бала – 24 грн. x 38 балів) – 912 грн.; лікар «Б»- (24 x 65) – 1560 грн.; лікар «В» – (24 x 22) – 528 грн.

Слід підкреслити, що реалізація рекомендованих методик передбачає створення спеціальних комп'ютерних програм, обов'язкових для усіх ЗОЗ медичного округу. Їх використання виключало би необхідність виконувати відповідні розрахунки безпосередньо практичними лікарями.

Медико-економічні механізми в технології визначення рівня робочого навантаження лікарів стаціонару.

В процесі удосконалення роботи лікарів відділень стаціонару в умовах реформування галузі однією з суттєвих технологічних ланок є визначення конкретних об'ємів роботи останніх при обов'язковому виконанні оптимальної моделі діагностики і лікування в межах рекомендованих МОЗ клінічних протоколів.

Як відомо [7], сімейний лікар буде наділений правом укладення фінансових угод на лікування своїх хворих з найдосвідченими лікарями медичного округу в розрахунок на високу якість медичної допомоги. Отже, чим більшу кількість хворих, в тому числі з більшим ступенем складності, пролікує конкретний лікар, тим на більший рівень матеріального стимулювання він зможе розраховувати. В зв'язку з цим було б доцільним запровадити певний пріоритет для мешканців віддалених АСМ щодо їх першочергового стаціонарного оздоровлення в ЗОЗ II та III рівнів.

Об'єктивність визначення рівня робочого навантаження лікарів стаціонарних відділень II та III рівнів медичного округу підвищиться, якщо в основу принципу, на підставі якого діагностику і лікування можливо оцінити у різну кількість зароблених балів, закладені такі чинники, як розподіл хворих на клініко-статистичні, діагностично-зв'язані групи (ДЗГ), ступені складності захворювань і хірургічних втручань, витрати робочого часу лікаря на весь процес лікування конкретного хворого, прогнозування ускладнень тощо [13, 18, 22].

На прикладі одного із ЛОР-відділень демонструємо можливість аналізу персонального рівня робочого навантаження лікарів стаціонарних відділень II та III рівнів медичного округу з урахуванням хірургічної діяльності.

Таблиця 3

Визначення об'єму та інтенсивності роботи лікарів на прикладі ЛОР-відділення Кіровоградської обласної лікарні за 11 місяців

Лікаря відділення	Кількість місяців роботи	Фактично пролікованих хворих	Всього балів за захворювання складності	Кількість захворювань і балів за ступенем складності					Всього операцій					Кількість операцій і балів за ступенем складності					Бали за асистенцію	Всього балів (операція + захворювання + асистенція)(операція + захвор	Хірургічна активність, %
				за захворювання – в знаменнику					операції – в чисельнику					операції – в чисельнику							
				I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V			
Завідувач відділення 0,5 окладу	6 міс.	179	819	39 39	50 100	64 320	22 220	7 104	210 715	104 104	53 106	21 105	24 240	8 160	-	1534	117,2				
Старший ординатор 1,0 оклад	9 міс.	356	1605	73 73	76 152	132 660	60 600	6 120	418 1415	215 250	105 210	33 165	51 510	14 280	35	3055	117,4				
Ординатор 1,5 оклад	10 міс.	514	2172	144 144	159 318	170 850	56 560	15 300	533 1029	317 317	160 332	40 200	16 160	-	60	3261	98,5				
Ординатор 1,0 оклад	9 міс.	175	607	61 61	58 116	42 210	14 140	4 80	152 290	82 82	54 108	12 60	4 40	-	10	907	86,8				

Із таблиці видно значну різницю в обсягах робочого навантаження за кількістю та складністю пролікованих і прооперованих хворих. Відповідно вказана різниця відображена у кількості зароблених балів кожним лікарем [18].

Якщо відомо, що сімейні лікарі, як фондоотримувачі, направили в аналізоване відділення своїх хворих і перерахували на підставі відповідних угод певну суму, наприклад 20 тис. грн., то не важко визначити, яку конкретну винагороду в якості матеріального стимулювання отримає конкретний лікар цього відділення в залежності від рівня робочого навантаження:

- вся сума склала 20 тис. грн.;

- загальна кількість балів за складність пролікованих захворювань, хірургічних втручань і асистенцію в процесі операцій – 8757.

