

*Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, В.М. САМОХОДСЬКИЙ*

## **ДВАДЦЯТЬ П'ЯТЬ ІННОВАЦІЙНИХ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ СТАНДАРТІВ ЯК ІНСТРУМЕНТ ТЕХНОЛОГІЇ РЕФОРМУВАННЯ ПРОЦЕСУ ОЗДОРОВЛЕННЯ МЕШКАНЦІВ ЗОНИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»  
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний);  
Кіровоградська обласна лікарня (гол. лікар – Л.М. Андрєєва)*

Як відомо, в теперішній час проблеми системи охорони здоров'я України досягли такої гостроти, що необхідність у радикальних змінах її організаційної структури, технології лікування, планування, економіки та фінансування очевидні.

З огляду на прийняті Верховною Радою законопроекти №№ 6327 та 7117, в процесі реформування системи охорони здоров'я України першочерговим є підвищення доступності та якості медичного обслуговування населення, в тому числі шляхом застосування інноваційних технологій.

Оскільки у вітчизняній медичній галузі стандарти організаційних технологій ще не запроваджені [2], то відповідно до сучасної стратегії забезпечення якості, розробленої ВООЗ (2008), та «Єдиної державної політики громадського здоров'я» [14], пропонуємо механізм практичної реалізації низки з 25 організаційних і медико-економічних стандартів, імплементація яких, за нашими розрахунками, дозволить, як мінімум, на порядок-два підвищити якість і ефективність оздоровлення населення, а також реалізувати методики визначення вартості обстеження, лікування та матеріального стимулювання праці лікарів<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Пропонуємо увазі читачів наш погляд на механізм реалізації організаційно-економічних стандартів, критеріїв і нормативів в процесі виконання профоглядів, диспансеризації, амбулаторного і стаціонарного оздоровлення населення, розроблені нами на прикладі отоларингологічної служби, та запрошуємо розпочати дискусію на цю тему на сторінках нашого журналу.

**Мета** – запропонувати алгоритм можливого пілотного проекту, в основу реалізації якого буде закладено науково обгрунтовану технологію з виконанням комплексу інноваційних організаційних і медико-економічних стандартів, критеріїв і нормативів в обов'язкових щоденних розділах роботи практичного лікаря – профілактичних оглядах, диспансеризації, амбулаторного та стаціонарного лікування хворих.

### **Матеріали та методи**

Об'єктом дослідження у нашому проекті є усі мешканці зони відповідальності працівників амбулаторії сімейної медицини (АСМ), як першої ланки найменшої функціональної одиниці в структурі регіональної системи охорони здоров'я. Відомо, що сімейний лікар (СЛ) у цій системі виконує функцію фондоутримувача з правом розподіляти фінансові ресурси, які виділяються на кожного мешканця. Також він несе відповідальність за оздоровлення конкретної визначеної МОЗ кількості мешканців (до 2000). Саме тут, на маршруті хворих із АСМ до ЗОЗ II та III рівнів медичного округа найраціональніше довести можливість реалізації наших інноваційних пропозицій. На кожному з трьох названих рівнів, імплементуючи нашу технологію, можливо якісно вирішувати проблеми загального стану здоров'я (профогляди), вилікувати перші прояви захворювань (АСМ), а хворих із

більш складною патологією скеровувати до профільних фахівців II та III рівнів медичного округу.

Проведено структурно-логічний аналіз алгоритму можливої імплементації вищезазначених стандартів, критеріїв і нормативів з використанням хронометражу, порівняльного аналізу та логічного узагальнення в технології профоглядів, диспансеризації, амбулаторного та стаціонарного оздоровлення хворих. Також використано метод самооцінки Тіто Конті [8, 15], 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 або коефіцієнта персонального досягнення (КПД).

#### ***Результати дослідження та їх обговорення***

Нами визначено і науково обґрунтовано [15] хронометражні показники оптимального варіанту проведення профогляду (ПО), діагностики та лікування в рамках клініко-статичних груп (КСГ), діагностично споріднених груп (КСГ), ступенів складності захворювань та їх бальної оцінки, нормативних та понаднормативних обсягів роботи лікарів, алгоритму і механізмів розрахунку вартості працезатрат останніх і загальної вартості процесу лікування захворювань, як необхідної передумови оцінок обсягу та якості медичної допомоги.

Оскільки механізм реалізації організаційно-економічних стандартів, критеріїв і нормативів в процесі виконання ПО, диспансеризації, амбулаторного і стаціонарного оздоровлення населення розроблені нами на прикладі отоларингологічної служби [15], принципи функціонування якої є такими самими, що і у інших профільних медичних служб округу (хірургії, терапії тощо), то алгоритм їх імплементації логічно і доцільно під патронатом МОЗ України виконувати профільними фахівцями цих служб з урахуванням деякої їх специфіки, використовуючи запропоновані стандарти як технологічну матрицю абсолютно придатну для аналогічного використання лікарями усіх інших

фахів. Суттєвим є те, щоб вищезгадані стандарти після розгляду та оцінки відповідними профільними асоціаціями лікарів, за визначенням проф. О.М. Голяченка [4], «набули ознак певного нормативного документу, розробленого на основі згоди, за відсутності заперечень з принципових питань у більшості зацікавлених сторін, що будуть прийняті і затверджені уповноваженим на те органом».

#### **I. Алгоритм практичної реалізації організаційно-економічних стандартів, критеріїв і нормативів у розділі «Профілактичні огляди».**

Як відомо, значення якісно виконаних профілактичних оглядів (ПО) важко переоцінити. Тим не менше, на протязі довгого періоду існування радянської системи охорони здоров'я і аналогічної в Україні, профілактичний напрямок мав більше декларативний і популістський характер [16]. За умови, що в системі охорони здоров'я практично не існувало ефективного контролю за якістю цієї роботи, кожний лікар при відсутності мотивації виконував її на свій розсуд.

Щоб характеристика суті процесу виконання ПО не залишалася у свідомості сьогоdnішніх лікарів, як «фікція» [7], або «бутафорія» [26], очевидно, доцільно визначити загальноприйнятні критерії оцінки об'єму та якості роботи лікаря через запровадження певних інновацій в організацію проведення ПО.

Ідеологічною основою реформування системи ПО мають бути принципи якомога повнішого охоплення ними населення з обов'язковим урахуванням і виконанням рекомендованих організаційно-економічних стандартів і оптимальної моделі даної роботи [18].

Організаційно-економічний стандарт<sup>2</sup> – це комплекс організаційних заходів, обов'язковий для виконання лікарями, алгоритм, зміст і якість реалізації яких сприяє отриманню максимальної ефективності в

<sup>2</sup> У науковій літературі радянського періоду системи охорони здоров'я і незалежної України не існувало поняття і характеристики ні «організаційно-економічний стандарт», ні «оптимальна модель» діяльності лікаря або ЗОЗ.

процесі ПО, диспансеризації та оздоровлення населення.

Оптимальна модель<sup>2</sup> ПО – це такий організаційний стандарт, який передбачає обґрунтовані розрахунками конкретні кількісні та якісні показники діяльності лікаря. Вони характеризують максимально можливі результати його роботи в існуючих реальних умовах ЗОЗ [15].

### ***Організаційний стандарт № 1. Оптимальна технологія обліку, виміру, аналізу динаміки та ефективності ПО.***

Алгоритм комплексного використання організаційних стандартів, критеріїв і нормативів в процесі виконання ПО в зоні відповідальності СЛ доцільно застосувати у такій послідовності: визначити функціональні можливості таких критеріїв оптимальної моделі ПО, як ідеальний, реальний і фактичний.

Показник ідеального варіанту оптимальної моделі (ІВОМ) профоглядів приймається за 100% і виконує роль універсального критерію, оскільки визначає максимальну потребу населення зони відповідальності АСМ у ПО. Цей варіант отримав назву «ідеальний», тому що в наших реальних умовах є практично нездійсненним [22]. Загалом, якщо взяти до уваги хоча б економічні аспекти (оскільки кожного мешканця потрібно розглядати в т.ч. із точки зору компонента робочої сили), то, очевидно, коли обстежують все населення, така робота в принципі вигідна і мешканцям, і сімейному лікарю, і лікувальним установам II та III рівнів (раннє виявлення, зменшення терміну і вартості лікування тощо).

Для вирішення питання, за який термін можливо якісно виконати ПО населення, найбільше практичне значення для СЛ набуває реальний варіант оптимальної моделі (РВОМ), тому що, при створенні оптимальної організаційної моделі ПО необхідно брати до уваги окрім обсягу потреб ідеального варіанту, також і реальні можливості щодо якісного обстеження мешканців. Реальний він ще й тому, що дає можливість визначити і обґрунтувати реальні обсяги працезатрат лікарів в процесі проведення ПО.

Такий критерій, як фактичний організаційний варіант (ФОВ) профоглядів характеризує кількість останніх, які реально ви-

конали СЛ на момент експертної оцінки його діяльності.

На прикладі результатів комплексного обстеження мешканців в зоні відповідальності одної із АСМ м. Кропивницького [27], нами здійснено спробу продемонструвати механізм використання наших стандартів, критеріїв і нормативів.

З усіх 1389 мешканців побажали обстежитись при проведенні ПО лише 318. Це наш критерій фактичного організаційного варіанту ПО (ФОВ). У них виявили 175 захворювань (55,04%). Частка охоплення ПО щодо універсального критерію (ІВОМ) склала 23,01%, тобто надзвичайно мала. У даному випадку порівняння показників максимальної потреби (ІВОМ) – 1389 осіб і показника ФОВ – 318 осіб, дозволяє одержати конкретне обґрунтоване розрахунком уявлення про кількість і якість (175 виявлених захворювань) роботи лікарів.

На відміну від показників т.зв. «системи Семашка», коли завжди у звітах про результати ПО лікарі «малювали» 93-95% охоплення ПО, наша методика шляхом порівняння критеріїв і розрахунків дає змогу визначити істинні і обґрунтовані показники охоплення ПО. З точки зору Європейського бюро ВООЗ, яку озвучив Хану [29], саме такими критеріями належить оцінювати ефективність, як показника співвідношення між фактичним впливом медичної служби – 23% (наш ФОВ), та максимально можливим впливом цієї служби в ідеальних умовах обстеження – 100% населення (наш ІВОМ).

Вказаний вище показник охоплення населення в зоні відповідальності АСМ – 23,01%, і кількість виявлених хворих (55,03%) можуть розглядатись як критерій, наприклад, в процесі визначення професійного рейтингу діяльності сімейних лікарів регіону.

### ***Організаційний стандарт № 2. Обґрунтування хронометражу профоглядів***

В процесі реформування медичних служб, зокрема, діяльності СЛ у розділі ПО, набуває особливого значення такий організаційний стандарт, як використання хронометражних показників у якості критерію для обліку, аналізу та оцінки медичної роботи. На думку проф. В.М. Лехан [12]

«...ніхто поки що не вигадав методики, кращої за хронометражні дослідження».

Хронометраж окремих елементів технології ПО, який би розглянули і затвердили профільні асоціації лікарів, є головним компонентом у визначенні оптимальної моделі ПО, оскільки обов'язкове його виконання, як стандарту, може забезпечити високу якість цієї роботи.

За нашими даними [18, 21], хронометраж одного ПО у хірурга і гінеколога складає 10 хв., терапевта і педіатра – 13 хв., невролога – 11 хв., окуліста – 15 хв., ЛОР лікаря і дерматолога – 8 хв. робочого часу.

Демонструємо, як приклад, технологію визначення середньої тривалості одного ПО у виконанні досвідченим ЛОР лікарем (табл. 1).

Таблиця 1

Дані хронометражу виконання окремих елементів технології ПО за профілем «отоларингологія»

№ п/п	Технологічні елементи одного профілактичного огляду	Максимальний час (з врахуванням додаткових маніпуляцій)	Мінімальний час (без додаткових маніпуляцій)
1	Бесіда (скарги) з обстежуваним	30 сек	20 сек
2	Фарингоскопія	30 сек	10 сек
3	Риноскопія (можлива анестезія слизової оболонки носової порожнини)	2 хв.	30 сек
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 сек.
7	Тест на сприйняття мови пошепки	3 хв.	2 хв.
8	Записи в амбулаторній карті	30 сек.	30 сек.
	Всього	11 хв. 30 сек.	4 хв. 30 сек.

Для планування реального варіанту оптимальної моделі (РВОМ) профоглядів використовуються хронометражні розрахунки витрати робочого часу лікаря на один ПО. Наприклад, для хірурга, як вже зазначалось, якісне виконання ПО займає 10хв. Якщо відомо, що за 5 робочих днів з метою профоглядів до нього звернулося 318 осіб [18], то рахуємо: за один робочий день лікар, який працює у режимі п'ятиденного робочого тижня (7 год. 42 хв.), зможе якісно обстежити 46 осіб (462 хв : 10 хв), за 5 днів – 230 мешканців. Аналогічний розрахунок показує, що для виконання ПО в межах потреб ідеального варіанту оптимальної моделі (1388 мешканців) вказаному фахівцю реально планувати 30 робочих днів.

З огляду на нагальну потребу у визначенні нормативів робочого навантаження на лікарів, впровадження хронометражу з ура-

хуванням обов'язкового виконання оптимальної технології його проведення, дозволяє встановити статистичний мінімальний термін, протягом якого можливо якісно виконати ПО. Ця інформація шляхом певних розрахунків трансформується у механізм визначення і оцінки нормативних і понаднормативних працезатрат лікарів в процесі ПО [24].

**Організаційний стандарт № 3.  
Технологія визначення  
понаднормативних працезатрат  
лікарів в процесі ПО**

На сьогоднішній день механізмів обґрунтування понаднормативних працезатрат лікаря взагалі не існує. Як відомо, в діяльності лікаря часто виникає потреба виконувати понаднормативну роботу, тобто за межами встановленої державою тривалості

робочого дня. Наші хронометражні показники витрат робочого часу лікарів на один ПО дають змогу обґрунтовано визначити кількість якісно виконаних як нормативних, так і понаднормативних ПО. Наприклад, для сімейного лікаря понаднормативною є кількість обстежених в процесі ПО, яка перевищує його розрахунковий норматив (462 хв : 13 хв) – 35 осіб протягом робочого дня – 7 год. 42 хв [18].

#### **Організаційно-економічний стандарт № 4.**

#### **Визначення вартості працезатрат лікаря в процесі ПО**

Доведено, що нормативи праці лікаря, які обґрунтовані методом представленого хронометражу, є еквівалентом економічних нормативів, котрі можуть одержати вартісну оцінку у вигляді конкретної долі заробітної плати (ЗП) лікаря за певну медичну допомогу [15, 25]. Незнання нормативів вартості медичної допомоги була найважливішою причиною економічної неефективності нашої системи охорони здоров'я [13].

Основу механізму визначення вартості нормативних і понаднормативних працезатрат лікарів складають вищенаведені показники хронометражу в процесі ПО, а також ціна одного ПО. Доцільно визначати вартість однієї хвилини робочого часу, виходячи із розміру мінімальної тарифної ставки лікаря [17, 22].

Для розрахунку вартості працезатрат лікарів, які беруть участь у ПО, наприклад, мешканців зони відповідальності АСМ, а також визначення загальної вартості процесу ПО нами використані дещо спрощені і адаптовані до об'єму розрахунків в сучасних умовах АСМ формули, які рекомендовані проф. Ю.В. Вороненко і О.М. Голяченко [1, 4], з урахуванням підвищуючих коефіцієнтів [9], а саме:  $C_{по} = R_{ф.з.пл.} \times T_{т.н.по} : R_{б.р.ч.л.} + N_{з.п.л.} + P_{ко.с.м.} + P_{ко.л.л.} > 65р + P_{ко.д.} < 3 \text{ років}, VMM + MТВ$ , де :  $C_{по}$  – ціна профогляду :  $R_{ф.з.п.}$  – річний фонд ЗП лікаря;  $T_{т.н.по}$  – термін технологічного нормативу ПО;  $R_{б.р.ч.л.}$  – річний бюджет робочого часу лікаря;  $N_{з.п.л.}$  – нарахування на ЗП лікаря (22%);  $P_{ко.с.м.}$  – підвищуючий коефіцієнт прийому хворих із сільської місцевості (1,5);  $P_{ко.л.л.}$  – під-

вищуючий коефіцієнт прийому літніх людей старше 65 років (1,3);  $P_{ко.д.} < 3 \text{ р.}$  – підвищуючий коефіцієнт прийому дітей менших 3 років (1,3) [9];  $VMM$  – вартість медикаментів і матеріалів;  $MТВ$  – матеріально-технічні витрати.

Враховуючи вищенаведені передумови, ми обґрунтували розрахунками пересічну вартість працезатрат лікарів різних фахів, які беруть участь у ПО (табл. 2).

Різні показники середньої тривалості одного ПО у виконанні профільними спеціалістами вказують на різноманітне технологічне наповнення процесу ПО, що обумовлюється специфікою того чи іншого фаху.

Як видно з таблиці, загальна вартість одного ПО для ЛОР лікаря, який бере участь у ПО з урахуванням підвищуючих коефіцієнтів становить (6,72 + 20,36 + 5,46) – 32,54 грн. Загальна витрата робочого часу вказаних фахівців на ПО одного мешканця склала 88 хв, вартість їх «бюджетних» працезатрат на один ПО в середньому склала 35,27 грн., а з урахуванням підвищуючих коефіцієнтів – 73,79 грн. [25].

Як приклад, визначаємо розрахунками кількість та вартість виконаних нормативних та понаднормативних ПО для сімейного лікаря, як терапевта, коли він у складі бригади лікарів із ЗОЗ другого рівня медичного округу бере участь у ПО мешканців із зони відповідальності АСМ. Оскільки, як зазначалось, відповідно до хронометражу на один ПО він витрачає 13 хв., то на протязі робочого дня – 7 год. 42 хв. (462 хв) лікар може якісно оглянути (462 хв : 13 хв) – 35 осіб. Розрахунковий норматив профоглядів цього лікаря за 5 робочих днів склав (35 осіб x 5 днів) – 175 осіб, але ним було обстежено за цей період 318 мешканців [18], тобто (318-175) – на 134 більше за рахунок продовження свого робочого дня.

Як видно з табл. 2, вартість працезатрат на одного ПО для терапевта з урахуванням підвищуючих коефіцієнтів склала 10,82 грн. Відповідно вартість нормативних ПО 175 особам дорівнює (175x10,82) – 1893,50 грн.

Щодо понаднормативних ПО, наша методика передбачає варіант [12], коли нормативні працезатрати відповідають розміру основного окладу лікаря з урахуванням

підвищуючих коефіцієнтів, а понаднормативні – другої її частини, вартість якої має бути подвоєна.

Загальну прогнозовану розрахунками вартість процесу ПО усіх мешканців зони відповідальності СЛі можливо визначити при умові обов'язкової участі у вирішенні

питань розрахунку вартості ПО профільних фахівців, зазначених у табл. 2.

Створення відповідних комп'ютерних програм суттєво спростило б для СЛі облік, аналіз та оцінку (самооцінку) в т.ч. результатів обґрунтованої вартості нормативних і понаднормативних працезатрат.

Таблиця 2

Розрахунок загальної вартості одного ПО для ЛОР лікаря і працезатрат на один ПО лікарів різних фахів

Медичний персонал	Р <sub>ф.з.пл.</sub> річний фонд зп. лікаря в коп.	Р <sub>б.р.ч.д.</sub> річний бюджет робочого часу лікаря в хв.	Г <sub>т.п.ло</sub> термін технолог. норма ПО в хв.	Вартість ПО в грн.	Нарахування на ЗП (22%) в грн.	Вартість працезатрат лікаря без підвищення коефіц. в грн.	Підвищуючі коефіцієнти			Загальна вартість працезатрат лікаря за один ПО в грн.	Медикаменти і матеріали в грн. (ММ)	Матеріально-технічні витрати в грн. (МТВ)	Загальна вартість в грн.
							за прийом особи в сільській місцевості – 1,5	за прийом літніх осіб >65 років – 1,3	за прийом дітей <3-х років – 1,3				
Мінімальний тарифний оклад – 3152 грн.													
ЛОР лікар	3782400	115038	8	2,63	0,58	3,21	1,60	0,96	0,96	6,72	20,36	5,46	32,54
Сімейний лікар терапевт	3782400	115038	13	4,27	0,94	5,21	2,51	1,50	1,50	10,82	-	-	-
Сімейний лікар педіатр	3782400	115038	13	4,27	0,94	5,21	2,51	1,50	1,50	10,82	-	-	-
Хірург	3782400	115038	10	3,29	0,72	4,01	2,00	1,20	1,20	8,41	-	-	-
Гінеколог	3782400	115038	10	3,29	0,72	4,01	2,00	1,20	1,20	8,41	-	-	-
Невропатолог	3782400	115038	11	3,61	0,79	4,4	2,20	1,32	1,32	9,24	-	-	-
Окуліст	2782400	115038	15	4,93	1,08	6,01	3,00	1,80	1,80	12,61	-	-	-
Дерматолог	2782400	115038	8	2,63	0,58	3,21	1,60	0,96	0,96	6,72	-	-	-
Разом			88			35,27				73,79			

**Організаційний стандарт № 5.  
Особливості методики скринінгу в процесі ПО**

Доведено [18], що при найкращій організації ПО в теперішніх умовах кількість осіб із числа запрошених для обстеження з різних причин не перевищує 25-30%. Як відзначалось, оптимальна модель ПО передбачає 100% охоплення населення. Для активізації виявлення хворих в процесі ПО є сенс скористатися методикою скринінгу. Для виконання останнього доцільно залучи-

ти середній медичний персонал, що дозволить забезпечити 100% охоплення населення в зоні відповідальності АСМ, зменшити навантаження на СЛі і сформувати т.зв. «групу ризику» з числа опитаних, яку в плановому порядку можливо більш детально обстежити і оздоровити у відповідних профільних фахівців.