Враховуючи, що завідувач відділенням, відповідно до своїх функціональних обов'язків, має безпосереднє відношення до конкретного процесу обстеження і лікування кожного хворого, який поступає у відділення, то його робоче навантаження, а значить і рівень матеріального стимулювання можливо, наприклад, визначити, як 15% від вказаної загальної суми.

Отже, завідувач відділенням може отримати – 3000 грн. Залишок – 17000 грн. ділиться на 8757 балів і визначається вартість одного бала – 1,94 грн.

Література:

1. Баяджан В.А., Щепин О.П. Медицинское страхование и использование диагностически связанных групп // Советское здравоохранение. – 1991. – №5. – С. 12-18.
2. Брезкина Г.Н. Основные направления совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.33. – М., 2008. – 48 с.
3. Вороненко Ю.В., Горачук В.В. Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у системі управління якістю медичної допомоги // Укр. мед. часопис. – 2012. – №5(91). – С. 108-110.
4. Гаврилов В.А., Мисник Ю.Н. Норма труда в новых условиях хозяйственного механизма в здравоохранении // Вопросы совершенствования

Каждый из врачей отделения получает винагороду відповідно до кількості зароблених балів:

- завідувач відділення, як лікар за сумісництвом на 0,5 ставки, може отримати 2975,96 грн. (1534 бали x 1,94 грн.);

- старший ординатор (1 ставка) – 5926,70 грн. (3055 балів x 1,94 грн.);

- ординатор (1,5 ставки) – 6326,34 грн. (3261 бали x 1,94 грн.);

- ординатор (1 ставка) – 1759,58 грн. (907 балів x 1,94 грн.).

Рекомендовані механізми реалізації комплексу організаційно-економічних стандартів, критеріїв і нормативів для визначення ефективності рівня робочого навантаження лікарів є по суті, багатофункціональними і в перспективі дозволять значно розширити діапазон аналізу і оцінки інших не зазначених у статті обов'язків лікарів.

Висновки

Представлені у статті технології розрахунків персональних показників рівня робочого навантаження конкретного лікаря дають можливість визначити вартість нормативних, понаднормативних працевитрат лікаря і загальної вартості процесу оздоровлення, наприклад, мешканців зони відповідальності СЛ на основі затверджених МОЗ клінічних протоколів, а також суми подушних витрат ЦПМСД відповідно до передбачених угод між СЛ і надавачем медичних послуг.

организации и оплаты труда в здравоохранении (Сборник научных трудов). – М., 1989. – С. 69-71.

5. Дячук Д.Д. Оцінка підходів до розробки та використання інноваційних моделей удосконалення діяльності закладів охорони здоров'я // Вісн. соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. – №3(53). – С. 75-85.

6. Картыш А.П. Организация амбулаторно-поликлинической помощи в условиях новых экономических отношений / Материалы 2-го съезда соц. гигиенистов и организаторов здравоохранения Украины. – Винница, 3-5 октября 1990 г. ч. 1. – К., 1990. – С. 19-21.

7. Квіташвілі О. Парламентські слухання «Про охорону здоров'я України». – 2015, 16 грудня.