Як зразок для фахівців інших спеціальностей, демонструємо анкету виявлення «групи ризику» ПО захворювань (табл. 3).

**АНКЕТА ВИЯВЛЕННЯ ЛОР-ЗАХВОРЮВАНЬ**

(наявні у вас скарги підкреслити)

_____	_____
(П.І.Б.)	(Рік народження)
_____	_____
(Домашня адреса)	(Домашній телефон)
_____	_____
(Місце роботи, посада)	(Службовий телефон)

**ВУХО**

- |                        |                                      |
|------------------------|--------------------------------------|
| 1. Виділення з вуха    | - із обох, з правого, з лівого       |
| 2. Зниження слуху      | - постійне, періодичне               |
| 3. Інші скарги на вухо | - до 2-х місяців, більше 2-х місяців |
|                        | - помірно, різке                     |
|                        | - на обидва вуха, на ліве, на праве  |
|                        | - до 2-х місяців, більше 2-х місяців |
|                        | - вписати                            |

**ГЛОТКА**

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| 1. Лікарняні листи з приводу захворювання глотки | - 1-2 рази на рік             |
| 2. Температура при захворюванні глотки           | - більше 2-х разів на рік     |
| 3. Чи мало місце стаціонарне лікування           | - до 37°, до 38°, 38° та вище |
|  | - так, ні                     |

**ГОРТАНЬ**

- |                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| 1. Хриплий голос                   | - до 2-х разів на рік     |
| 2. Довготривалість хриплого голосу | - більше 2-х разів на рік |
| 3. Дискомфорт під час ковтання     | - постійно                |
| 4. Інші скарги                     | - до 2-х тижнів           |
|                                    | - більше 2-х тижнів       |
|                                    | - до 2-х тижнів           |
|                                    | - більше 2-х тижнів       |
|                                    | - вписати                 |

**НІС**

- |                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| 1. Ніс закладений               | - постійно, періодично       |
| 2. Виділення з носа             | - гнійні, слизові, водянисті |
| 3. Довготривалість хвороби носа | - до 2- тижнів               |
|                                 | - більше 2-х тижнів          |
| 4. Інші скарги                  | - постійно                   |
|                                 | - вписати                    |

Даний організаційний стандарт передбачає необхідність залучення експертної групи у складі фахівців різних медичних спеціальностей до створення подібних анкет з метою одержання максимального ефекту проведення ПО у населення в зоні відповідальності сімейного лікаря.

**II. Механізм реалізації організаційних стандартів диспансеризації у зоні відповідальності сімейного лікаря**

На відміну від «системи Семашка», раціональне реформування такого щоденного розділу роботи СЛ, як диспансеризація, повинно передбачати можливість імплементації

тації комплексу нових організаційних стандартів, які би дозволили досягнути максимального рівня оздоровлення хворих мешканців АСМ, виявлених в процесі ПО.

#### **Організаційний стандарт № 1.**

**Виконання основоположного принципу – включення в число диспансерних усіх виявлених хворих після поголового ПО населення зони відповідності сімейного лікаря**

Усі 100% виявлених хворих відіграють роль універсального критерію оптимальної моделі диспансеризації, який відображає максимальну потребу в оздоровленні населення.

#### **Організаційний стандарт № 2.**

**Визначення критерію ефективності оздоровлення диспансерних хворих**

Робочим критерієм диспансеризації є виражений відсотком до універсального критерію показник кількості оздоровлених мешканців зони відповідальності СЛ. Цей критерій показує динаміку оздоровлення виявлених хворих за певний термін (місяць, квартал) і характеризує ефективність роботи лікарів. Порівняльний аналіз показників ефективності дозволяє визначити рейтинг конкретного СЛ серед інших його колег медичного округу.

#### **Організаційний стандарт № 3.**

**Принципи пріоритетності в процесі оздоровлення диспансерних хворих**

Обов'язкове дотримання певної пріоритетності в оздоровленні хворих дозволяє найраціональніше впливати на якість оздоровлення останніх. Суть її в тому, що пердусім направляються на оздоровлення хворі, котрі складають більшість у структурі профільних захворювань, можливі ускладнення у яких можуть викликати зниження чи втрату життєво важливих функцій.

#### **Організаційний стандарт № 4.**

**Схема розподілу виявлених хворих на клініко-статистичні (КСГ) та діагностико-сполучені групи (ДСГ)**

Диференціація захворювань у кожній медичній спеціальності на КСГ дозволяє класифікувати хворих щодо їх належності до захворювань певних систем і органів. Але роль функціональних одиниць виміру в системі КСГ мають взяти на себе ДСГ, які представляють угруповання захворювань схожих

за локалізацією, специфікою клінічного перебігу, ступенем складності, об'ємом діагностичних і лікувальних процедур, а також їх вартості [22]. Наприклад, усі ЛОР захворювання доцільно розподілити на чотири КСГ: захворювання вуха (КСГ-1), носа та навколосових пазух (КСГ – II), горла (КСГ – III) і гортані (КСГ – IV). Кожна КСГ включає низку ДСГ. Як приклад, демонструємо, розподіл на ДСГ захворювання вуха: ДСГ-1 – захворювання вуха, які потребують консервативного лікування; ДСГ-2 – захворювання, які окрім консервативної терапії потребують виконання амбулаторних операцій; ДСГ-3 – передбачають необхідність окрім комплексу інтенсивної терапії в умовах стаціонару, виконання в деяких випадках складних хірургічних втручань (радикальна операція на вусі, антростоїдотомія та інші) з одночасним лікуванням супутніх хвороб носа та слухової труби; ДСГ-4 – захворювання, які ускладнені лабіринтитом, паралічем лицьового нерву, чи випадки, коли є необхідність пластичної корекції анатомічних елементів вуха; ДСГ-5 – внутрішньочерепні отогенні ускладнення (менінгіт, абсцес мозку та інші), захворювання вуха, які потребують виконання слухопокращуючих мікрооперацій, усі види реоперацій на вусі з елементами пластики тощо.

**III. Організаційно-економічні стандарти амбулаторного оздоровлення мешканців зони відповідальності сімейного лікаря.**

Основним принципом в організації раціональної і ефективної амбулаторної допомоги є виконання адаптованих європейських стандартів або клінічних протоколів, які рекомендовані МОЗ, у поєднанні з використанням низки організаційно-економічних стандартів в процесі амбулаторного прийому. Це розподіл захворювань на клініко-статистичні (КСГ), діагностично споріднені групи (ДСГ) та на ступені складності їх по результатам хронометражних досліджень, розрахунки нормативних і понаднормативних об'ємів роботи лікарів, обґрунтування системи бальної оцінки останніх, механізм визначення вартості працезатрат лікаря, та загальної вартості амбулаторного оздоровлення пацієнтів.



### **Організаційний стандарт № 1.**

#### **Технологія хронометражу як основа визначення рівня працезатрат лікаря в процесі амбулаторного прийому**

Як відзначалось, із усіх норм щодо праці лікаря основоположним є норма робочого часу [3, 10, 30]. Норматив праці, як відомо, визначається методом хронометражу [12] і представляє собою комплекс технологічних елементів в процесі обстеження і лікування окремого захворювання, якісне виконання яких потребує затрат певного оптимального робочого часу.

З огляду, наприклад, на специфіку отоларингологічних захворювань і проведення їх хронометражу [15], ми визначили три ступеня складності працезатрат лікаря: перший – це профілактичний огляд і лікування хвороб першого ступеня складності, другий і третій стосується більш складних захворювань, які відносяться здебільшого

до компетенції фахівців II та III рівнів медичного округу.

Як приклад для інших профільних фахівців, демонструємо хронометражні показники одної із чотирьох КСГ – захворювань носа та навколоносових пазух, принципи визначення яких стосуються усіх локалізацій отоларингологічних захворювань: вуха (КСГ-I), горла (КСГ-II) та гортані (КСГ-III) (табл. 4).

У представлений таблиці середній термін амбулаторного прийому одного хворого із КСП-II другого ступеня складності склав 15,08 хв. З урахуванням вказаного показника, аналогічно проведений хронометраж трьох інших вище згаданих основних локалізацій отоларингологічних захворювань II ступеня складності (КСГ-1, КСГ-II і КСГ-IV) визначив, що середній термін цих захворювань становить 14 хв [19].

Таблиця 4

Хронометраж основних технологічних елементів захворювань носа та навколоносових пазух в процесі амбулаторного прийому хворих II ступеня складності (КСГ-II)

№ п/п	Технологічні елементи	Макс. термін (з врахув. додаткових маніп. і процедур.)	Макс. термін (без врахув. додаткових маніп. і процедур)
1	Анамнез	1 хв.	1 хв.
2	Огляд, перкусія, пальпація у ділянці проекції навколоносових пазух, передня риноскопія(можлива анемізація слизової оболонки носа), вивчення R-грам, висновків інших обстежень	5 хв.	1 хв.
3	Задня риноскопія (можлива анестезія зівя)	3 хв.	1 хв.
4	Фарингоскопія	30 сек.	10 сек.
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зівя)	3 хв.	1 хв.
6	Отоскопія (можливо видалення сірки, корок та інше)	2 хв.	30 сек.
7	Запис в амбулаторній карті (анамнез, об'єкт, статус, діагноз, назначення, рекомендації та інше.)	3 хв.	2 хв.
8	Виписка рецептів, лікарняного листа, заключення, довідки, направлення, рекомендації та ін.)	3 хв.	2хв.
	Загалом	21 хв. 30 сек. (1290 сек.)	8 хв. 40 сек. (520 сек.)

### **Організаційний стандарт № 2. Розподіл обов'язків сімейного лікаря щодо рівнів оздоровлення мешканців із зони відповідальності АСМ**

На прикладі ЛОР-захворювань, доведено обґрунтування того, що амбулаторне лікування хворих, які належать до першого ступеня складності щодо більшості профі-

льних захворювань, доцільно включити в обов'язки сімейного лікаря, а хворих II-III ступенів складності направляти на оздоровлення до більш кваліфікованих фахівців II та III рівнів медичного округу [22, 24].

### **Організаційно-економічний стандарт № 3. Визначення нормативних і понаднормативних працезатрат та їх вар-**

**тості, а також загальної вартості амбулаторного прийому хворого**

Представлений вище механізм формування нормативів праці, що виконує водночас роль і економічного нормативу, ми взяли за основу визначення працезатрат та їх вартості для лікарів, які беруть участь у амбулаторному прийомі. Цей норматив може отримати вартісну оцінку у вигляді певної частини встановленої державою заробітної плати (ЗП) лікаря.

Вартість нормативної праці лікаря на амбулаторному прийомі можливо уявити як суму розрахунків з урахуванням вартості

прийому ним хворих усіх трьох ступенів складності захворювань.

У представленій вище таблиці 2, рекомендована система підвищуючих коефіцієнтів, яка відіграє роль мотивуючого фактора і дозволяє внести відповідні поправки до визначення реальної вартості прийому хворих лікарями залежно в т.ч. від кваліфікації і стажу останніх [20]. Демонструємо, як приклад, механізм розрахунку вартості працезатрат і загальної вартості для ЛОР лікаря (без категорії) у випадку амбулаторного лікування хворого III ступеня складності в ЗОЗ II рівня медичного округу (табл. 5, 6) [25].

Таблиця 5

Вартість обстеження, лікарських засобів і хронометражних розділів роботи в процесі амбулаторного лікування, включаючи амбулаторну операцію, одного хворого з приводу гнійного гаймориту (КСГ-II, ДСГ-3, III ст. складності хвороби) для ЛОР лікаря без категорії і стажу

Шифр МКХ	Обсяг обстеження	Ціна 1-го обстеження	Ціна обстежень в грн.	Вартість лікарських засобів, матеріалів і процедур	Ціна 1-ої дози в грн.	Ціна курсу лікування в грн.	Хронометражні розділи в технології процесу лікування у хвилинах	Хронометраж у хв.
J.01.	Рентгенограма навколоносових пазух	30,00	30,00	Р-н лідокаїну 10% - 2 ампл.	0,96	1,92	Анамнез	3
	Загальний аналіз крові	15,00	15,00	Р-н фурациліну (1:5000) – 200,0 №1	40,00	40,00	Огляд ЛОР органів, обстеження синусів	5
				Ампіцилін 1,0 №1	3,70	3,70	Внутрішньошкірна проба на лідокаїн	20
	Загальний аналіз сечі	5,00	5,00	Р-н емульсії гідрокортизону – 1ампл.	3,40	3,40	Анестезія середнього і нижнього носового ходу	5
				Азитроміцин – 10 пігулок	105,00	105,00	Пункція і промивання гайморових порожнин з введенням лікарських речовин	10
	Разом	50,00	50,00	Бісептол 480 – 10 пігулок	102,00	102,00	Запис в амбулаторну карту	3
				Ель-цет – 10 пігулок	31,00	31,00	Виписка рецептів	3
				Магнітотерапія гайморових пазух №10	5,00	50,00	Рекомендації	3
				Ендонозальний електрофорез з р-ном дімедролу 1% Р-н дімедролу №10	5,00	50,00	Виписка лікарняного листа	3
		Разом	50,00	50,00			404,52	

Із таблиць видно, що вартість обстеження даного хворого становить 50 грн., медикаментів і матеріалів – 404,52 грн. «Бюджетна» вартість працезатрат лікаря, в т.ч. амбулаторна операція – 22,06 грн, а з урахуванням

підвищуючих коефіцієнтів – 53,16 грн. Загальна вартість амбулаторного лікування даного пацієнта, включаючи вартість обстеження, медикаментів, матеріально-технічних витрат склала (465,53 + 67,07) – 532,60 грн.

Таблиця 6

Розрахунок вартості працездатності та загальної вартості в процесі амбулаторного прийому на II рівні одного хворого з приводу хронічного гнійного гаймориту, включаючи вартість пункції гайморової порожнини. (III ступінь складності захворювання – КСГ-II, ДСГ-3) для ЛОР лікаря без категорії і стажу (ЗП лікаря 3 152 грн.)

Р <sub>Ф.З.П.</sub> річний фонд зп. лікаря в коп.	Р <sub>Б.Р.Ч.Л.</sub> річний бюджет робочого часу лікаря в хв.	Т <sub>Т.Н.Л.</sub> термін технолог. нормативу лікаря в хв.	Вартість амбулаторної операції в грн. Пункція гайморової порожнини	Бюджетна вартість лікування хворого в грн.	Нарахування на ЗП (22%) в грн.	Вартість працездатності лікаря без підвищення коефіцієнтів в грн.	Підвищуючі коефіцієнти			Загальна вартість працездатності лікаря в грн.	Обстеження, медикаменти і матеріали в грн.	Матеріально-технічні витрати в грн. (МТВ)	Загальна вартість лікування, в грн.
							за III ступінь складності амбулаторного прийому в грн.	за лікування літніх осіб >65 років – 1,3 в грн.	за лікування хворих в ЦРЛ, 1,2				
Вартість працездатності ЛОР лікаря та загальна вартість амбулаторного лікування хворого на II рівні													
3782400	115038	25	-	8,22	1,81	10,03	30,09	3,01	2,01	35,11	417,96	12,46	465,53
Вартість працездатності ЛОР лікаря при виконанні амбулаторної операції (пункція гайморової порожнини)													
3782400	115038	30	9,86	9,86	2,17	12,03	-	3,61	2,41	18,05	49,02	-	67,07
Разом		55				22,06				53,16	466,98		532,60

Щодо понаднормативних працездатностей, як зазначалось у розділі «Профогляди», використовуючи інформацію про кількість понаднормативних прийомів лікаря, тобто за межами нормативних 7 год. 42 хв. робочого часу, на основі вже згаданої таблиці 2, (формули розрахунку нормативної вартості працездатності), визначаємо понаднормативну вартість його роботи, яку є сенс подвоїти.

Представлене обґрунтування механізму реалізації диференційованого стимулювання діяльності практичного лікаря з прив'язкою до якості і шкали складності надання медичної допомоги [21, 24], напевно є тим найменшим, що сьогодні можливо запропонувати для підвищення мотивації якісної праці медичних працівників.

#### **Організаційний стандарт № 4. Обґрунтування механізму бальної оцінки**

#### **результатів роботи лікаря в умовах амбулаторного прийому хворих**

З метою спрощення оціночної характеристики результатів роботи лікаря на амбулаторному прийомі за визначений термін (робочий день, місяць, рік) вважаємо доцільним застосувати систему бальної оцінки. Остання виконує роль оціночних умовних або нормативних одиниць працездатності [15, 20]. Система бальної оцінки аналізованої роботи передбачає відповідність одиниці працездатності лікаря такої, як один профілактичний огляд, одному балу. Потім із збільшенням працездатності у зв'язку з прийомом хворих наростаючого ступеня складності (II-III), відповідно збільшується і термін прийому, і кількість балів. Оскільки у нас визначені хронометражні показники I, II і III ступенів складності роботи в процесі амбулаторного прийому, 8; 14; 25 хв, відпо-

відно, робота лікаря I ст. складності, може бути оцінена в один бал, то друга ступінь має бути оцінена в (14 хв : 8 хв) – 1,7 бала, третя – в 3,13 бала (25 хв : 8 хв).

Таким чином, нормативний об'єм роботи лікаря амбулаторії зайнятого на одну ставку, технологічний норматив працезатрат якого відповідає стандартній тривалості робочого дня – 7 год. 42 хв., можливо оцінити балами.

Наприклад, в одному кабінеті за один робочий день прийнято відвідувачів: I ст. складності – 6 (8 хв. х 6) = 48хв. робочого часу лікаря, зароблено 6 балів; II-го ступеня – 17 хворих (17 х 14 хв) – 238 хв. робочого часу, зароблено (17 х 1,7 бала) – 28,9 бала і III ступеня складності – 7 хворих (7х 25хв) – 175хв., зароблено 22 бала. Всього – 57 балів. Це той максимум, яким оцінюється нормативна праця лікаря за робочий день.

Оскільки одним із основоположних принципів нашої системи охорони здоров'я є доступність і безвідмовність медичної допомоги, то лікарі готові приймати кожного дня більшої ніж норматив, кількості відвідувачів. Вказана понаднормативна робота лікаря, на думку проф. В.М. Лехан [11], підлягає додатковій оплаті.

Наприклад, той же лікар за один робочий день працював понаднормативно і прийняв на 12 хворих більше. Очевидно, що вартість зароблених додаткових 22 балів буде оцінена вище, ніж нормативних.

Система бальної оцінки результатів праці лікаря дозволяє визначити адекватний розмір матеріального стимулювання. Припустимо, що адміністрація ЗОЗ, де працюють три лікаря одного фаху, за результатами їх праці за квартал виділила премію в розмірі 3000 грн. Відомо, що лікар «А» за вказаний термін заробив 38 понаднормативних балів, лікар «Б» – 65 і лікар «В» – всього 22. Сума усіх цих балів склала 125, а вартість одного бала (3000 грн: 125) – 24грн. Відповідно, лікар «А» одержує премію у розмірі (24 грн х 38) – 912 грн., лікар «Б» – (24 грн. х 65) – 1560 грн, лікар «В» – 528 грн.

**Організаційний стандарт № 5. Визначення рівня професійного рейтингу лікаря по підсумку результатів амбулаторного прийому хворих.**

Практична реалізація в межах комп'ютерної програми представлених вище рекомендацій, які би виконувались за єдиною технологією в ЗОЗ медичного округу, дозволяє визначити відповідний професійний рейтинг серед лікарів кожного профілю шляхом порівняння кількості зароблених балів, наприклад, за підсумками року. Очевидно, що найбільший рейтинг лікаря (ЗОЗ, місто, район, медичний округ), окрім перспективи визначення певного розміру матеріального стимулювання, є також суттєвим фактором мотивації подальшої якісної і ефективної роботи.