8. Ковтуненко П. Газета «Ваше здоров'я». – 2016. – № 39-40(1375-1376). – С. 2.
9. Конти Т. Самооценка в организациях. – Изд-во «Стандарты и Качество», 2000. – 238 с.
10. Лахан В.М. Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи. – К.: Сфера, 2002. – 28 с.
11. Лахан В.М. Відміна наказу № 33: проблеми позаду чи попереду? // Ваше здоров'я. – 2016. – №39-40. 30.09. – С. 8-9.
12. Прокопчук О.Л., Павленко О.І. Єдина державна політика громадського здоров'я (концепція, стратегія, тактика, критерії успішної реалізації // *Новости медицины и фармации в Украине*. – 2015, № 15(5580). – С. 12-15.
13. Самоходський В.М. Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління отоларингологічної служби на етапі переходу до БСМ: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – К., 1994. – 32 с.
14. Самоходський В.Н. Больница страховой медицины. Натурный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы). – Кировоград. – 2004. – 242 с.
15. Самоходський В.М. До методики визначення вартості працездатності сімейного лікаря при виконанні профілактичних оглядів // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2011. – №1. – С. 73-77.
16. Самоходський В.М. Оптимальна модель профілактичних оглядів, як організаційний стандарт для сімейного лікаря // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2011. – №3. – С. 65-70.
17. Самоходський В.М. Визначення об'єму та вартості працездатності амбулаторних лікарів і варіанти стимулювання їх праці // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2012. – №1. – С. 98-103.
18. Самоходський В.М. Варіант технології визначення об'єму та інтенсивності праці лікарів відділення стаціонару // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2012. – №2. – С. 86-90.
19. Самоходський В.М. Медико-економічні механізми реалізації організаційних стандартів, критеріїв і нормативів як основи створення комп'ютерних програм для сімейних лікарів // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2013. – №2 (56). – С. 19-27.
20. Самоходський В.М. Алгоритм імплементації організаційно-економічних стандартів як фрагмент технології підвищення якості лікування в процесі професійного супроводу хворих по маршруту I, II та III рівнів медичного округу // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2015. – №2(64). – С. 4-15.
21. Самоходський В.М., Голяченко Б.А. Соціально-економічні реформи системи охорони здоров'я в Україні. Проект. – Тернопіль, 2015. – 55 с.
22. Самоходський В.М. Оцінка впливу прогнозованих ризиків ускладнень на визначення стандарту результатів лікування оториноларингологічних хворих // *Журн. вушних, носових і горлових хвороб*. – 2016. – №4. – С. 76-80.
23. Степанова О. За что мы так себя не любим // Газета «Украина-Центр». – 2011. – № 16. – С. 2.
24. Хану В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. – ВООЗ, Копенгаген. – 1985. – 177 с.
25. Шипова В.М., Гаврилова В.А. Инструкция по нормированию труда врачей амбулаторного приёма. – М., 1989.

References

1. Bayadzhan VA, Schepin OP. Health insurance and the use of diagnostic related groups. *Sovetskoe zdravoohranenie*. 1991;(5):12-8. Russian.
2. Brezkina GN. The main directions of improvement of the quality of care in a multidisciplinary hospital: Author. Dis. ... Dr. med. Sciences. M., 2008: 48 p. Russian.
3. Voronenko UV, Horachuk VV. Methodological approaches to implementing technology standardization organization in the system of healthcare quality. *Ukrayinskiy medichniy chasopis*. 2012;91(5):108-10. Ukrainian.
4. Gavrilov VA, Misnik YN. Labor standards in the new conditions of economic mechanism in public health services. *Voprosyi sovershenstvovaniya organizatsii i oplatyi truda v zdravoohranenii*. M. 1989:69-71. Russian.
5. Dyachuk DD. Assessment approaches to development and use of innovative models of improvement of health care. *Visnyk social'noyi gigiyeny ta organizatsiyi oxorony` zdorov'ya Ukrainy`*. 2012;53(3):75-85. Ukrainian.
6. Kartysh AP. Organization of outpatient care in the context of new economic relations. K., 1990:19-21. Russian.
7. Kvitashvili A. Parliamentary hearings "On protection of health of Ukraine". December 16, 2015. Ukrainian.
8. Kovtunencko P. Newspaper "Vashe zdorov'ya". 2016;39-40 (1375-1376):2. Ukrainian.