### **Висновки**

1. Принципово важливим є дотримання лікарями оптимальної моделі технології обстеження і лікування хворих відповідно до адаптованих локальних протоколів рекомендованих МОЗ України.

2. Практична реалізація алгоритму організаційних і медико-економічних стандартів передбачає необхідність певної підготовчої аналітичної роботи.

3. Представлена методика хронометражу дозволяє обґрунтовано розподілити на КСГ, ДСГ, ступені складності, визначити нормативні і понаднормативні працезатрати лікаря, виконати розрахунки вартості цих працезатрат з урахуванням бальної оцінки, а також загальної вартості амбулаторного прийому хворих.

4. Доведено, що сімейний лікар може і має забезпечити кваліфіковану допомогу «своїм» мешканцям, захворювання яких в межах усіх КСГ і ДСГ належать до I ступеня складності. Відповідно, хворих II та III ступенів складності СЛ може направляти на консультації або лікування до профільних фахівців II-III рівнів медичного округу.

5. Розрахунки зароблених лікарями балів та їх вартість виконуються за конкретний термін (місяць, квартал, рік) операторами відповідно до створених комп'ютерних програм.

**IV. Організаційно-економічні стандарти інтенсивності та вартості працезатрат лікарів стаціонару і загальної вартості стаціонарного лікування мешканців зони відповідальності сімейного лікаря**

Як відомо, якість і ефективність надання медичної допомоги в ЗОЗ значною мірою залежить, зокрема, від конкретного професійного вкладу кожного лікаря у загальний результат діяльності відділень стаціонару. Тому в процесі реалізації реформи системи охорони здоров'я України практичний інтерес можуть представляти нові методики визначення та оцінки об'єму та інтенсивності праці лікарів відділень стаціонару II та III рівнів медичного округу.

#### **Організаційний стандарт № 1.**

#### **Принцип першочергового стаціонарного лікування мешканців із зони відповідальності АСМ**

На відміну від «системи Семашка», для більш ефективного використання стаціонарного ліжка є сенс запровадити принципи першочергового стаціонарного лікування при наявності показань саме мешканців із зони відповідальності АСМ. Такий напрямок змін пріоритетів обумовлений новими принципами економічних відносин в межах ЗОЗ існуючих трьох рівнів медичної допомоги. Суть їх полягає у концентрації фінансових коштів у СЛ, як фондоутримувача, оскільки йому надається право укладати угоди на стаціонарне лікування «своїх» хворих з найдосвідченішими лікарями медичного округу в розрахунок на максимальну якість медичної допомоги.

#### **Організаційний стандарт № 2.**

#### **Універсальна схема експертної оцінки показників діяльності відділень стаціонару, як важелів мотивації інтенсивності та якості роботи лікаря**

Суть рекомендованого аналізу в тому, що основу його становить, по-перше, оцінка умовної «ваги» в балах одного відсотка запланованого оптимального стандарту конкретного показника, наприклад, хірургічної активності (70%) за умови, що досягнення його максимального для даного відділення значення буде дорівнювати 15 балам із загальних 100 балів, якими оцінюються усі показники діяльності відділення. Значить, ціна в балах одного відсотка показника хірургічної активності становить – 0,21 бала (15 балів : 70%). По-друге, береться до уваги урахування умовної одиниці різниці показників, наприклад, по відношенню до одного запланованого показника доопераційного ліжкодня – 1,0. У цьому випадку при максимальній оцінці даного показника в 15 балів величина оцінки одиниці різниці показників буде дорівнювати 1,5 бала (15 балів : 1,0, тобто десять разів по 0,1). Оскільки фактичне погіршення даного стандарту відбулося на 0,5 (тобто 5 разів по 0,1), то оцінка в балах цього фактичного показника становитиме 7,5 бала (1,5 бала x 5 разів по 0,1) (табл. 7).

Таблиця 7

Експертна оцінка показників роботи стаціонарного відділення II та III рівнів медичного округу

№ з/п	Оцінюючі параметри	Стандарти	Фактичний показник	Рівень розбіжностей	Бали	
					макс.	реальні
1	Хірургічна активність	70%	54%	-16%	15	11,64
2	Доопераційний ліжко-день	1,0	1,5	- 0,5	15	7,5
3	Середнє перебування операційного хворого на ліжку	8,0	9,2	- 1,2	5	3,8
4	Середнє перебування на ліжку не оперованого хворого	9,0	11,2	-2,2	5	2,8
5	Відсоток виконання ліжко-днів	102	98	- 4	5	1
6	Відсоток ускладнень	0,5	0,4	+ 0,1	15	20
7	Відсоток хірургічного лікування диспансерних хворих	65	60	- 5	5	4
8	«Д»-хворі	100%	70%	Відсоткове співвідношення	20	14
9	Лікування непоказаних хворих	50 іст/хв	10 деф	-	15	0

Подібна синхронізація оціночних відсоткових співвідношень, а також у вигляді оцінки в балах дозволяє не тільки максимально об'єктивно виконати експертну оцінку результатів роботи відділень стаціонару, але й визначити порівняльний рейтинг подібних відділень, що є доцільним в аспекті мотиваційних заходів.

**Організаційний стандарт № 3. Технологія розподілу хворих відділення стаціонару на КСГ, ДСГ та ступені складності**

Об'єктивність оцінки об'єму та інтенсивності праці лікарів відділення стаціонару

підвищується, якщо аналізувати їх роботу за певний термін з урахуванням клініко-статистичних (КСГ), діагностично-сполучених груп (ДСГ) та ступенів складності захворювань і хірургічних втручань з аналізом і оцінкою їх ефективності.

На прикладі захворювань носа та навколоносових пазух демонструємо методику розподілу на КСГ, ДСГ, ступені складності цих захворювань, яка аналогічно може бути використана в інших профільних відділеннях ЗОЗ II та III рівнів медичного округу (табл. 8).

Таблиця 8

Розподіл захворювань носа та навколоносових пазух, зареєстрований у ЛОР відділенні Кіровоградської обласної лікарні відносно до КСГ, ДСГ і ступені складності

КСГ-П	ДСГ-1 I ступінь складності	ДСГ-2 II ступінь складності	ДСГ-3 III ступінь складності	ДСГ-4 IV ступінь складності	ДСГ-5 V ступінь складності
1	2	3	4	5	6
	Гострий риніт. Хронічний риніт (без хірургічного втручання). Алергічний риніт. Папілома входу в ніс. Травма зовнішнього носа. Опіки і відмороження зовнішнього носа. Незначна кровотеча із носа.	Перелом зовнішнього носа. Поранення зовнішнього носа. Гематома і абсцес носової перетинки. Кровотечі із носа. Деформація зовнішнього носа. Фурункул носа. Сторонні тіла порожнини носа. Хронічні клінічні форми риніту. Хронічна риносинусопатія. Гострий ексудативний гайморит. Гаймороектомія. Синехії порожнини носа. Доброякісні новоутворення зовнішнього носа.	Ринофіма (хірургічне лікування). Викривлення носової перетинки (хірургічне лікування). Хронічний гіпертрофічний риніт (хірургічне лікування). Хронічний поліпозний ектомія (хірургічне лікування). Гострий гемі- і пансинусит (консервативне лікування).	Травми носа і навколоносових пазух. Комбінована патологія носової порожнини (два і більше хірургічних втручань). Гострі і хронічні синусити (хірургічне лікування). Хронічні поліпозні синусити (хірургічне лікування).	Сильна носова кровотеча. Риногенний менингоенцефаліт, абсцеси мозку. Гострі та хронічні пансинусити (розтин усіх синусів). Злоякісні новоутворення носової порожнини і синусів (хірургічне лікування). Комбінована патологія зовнішнього носа і порожнини носа (хірургічне лікування).

**Організаційний стандарт № 4.**

**Обґрунтування можливості бальної оцінки відповідно до ступеня складності захворювань**

Для спрощення оціночної характеристики результатів роботи лікарів відділень стаціонару ЗОЗ доцільно використовувати стандартизацію обсягів виконаної медичної роботи у вигляді бальної оцінки, яка вико-

нує роль оціночних умовних, або нормативних одиниць працевитрат у процесі лікування хворих певного ступеня складності. В основу принципу, на підставі якого лікування можливо оцінити у різну кількість балів, закладені такі чинники, як КСГ, ДСГ, ступені складності захворювань і хірургічних втручань, витрати робочого часу лікаря на весь процес лікування, ризик ускладнень,

рівень фізичного і психологічного навантаження на лікарів [15, 23, 24].

З огляду на розподіл захворювань носа та навколоносових пазух на КСГ, ДСГ і ступені складності, представлений як приклад у таблиці 8, пропонуємо наш варіант оцінки в балах різних ступенів складності захворювань.

Перша ступінь складності оцінюється в один бал (мінімальна затрата робочого часу, незначна вірогідність ускладнень при загально узгодженій методиці лікування, мінімальне психологічне напруження лікаря. Друга ступінь складності – два бала. Та сама характеристика. Трохи більша затрата робочого часу. Третя ступінь складності – п'ять балів. Значно більша, ніж в перших двох, затрата робочого часу. Можливість таких ускладнень, як кровотеча, формування синехій, часткового відновлення функції органа навіть при дотриманні технології клінічних протоколів. Четверта ступінь складності – десять балів. Складність захворювань на порядок вища. Вимога до рівня кваліфікації лікарів не нижче 1 категорії. Ці захворювання вимагають значно більшої, ніж при третій ступені, затрат робочого часу. Вірогідні більш серйозні ускладнення в процесі лікування (паралічі лицевого нерву, лабіринтити, зниження слуху, післяопераційні кровотечі, тощо). Значно вища ступінь фізичної, розумової і психологічної напруженості лікаря в процесі роботи. П'ята ступінь складності – двадцять балів. Складність захворювання на порядок вища, ніж при IV ступені. Рівень роботи відповідає кваліфікації лікаря вищої категорії. Велика вірогідність виникнення ускладнень, які загрожують життю хворого. Надзвичайно велика фізична втома і високий рівень психо-емоційної напруги лікаря в процесі лікування.

#### **Організаційний стандарт № 5.**

**Розподіл хірургічних втручань на ступені складності і їх бальної оцінки на прикладі хворих ЛОР відділення Кіровоградської обласної лікарні**

Діюча в теперішній час система оцінки роботи лікаря не враховує конкретні ступені складності, зокрема хірургічних втручань, виконання яких передбачає різне по важкості фізичне і психологічне робоче

навантаження на лікаря, а значить і необхідність визначення рівня адекватної їх фінансової оцінки.

Аналіз діяльності лікаря відділення стаціонару дозволяє провести оцінку об'єму і ступеня напруженості праці лікарів за певний термін відповідно до кількості й ступенів складності хворих. Така методика дає змогу визначити також об'єм і ступінь інтенсивності хірургічної роботи лікарів відділення стаціонару.

Як приклад, демонструємо наш варіант поділу виконаних хірургічних втручань на ступені складності у ЛОР відділенні Кіровоградської обласної лікарні.

I ступінь складності. Біопсія із ЛОР органів (окрім біопсії із носоглотки і гортані). Первинна хірургічна обробка рани в об'ємі, який можливо виконати у перев'язувальній відділенні (поліпотомія вуха, пункція гайморової порожнини тощо).

II ступінь. Ультразвукова дезінтеграція носових раковин, біопсія із лімфатичних вузлів шиї, розтин отгематоми, видалення доброякісних новоутворень ЛОР органів тощо.

III ступінь складності. Тонзилектомія неускладнена, підслизова резекція хрящової частини перетинки носа, кріодеструкція піднебінних мигдаликів, конхотомія, поліпоетмоїдотомія, неускладнена трахеотомія, аденотомія, біопсія із гортані і носоглотки, ендоларингеальне видалення доброякісних новоутворень та інші.

IV ступінь. Радикальна операція на вусі, часткова резекція гортані з приводу злоякісної пухлини, фронтоетмоїдотомія, гайморитомія, підслизова резекція різко викривленої перетинки носа (усі її частини), одночасне виконання трьох і більше операцій у носовій порожнині та навколоносових синусах, ускладнена тонзилектомія та трахеотомія, пластична корекція вушних раковин.

V ступінь складності. Екстирпація гортані та її розширені варіанти, операція Крайля, одномоментна хірургічна санація усіх навколоносових синусів, розтин парафарингеальних абсцесів і флегмон зовнішнім доступом, слухополіпшуючі мікрооперації на вусі, розширені варіанти радикальних операцій на вусі у випадках отогенних

внутрішньочерепних ускладнень, пластичні операції при виникненні фаринго-ларинго-трахеостом [15, 20].

**Організаційний стандарт № 6.**

**Механізм визначення робочого навантаження і показників інтенсивності праці лікарів відділення стаціонару**

Особливість роботи лікарів відділення стаціонару, в т.ч. хірургічного профілю, є те, що ні кількість пролікованих хворих, ні рівень хірургічної активності кожного ор-

динатора не дозволяє обґрунтовано оцінити показник робочого навантаження, інтенсивності їх праці. Об'єктивна оцінка вказаного аспекту роботи лікаря може бути встановлена в результаті урахування ступенів складності усіх пролікованих ним хворих за певний термін шляхом ділення кількості зароблених балів із суми «захворювання + операція + асистенція» на кількість фактично використаних цим лікарем робочих годин в процесі лікування хворих (табл. 9).

Таблиця 9

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

Лікарі відділення	Кількість місяців роботи	Фактично пролікованих хворих	Всього балів за складність захворювання	Кількість захворювань і балів по ступеням складності					Всього операцій Бали за операції	Кількість операцій і балів по ступеням складності					Бали за асистенцію	Всього балів (операція+захворювання+асистенція)	Хірургічна активність %	Фактична кількість робочих годин за 11 місяців	Показник інтенсивності роботи
				I	II	III	IV	V		I	II	III	IV	V					
				Захворювання – в чисельнику Бали – в знаменнику						Операції – в чисельнику Бали – в знаменнику									
Зав. відділенням 0,5 ст.	6	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	480	3,20
Старший ординатор 1 ст.	9	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	1440	2,12
Ординатор 1,5 ставки	10	514	2172	144 144	159 318	170 850	56 560	15 300	533 1029	317 317	160 332	40 200	16 160	- -	60	3261	95,1	1600	2,03
Ординатор 1,0 ст.	9	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	900	1,00

Показники таблиці демонструють значні відмінності в обсягах робочого навантаження за кількістю та складністю пролікованих і прооперованих хворих. Відповідно вказана різниця відображена у кількості зароблених балів кожним лікарем, а також показниках інтенсивності роботи останніх.

**Організаційно-економічний стандарт № 7. Алгоритм визначення вартості працезатрат лікарів відділення стаціонару та загальної вартості стаціонарного обстеження та лікування хворих.**

Такі чинники, як розмір заробітної плати лікаря відповідно до стажу і рівня кваліфікаційної категорії, а також результа-

ти хронометражу середньої тривалості процесу обстеження і лікування конкретного пацієнта лягли в основу розрахунку вартості працезатрат лікаря.

Оскільки складність захворювання і хірургічного втручання повинна диференційовано впливати на формування відповідної вартості працезатрат лікаря, то ціну хвилин його роботи необхідно помножити на ступінь складності захворювання, що на нашу думку, треба використовувати в якості підвищуючого коефіцієнта.

Вартість працезатрат в процесі обстеження і лікування, в т.ч. хірургічного, у випадках коли СЛ направив пацієнта у ЗОЗ



III-го рівня, ми демонструємо на прикладі стаціонарного обстеження і лікування хворого з приводу гнійно-поліпозного гемісинуситу, ускладненого флегмоною орбіти (четверта ступінь складності хірургічного втручання), яким буде опікуватись лікар отоларинголог вищої категорії зі стажем роботи понад 30 років та лікар анестезіолог такої ж кваліфікації.

Вихідною інформацією щодо розрахунків вартості працевитрат лікарів відділення стаціонару та загальної вартості обстеження і лікування аналізованого захворювання є вищезгадана формула розрахунку вартості амбулаторного прийому хворих (табл. 5, 6).

В основу розрахунків вартості лікування вказаного хворого закладені відомості визначеної нами вартості обстеження, лі-

карських засобів і хронометражних розділів роботи лікарів, а також річний фонд заробітної плати ЛОР лікаря і анестезіолога [25] (табл. 10, 11). Таким чином, як видно із табл. 10 та 11, «бюджетна» вартість працевитрат ЛОР лікаря по відношенню до даного хворого склала: у ЛОР відділенні за 10 ліжко-днів – 310,69 грн., в операційній – 108,91 грн. Анестезіолога – 266,41 грн. З урахуванням підвищуючих коефіцієнтів, відповідно: 1863,96 грн., 1034,68 грн., анестезіолога – 498,84 грн. Вартість лікування хворого з урахуванням обстеження, медикаментів і матеріалів, матеріально-технічних витрат за участю лікаря отоларинголога (1034,68 грн. + 1863,96 грн. + 3049,05 грн. + 249,20 грн.) – 6191,89 грн., анестезіолога (498,84 грн. + 1900 грн.) – 3098,84 грн. Загалом (6191,89 грн. + 3098,84 грн.) – 9290,73 грн.

Таблиця 10

Вартість обстеження, лікарських засобів і хронометражних розділів роботи в процесі лікування в стаціонарі III рівня одного хворого з приводу гнійно-поліпозного гемісинуситу (КСГ-II, ДСГ-4, IV ст. складності хвороби і V ст. складності хірургічного втручання) для ЛОР лікаря і анестезіолога вищої категорії зі стажем роботи більше 30 років

Шифр МКХ	Обсяг обстеження	Ціна 1-го обстеження	Ціна обстежень в грн.	Вартість лікарських засобів і матеріалів	Ціна 1-ї дози в грн.	Ціна курсу лікування в грн.	Хронометражні розділи в технології процесу лікування у хвилинах	Хронометраж у хв.
J.32.4	Загальний аналіз крові – 2	15,00	30,00	Лораксон 1,0 №10	92,00	920,00	Анамнез, обстеження ЛОР органів	20
	Аналіз крові на цукор	3,00	3,00	Крапельниця №7	9,05	63,35	Записи в історію хвороби	15
	Група крові	10,00	10,00	Фізіологічний розчин 0,9% - 400,0, №7	14,00	140,00	Лист призначень	5
	Коагулограма	30,00	30,00	Р-н амінокапронової кислоти, 100,0 №2	8,50	17,00	Внутрішньошкірна проба на лідокаїн та антибіотик	30
	Біохімічні аналізи крові	49,00	49,00	Р-н етамзілату натрія 10амп.	27,50	27,50	Операція: гайморотомія, фронтотомія, поліпоектомія	170
	Загальний аналіз сечі – 2	5,00	10,00	Р-н лідокаїну 10амп.	9,60	9,60	Робота анестезіолога	320
	ЕКГ	6,00	6,00	Р-н дексалгіну 10амп.	3,50	35,00	Протокол операції	30
	Функція зовнішнього дихання	6,00	6,00	Р-н декасану 200,0 №3	78,00	234,00	Спостереження за хворим в післяопераційному періоді	50
	СКТ навколоносових пазух	720,00	720,00	Р-н емульсії гідрокортизону 2,0 №10	3,40	17,00	Щоденне спілкування з хворим у палаті (лікарський обхід) (10 дн.)	210
	Ro-грама органів грудної порожнини	30,00	30,00	Бісептол 480, 10 табл.	102,00	102,00	Щоденники в історію хвороби (9 дн.)	30
				Ель-цет, 10 табл.	31,00	31,00	Епікриз	
				Шприці 20,0, №10	2,20	22,00		
				Шприці 5,0, №30	1,50	45,00		
				Шприці 2,0, №5	1,00	5,00		
				Мазь «Рягівник», 1шт	70,00	70,00		
				Бинти широкі, 10шт.	7,00	70,00		
				Марля, 5м	30,00	30,00		
				Вата, 25,0	2,70	2,70		
Разом			894,00			2150,05		975 хв.