9. Konti T. Self-assessment in organizations. Publ. "Standarty y kachestvo", 2000:238 p. Russian.
10. Lahan VM. The health care system in Ukraine: results, problems and prospects. K. Sfera. 2002:28 p. Ukrainian.
11. Lahan VM. Cancel the order number 33: Problems behind or ahead?. Vashe zdorov'ya. 2016.(39-40):8-9. Ukrainian.
12. Prokopchuk OL, Pavlenko OI. The only public policy public health (concept, strategy, tactics, criteria for successful implementation. Novosti medycyny i farmacii v Ukraine. 2015;15(5580):12-5. Ukrainian.
13. Samohodskyy VM. Scientific substantiation of health reform and economic management mechanisms Otolaryngology service at the transition to BCM: Author. dis Dr. med. Science. K. 1994:32 p. Ukrainian.
14. Samokhodskyy VN. Hospital medical insurance. Natural experiment (institutional, medical and economic and legal mechanisms). Kirovograd. 2004: 242 p. Russian.
15. Samohodskyy VM. By the methods for determining the value of a family physician expenditures of labor when performing checkups. Visnyk social'noyi gigiyeny` ta organizaciyi oxorony` zdorov'ya Ukrayiny`. 2011;1:73-7. Ukrainian.
16. Samohodskyy VM. The optimal model of preventive examinations, as an organizational standard for family physician. Visnyk social'noyi gigiyeny` ta organizaciyi oxorony` zdorov'ya Ukrayiny`. 2011;3:65-70. Ukrainian.
17. Samohodskyy VM. Determining the amount and cost of outpatient medical expenditures of labor and options to stimulate their labor. Visnyk social'noyi gigiyeny` ta organizaciyi oxorony` zdorov'ya Ukrayiny`. 2012;1:98-103. Ukrainian.
18. Samohodskyy VM. Alternative technologies amount and intensity of doctors of a hospital department. Visnyk social'noyi gigiyeny` ta organizaciyi oxorony` zdorov'ya Ukrayiny`. 2012;2:86-90. Ukrainian.
19. Samohodskyy VM. Medical and economic mechanisms for implementing organizational standards, criteria and standards as the basis for the creation of computer programs for family physicians. Visnyk social'noyi gigiyeny` ta organizaciyi oxorony` zdorov'ya Ukrayiny`. 2013;2(56):19-27. Ukrainian.
20. Samohodskyy VM. Algorithm implementation of organizational and economic standards as a piece of the technology improve the quality of treatment in the professional support patients on the route I, II and III of the health district. Visnyk social'noyi gigiyeny` ta organizaciyi oxorony` zdorov'ya Ukrayiny`. 2015;2(64):4-15. Ukrainian.
21. Samohodskyy VM, Golyachenko BA. Socio-economic health reform in Ukraine. Project. Ternopol, 2015:55 p. Ukrainian.
22. Samohodskyy VM. Assessing the impact of predicted risk of complications in determining the standard of treatment results of patients with ENT. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2016:4:76-80. Ukrainian.
23. Stepanova A. What we did not like myself. Newspaper "Ukraina-center". 2011;16:2. Russian.
24. Khanu B. Ensuring quality of care. WHO, Copenhagen. 1985:177 p.
25. Shipova VM, Gavrilova VA. Manual Labor norms receiving outpatient physicians. M., 1989. Russian.

Надійшла до редакції 12.12.2016.

© В.М. Самоходський, 2017

ДО ТЕХНОЛОГІЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ СТАНДАРТІВ В ПЕРСОНІФІКАЦІЇ РОБОЧОГО НАВАНТАЖЕННЯ ЛІКАРІВ I, II ТА III РІВНІВ МЕДИЧНОГО ОКРУГУ

Самоходський В.М., Заболотний Д.І. (Кіровоград, Київ)

А н о т а ц і я

Вступ. Організаційні стандарти і механізм їх застосування на прикладі оториноларингологічної служби принципи функціонування якої є такими, як і інших профілактичних служб, доцільно використати в якості технологічної матриці фахівців цих служб для визначення обсягів робочого навантаження лікарів.

Мета. Довести можливість трансформації наших науково обґрунтованих стандартів, критеріїв і нормативів в технологію персоніфікації робочого навантаження лікарів.

Матеріали і методи. Усі мешканці зони відповідальності амбулаторії сімейної медицини, як найменшої функціональної одиниці нашої системи охорони здоров'я, де пацієнт має найкоротший доступ до першого контакту з лікарем. Саме на маршруті хворих – сімейний лікар – II та III рівень медичного округу

найраціональніше трансформувати показники виконання профоглядів, амбулаторного і стаціонарного лікування у визначення рівнів робочого навантаження лікарів.

Проведено структурно-логічний аналіз алгоритму можливої імплементації вищезгаданих критеріїв з використанням хронометражу, порівняльного аналізу, методу самооцінки та бальної шкали, що дозволяє визначити фактичний рівень обсягу робочого навантаження лікаря у вигляді інтегрального показника або коефіцієнта персонального досягнення (КПД).

Результати обговорення. Завдяки додержанню алгоритму технології організаційно-економічних стандартів, критеріїв і нормативів при умові обов'язкового виконання оптимальної моделі діяльності лікаря є можливість виконувати за допомогою відповідних комп'ютерних програм постійно моніторинг, виміри, аналіз, обґрунтування планування реальних обсягів роботи лікарів в таких обов'язкових розділах, як профогляди, амбулаторне і стаціонарне лікування на маршруті хворого від АСМ до II та III рівнів медичного округу, що дозволяє визначити на кожному із вказаних етапів конкретний рівень робочого навантаження лікарів.

Висновки. Представлений алгоритм застосування наших критеріїв і нормативів дає можливість у перспективі розрахувати вартість нормативних і понаднормативних працездат лікарів, визначити загальну вартість процесу оздоровлення, наприклад, мешканців зони відповідальності сімейного лікаря на основі затверджених МОЗ клінічних протоколів і суми втрат центру первинної медико-санітарної допомоги відповідно до передбачених угод між сімейним лікарем і надавачем медичних послуг.

Ключові слова: організаційні стандарти, хронометраж, критерії, нормативи, персоніфікація обсягів праці лікаря.

TECHNOLOGY FOR TRANSFORMATION PARAMETERS ORGANIZATIONAL STANDARDS IN THE PERSONIFICATION WORKLOAD DOCTORS I, II, AND III OF MEDICAL DISTRICT

¹Samohodskyy VN, ²Zabolotnyy DI

¹Kirovograd Regional Hospital; ²State institution «O.S. Kolomiychenko Institute of Otolaryngology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine»; e-mail: amtc@kndio.kiev.ua

Annotations

Introduction. Organizational standards and mechanism of applying the example otorhinolaryngology service functioning principles of which are as and other preventive services appropriate to use as the matrix technology professionals these services to quantify the workload of doctors.

Aim. To prove the possibility of transforming our science-based standards, criteria and standards in technology personification workload of doctors.

Materials and methods. All the inhabitants of the area of responsibility of outpatient family medicine as the smallest functional unit of our health care system, where the patient has the shortest access to first contact your doctor. It is on Route patients – family doctor – P and W county level health performance indicators transform most rational prophylactic examinations, outpatient and inpatient treatment in determining the workload of doctors. A structural and logical analysis algorithm possible implementation of the above criteria using timing, benchmarking and self-assessment method point scale to determine the actual level of volume workload physician as an integral factor indexes or personal achievement (CRC).

The results and discussion. Due observance algorithm technology organizational and economic standards, criteria and standards provided to enforce an optimal model of the doctor is able to perform with the appropriate software is constantly monitoring, measurement, analysis, planning justification real volume of such doctors being sure sections as prophylactic examinations, outpatient and inpatient treatment of the patient on the route from AMS to W and P levels medical district, to determine at every stage of these specific level of workload of physicians.

Conclusions. The algorithm use our criteria and standards makes it possible in the future to calculate the cost of regulatory and abnormal labor costs of doctors determine the overall cost of the process improvement, for example, residents of the area of responsibility of the family doctor to the approved MOH clinical protocols and of the cost center of primary health care in accordance with the prescribed agreements between the family doctor and health care providers.

Keywords: organizational standards, timing, criteria, standards, personification, scope of work of a doctor.