Розрахунок вартості працездатності та загальної вартості в процесі стаціонарного лікування одного хворого з приводу хронічного гнійного гемісинуситу (IV ст. складності захворювання і V ст. складності хірургічного втручання КСГ-II, ДСГ-4) для ЛОР лікаря і анестезіолога вищої категорії та стажем понад 30 років на основі відповідного клінічного протоколу

Р <sub>ф.з.пл.</sub> річний фонд зп. лікаря в грн.	Р <sub>б.р.ч.д.</sub> річний бюджет робочого часу лікаря в хв.	Т <sub>н.т.л.</sub> технологічн. норматив в терміну лікаря в хв.	Бюджетна вартість лікування хворого в грн.	Нарахування на ЗП (22%) в грн.	Вартість працездатності лікаря без підвищення коефіцієнтів в грн.	Підвищуючі коефіцієнти					Загальна вартість працездатності лікаря в грн.	Обстеження, медикаменти і матеріали в грн.	Матеріально-технічні витрати	Загальна вартість лікування, в грн.
						за ступінь складності захворювання (IVст.)	за ступінь складності операції (IVст.)	за ступінь складності наркозу (IVст.)	за лікування літніх людей >65р., 1,3	за лікування хворого у місті – 1,2				
Вартість працездатності ЛОР лікаря в операційній та вартість хірургічних втручань для ЛОР лікаря (гайморотомія, поліпоектомія та фронтотомія)														
60396	115038	170	89,25	19,66	108,91	435,64	544,59	-	32,67	21,78	1034,68		-	1034,68
Вартість працездатності лікаря анестезіолога та загальна вартість наркозу (гайморотомія, поліпоектомія та фронтотомія)														
78504	45038	320	218,34	48,04	266,41	-	-	1065,64	79,92	53,28	1198,84	1900,00	-	3098,88
Вартість працездатності ЛОР лікаря у відділенні стаціонару та загальна вартість лікування хворого														
60396	115038	485	254,63	56,02	310,69	1242,8	-	-	372,58	248,58	1863,96	3048,05	249,20	5162,28

### Організаційно-економічний стандарт № 8.

#### Механізм розрахунку рівня матеріального стимулювання лікарів відділення стаціонару

Прогнозована можливість укладання угод між сімейним лікарем, як фондоутримувачем, і профільними фахівцями стаціонарних відділень II та III рівнів дає підстави останнім розраховувати на суттєве матеріальне стимулювання їх праці. Адже, чим більшу кількість хворих з високою якістю лікування, в т.ч. більшого ступеня складності пролікує конкретний лікар, тим на більший рівень матеріального стимулювання він може розраховувати. Залежно від розрахункової суми, яка зазначена в угодах, враховуючи ціну одного бала, визначається кількість зароблених кожним лікарем балів і, відповідно, сума конкретного матеріального стимулювання.

Якщо відомо, що сімейні лікарі, як фондоутримувачі, направили в аналізоване відділення своїх хворих і перерахували на

підставі угод певну суму, наприклад, 20 тис. грн., то не важко визначити, яку конкретно винагороду отримає кожний лікар в залежності від рівня його робочого навантаження. У нашому прикладі (табл.9), загальна кількість балів за складність пролікованих хворих, хірургічних втручань і асистенцію в процесі операції – 8757. Враховуючи, що завідувач відділенням відповідно до своїх функціональних обов'язків має безпосереднє відношення до процесу обстеження і лікування кожного хворого, що поступає у відділення, то його робоче навантаження, а значить і рівень матеріального стимулювання можливо, наприклад, визначити як 15% від загальної суми коштів.

Отже, завідувач відділення може отримати 3000 грн. Залишок – 17000 грн. ділиться на 8757 балів і визначається вартість одного бала – 1,94 грн. Кожен із лікарів аналізованого відділення отримує грошову винагороду відповідно до кількості зароблених балів: завідувач, як лікар по сумісництву на 0,5 ставки, може отримати 2975 грн. (1534

бали x 1,94 грн.), старший ординатор (1 ставка) – 5926 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.).

**Організаційно-економічний стандарт № 9. Оцінка впливу прогнозованих ризиків ускладнень на визначення стандарту можливих результатів лікування**

Оскільки результати лікування набувають ознак економічних категорій, професійне використання лікарями адаптованих європейських протоколів діагностики і лікування з урахуванням можливих ускладнень має бути невід'ємним технологічним ланцюгом процесу лікування.

Щодо можливих результатів лікування, проведеного в об'ємі оптимальної технології, є доцільним виділити такі стандартні оцінки ефективності лікування: «одужання», «покращення», «без змін» і «погіршення».

В процесі експертних оцінок є сенс передбачити прогнозування таких варіантів ускладнень, які інколи не залежать від кваліфікації лікарів. Відомо, що у пацієнта можуть бути індивідуальні вроджені чи набуті особливості, які впливають при певних обставинах на можливість небажаних результатів лікування.

Як приклад для фахівців інших спеціальностей, прогнозуємо і обґрунтовуємо можливість деяких стандартних варіантів ускладнень в процесі хірургічного лікування посттравматичного викривлення усіх відділів перетинки носа з порушенням функції дихання, коли навіть висока кваліфікація хірурга не може запобігти ускладненням як в процесі операції, так і у післяопераційному періоді.

Наприклад, результат «покращення» у нашому випадку може бути, якщо під час операції вдається ліквідувати викривлення частини перетинки носа з одної його сторони, а в другій – гребінь лемеша ліквідувати не вдалося внаслідок тривалої, чи сильної кровотечі після застосування долота в глибокій та вузькій частині носової порожнини. Тоді відновлення функції дихання одної половини носа розцінюється як «покращення», порівнюючи з тим, коли пацієнт взагалі не дихав через ніс.

Результат «без змін» чи «погіршення» у нашому прикладі може бути у випадку, коли спроби хірурга неодмінно видалити на всьому протязі різко викривлені з посттравматичними рубцями і субатрофічною слизовою оболонкою ділянки перетинки носа з метою досягнення вільного дихання закінчується виникненням чималої перфорації останньої з прогресуючими проявами сухості слизової оболонки сусідніх ділянок порожнини носа і створення корківних нашарувань. Як наслідок – різке погіршення функції дихання і незадоволення пацієнта. Недооцінка імовірних анатомічних і етіопатогенетичних особливостей пацієнта, нехтування можливістю прогнозування подібних ускладнень призводить до конфліктних ситуацій, інколи до судових позовів.

Таким чином, значення і роль прогнозування стандартів можливих результатів лікування, в т.ч. і ускладнень при умові реалізації їх в усіх ЗОЗ медичного округу очевидна.

**Організаційно-економічний стандарт № 10.**

**Обґрунтування механізму прогнозування пересічної вартості оздоровлення мешканців зони відповідальності сімейного лікаря**

Якщо в процесі реалізації можливого пілотного проекту по реформуванню діяльності, наприклад, одної із АСМ поставлена мета якісного оздоровлення хворих, які виявлені при проведенні профогляду усіх мешканців, то після розподілу пацієнтів в межах КСГ, ДСГ на ступені складності у спеціалістів кожного фаху, використовуючи представлену вище технологію розрахунку вартості, є можливість визначити загальну вартість оздоровлення усіх хворих, які перебувають на диспансерному обліку в АСМ.

Припустимо, що серед 2000 мешканців, підконтрольних сімейному лікарю, в процесі їх профогляду виявлено 600 хворих осіб, із яких 132 (22%) – у терапевта, 96(16%) – педіатра, 102(17%) у невропатолога, 90 (15%) – хірурга, 66 (11%) – гінеколога, 48 (8%) – окуліста, 36 (6%) – ЛОР і 30 (5%) – у дермато-венеролога.

Оскільки алгоритм розрахунків вартості роботи лікаря і загальної вартості обстеження і лікування розроблений на прикладі

отоларингологічних захворювань і пропонується для усіх інших профільних фахівців у якості технологічної матриці, то їм необхідний певний час, щоб освоїти методики цих розрахунків з використанням відповідних комп'ютерних програм.

Диференціація профільними фахівцями усіх вищезазначених хворих з використанням наших організаційно-економічних стандартів, рекомендованого механізму визначення вартості лікування кожного конкретного хворого з урахуванням КСГ, ДСГ і ступеню складності дозволяє шляхом певних розрахунків [25] спрогнозувати пересічну вартість лікування, як окремого пацієнта, так і обґрунтовано планувати необхідні кошти із бюджету на визначену розрахунками вартість працевздатих лікарів, а також загальну вартість оздоровлення мешканців зони відповідності сімейного лікаря.

#### **Організаційний стандарт № 11.**

**Визначення коефіцієнта персональної діяльності (КПД) сімейного лікаря за висновками показників його роботи по підсумках року**

Від можливості професійного виконання трьох головних розділів – профоглядів, лікування виявлених хворих 1 ступеню складності в АСМ, а також лікування виявлених захворювань II-V ступенів складності в ЗОЗ другого та третього рівнів медичного округу залежить загальний успіх оздоровлення населення зони відповідальності СЛ.

Припустимо, що із усіх підконтрольних АСМ мешканців (2 тис., наш універсальний критерій – 100% від потреби), сімейному лікарю вдалося організувати процес профоглядів так, що було охоплено тільки 1300 мешканців (65% від потреби), у яких виявлено 600 хвороб, тобто 46,15% від обстежених. До завершення року із 120 виявлених хворих 1 ступеня складності сімейним лікарем, відповідно до його професійної компетенції, проліковано тільки 85 осіб (70,83% від потреби), а щодо 480 виявлених хворих II-V ступенів складності вдалося пролікувати у ЗОЗ другого і третього рівнів медичного округу тільки 300 осіб (62,5%).

У підсумку року, по першому розділу роботи – організації профоглядів ефективність діяльності сімейного лікаря склала

65,5% від потреби, у розділі лікування виявлених хворих 1 ступеня складності в умовах АСМ – 70,83%, а лікування виявлених хворих II-V ступенів складності у ЗОЗ другого і третього рівнів – 62,5%.

Таким чином, за підсумками роботи за рік по зазначеним трьом розділам КПД сімейного лікаря склав (65,5% + 70,83% + 62,5%) – 198,83% від потреби трьох розділів – 300%. Цей показник ефективності роботи сімейного лікаря може також характеризувати рівень його рейтингу серед інших сімейних лікарів.

Успіх практичної реалізації представлених організаційно-економічних стандартів, критеріїв і нормативів може бути досягнутий в процесі пілотного проекту в одній із АСМ при активній участі під патронатом МОЗ головних профільних експертів. Тільки у цьому випадку можливо створити так званий «ефект оркестру» [28], якщо у завершальній стадії проекту будуть одержані обґрунтовані розрахунками показники суттєвого підвищення якості і ефективності оздоровлення мешканців зони відповідальності сімейного лікаря, коли кожен профільний фахівець високопрофесійно виконає свою «партитуру» з урахуванням специфіки свого фаху.

#### **Висновки.**

1. Представлений аналіз і оцінка діяльності лікарів відділення стаціонару з використанням наших методик, дозволяє визначити конкретний вклад кожного лікаря в кінцевий результат роботи відділення.

2. Принципи реалізації рекомендованої диференціації на КСГ, ДСГ, ступені складності захворювань, хірургічних втручань та їх бальної оцінки методологічно придатні для використання в інших (терапія, хірургія тощо) профільних службах ЗОЗ.

3. Об'єктивну оцінку рівня робочого навантаження та інтенсивності роботи, в т.ч. хірургічної, лікарів відділення стаціонару можливо визначити тільки шляхом ділення кількості зароблених конкретним лікарем балів із суми «захворювання + операція + асистенція» на кількість фактично використаним цим лікарем робочих годин у процесі лікування хворих.

4. Оскільки в процесі аналізу працезатрат лікарів основоположною є норма робочого часу, то головним у визначенні останніх є хронометраж технологічних елементів праці лікаря, який в якості еквівалента економічного нормативу може одержати фінансову оцінку у вигляді певної частки заробітної плати лікаря.

5. Можливість розрахунку вартості працезатрат лікаря з урахуванням ступеня складності захворювання і хірургічного втручання, підвищуючих коефіцієнтів дозволяє визначити розмір матеріального сти-

мулювання більш інтенсивної, складної та якісної праці лікаря.

6. Представлений механізм використання розрахунків вартості працезатрат лікарів і загальної вартості діагностичного і лікувального процесу дозволяє визначити середню пересічну прогнозовану вартість оздоровлення виявлених хворих в зоні відповідальності СЛ, що дає можливість провести попередній підрахунок реальних подушних витрат ПМСД, в т.ч. і на основі договірних угод між СЛ і надавачем медичних послуг.

## Література

1. Вороненко Ю.В., Пашенко В.М. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я. – К., 2011. – 499 с.
2. Вороненко Ю.В., Горачук В.В. Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у системі управління якості медичної допомоги // Укр. мед. часопис. – 2012. – № 3(91). – С.108-110.
3. Гаврилов В.А., Мисник Ю.Н. Норма труда в новых условиях хозяйственного механизма в здравоохранении (сб. научн. тр.). – М., 1989. – С.69-71.
4. Голяченко О.М., Голяченко А.О., Шульгай А.Г. Актуальні проблеми здоров'я української народності. – Тернопіль, 2012. – 116 с.
5. Голяченко О.М., Кузьмін І.В., Килівник В.С., Цвень П.В., Голяченко Г.Б. Математичне моделювання процесів управління охорони здоров'я. – Тернопіль, 2015. – 95 с.
6. 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.
7. Каргыш А.П. Организация амбулаторно-поликлинических отношений // Матер. 2-го съезда соц. гигиенистов и организаторов здравоохранения Украины. Винница, 3-5 октября 1990 г. Ч.1. – К., 1990. – С.19-21.
8. Конти Т. Самооцінка в організаціях. – М.: «Стандарты и качество», 2000. – 238 с.
9. Корнійчук О.П. Удосконалення економічного механізму розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні // Укр. мед. часопис. – 2012. – № 3 (89). – С.128-133.
10. Корчагин В.П. Теоретические основы экономической реформы здравоохранения // Экономические проблемы реформы здравоохранения. – М., 1991. – С.6-23.
11. Лехан В.М. Система охорони здоров'я в Україні: підсумки, проблеми, перспективи. – 2002. – 28 с.
12. Лехан В. Відміна наказу № 33: проблеми позаду чи попереду // Ваше здоров'я. – 2016. – № 39-40. – С.8-9.
13. Лінник С.О., Кризина Н.П., Пархоменко Г.Я. Сучасні проблеми управління національної системи охорони здоров'я та шляхи її подолання // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 3(53). – С. 46-52.
14. Прокопчук О.Л., Павленко О.І. Єдина державна політика громадського здоров'я (концепція, стратегія, тактика, критерії успішної реалізації // Новості медицини і фармації в Україні. – 2015. – № 15(5580). – С.12-15.
15. Самоходський В.М. Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління отоларингологічної служби на етапі переходу до БСМ: автореф. дис... докт. мед. наук. – К, 1994. – 32 с.
16. Самоходський В.Н. Больница страховой медицины. Натуральный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы. – Кировоград, 2004. – 242 с.
17. Самоходський В.М. До методики визначення вартості працезатрат сімейного лікаря при виконанні профілактичних оглядів // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 1. – С.73-78.
18. 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.65-69.
19. Самоходський В.М. Визначення об'єму та вартості працезатрат амбулаторних лікарів і варіанти стимулювання їх праці // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – №4. – С.73-78.

20. 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. 86-89.
21. Самоходський В.М., Голяченко Б.А. Медико-економічні механізми реалізації організаційних стандартів, критеріїв і нормативів як основа створення комп'ютерних програм для сімейного лікаря // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2013. – № 2 (56). – С. 19-27.
22. Самоходський В.М., Голяченко Б.А. Соціально-гігієнічні та економічні реформи системи охорони здоров'я в Україні. Проект. – Тернопіль, 2015. – 55с.
23. Самоходський В.М. Оцінка впливу прогнозованих ризиків ускладнень та визначення стандарту результатів лікування оториноларингологічних хворих // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2016. – № 4. – С. 65-70.
24. Самоходський В.М., Заболотний Д.І. До технології трансформації показників організаційних стандартів в персоналізації робочого навантаження лікарів I, II та III рівнів медичного округу // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2017. – № 1. – С. 77-86.
25. Самоходський В.М. Обґрунтування організаційного алгоритму прогнозування вартості оздоровлення мешканців зони відповідальності сімейного лікаря // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2017. – № 5. – С.88-96.
26. Сидорчук Л. Нові реалії вимагають нових підходів до роботи // Ваше здоров'я. – 2017. – № 27-28. – С.18.
27. Степанова О. За что мы так себя не любим //Украина-центр. – 2011. – № 16. – С.2.
28. Ткаченко В.І., Хімїон Л.В., Данилюк С.В. Нові напрямки розвитку сімейної медицини в Європі (за результатами 19-ї Європейської конференції сімейних лікарів 2-5 липня 2014 р) // Сімейна медицина. – 2014. – № 3. – С.4-7.
29. Вуори Ханну В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. – Копенгаген: ВООЗ, 1985. – 177 с.
30. Шипова В.М. Нормирование труда в условиях перехода к медицинскому страхованию // Бюл. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – М., 1992 – С.46-53.

## References

1. Voronenko YuV, Pashchenko VM Financial management with the basics of health economics. Kiev. 2011: 499 p. Ukrainian.
2. Voronenko YuV, Gorachuk VV Methodological approaches to the implementation of the standardization of organizational technologies in the quality management system of medical care. Ukrainian medical journal. 2012;3(91):108-10. Ukrainian.
3. Gavrillov VA, Misnik YuN Labor standards in the new conditions of the economic mechanism in public health (collection of scientific papers). Moscow. 1989:69-71. Russian.
4. Golyachenko AN, Golyachenko AA, Shulgai AG Health problems of the Ukrainian population. Ternopil. 2012:116 p. Ukrainian.
5. Golyachenko AN, Kuzmin IV, Kilivnik VS, Tsven PV, Golyachenko B Mathematical modeling of healthcare management processes. Ternopil. 2015:95 p. Ukrainian.
6. Dyachuk DD Evaluation of approaches to the development and use of innovative models of improving the performance of health institutions. Bulletin of social hygiene and organization of public health services of Ukraine. 2012;3(53):75-85. Ukrainian.
7. Kartish AP The organization of outpatient and polyclinic relations. Mater. 2<sup>nd</sup> congress of social hygienists and organizers of public health services in Ukraine. Vinnytsia, October 3-5, 1990. 1990:19-21. Russian.
8. Conti T. Self-assessment in organizations. Moscow: Standards and quality. 2000:238 p. Russian.
9. Korniychuk AP Improvement of the economic mechanism for the development of primary health care in Ukraine. Ukrainian medical journal. 2012; 3(89):128-33. Ukrainian.
10. Korchagin VP Theoretical bases of economic reform of public health services. Economic problems of health care
11. Lehan VM Health system in Ukraine: results, problems, prospects. 2002: 28 p. Ukrainian.
12. Lehan V. Cancellation of Order No. 33: the problems are already behind or still ahead. Vashe zdorov'ya. 2016;(39-40):8-9. Ukrainian.
13. Linnik SA, Krizina NP, Parkhomenko GYA Modern problems of management of the national health care system and ways to overcome it. Bulletin of social hygiene and organization of public health services of Ukraine. 2012;3(53):46-52. Ukrainian.
14. Prokopchuk AL, Pavlenko AI Unified state policy of public health (concept, strategy, tactics, criteria for successful implementation). Novosti meditsinyi i farmatsii v Ukraine. 2015;15(5580):12-5. Ukrainian.
15. Samokhodsky VM Scientific substantiation of medical and economic mechanisms for reforming management of the otolaryngological service in the transition to BSM [dissertation]. Kiev;1994: 32 p. Ukrainian.
16. Samokhodsky VM Hospital of insurance medicine. Natural experiment (organizational, medico-

- economic and legal mechanisms). Kirovograd;2004: 242 p. Russian.
17. Samokhodsky VM Method of determining the cost of the labor of the family doctor in the performance of preventive examinations // Bulletin of social hygiene and organization of public health services of Ukraine. 2011;(1):73-8. Ukrainian.
  18. Samokhodsky VM Optimal model of preventive examinations as an organizational standard for a family doctor. Bulletin of social hygiene and organization of public health services of Ukraine. 2011;(3):65-9. Ukrainian.
  19. Samokhodsky VM Determination of the volume and cost of labor costs ambulatory physicians and options to stimulate their labor. Bulletin of social hygiene and organization of public health services of Ukraine. 2012;(4):73-8. Ukrainian.
  20. Samokhodsky VM Variant of technology for determining the volume and intensity of work of doctors in the department of a hospital. Bulletin of social hygiene and organization of public health services of Ukraine. 2012;(2):86-9. Ukrainian.
  21. Samokhodsky VM, Golyachenko BA Medical and economic mechanisms for implementing organizational standards and criteria as the basis for creating computer programs for the family doctor. Bulletin of social hygiene and organization of public health services of Ukraine. 2013;2(56):19-27. Ukrainian.
  22. Samokhodsky VM, Golyachenko BA Social-hygienic and economic reforms of the health care system in Ukraine. Project. Ternopil. 2015:55 p. Ukrainian.
  23. Samokhodsky VM Assessing the impact of foreseeable risks of complications and to determine the standard for treatment' results of otorhinolaryngological patients. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2016;(4): 65-70. Ukrainian.
  24. Samokhodsky VM, Zabolotnyi DI Technology of indicators' transformation of organizational standards in the personification of the workload of doctors I, II and III levels of the medical district. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2017;(1):77-86. Ukrainian.
  25. Samokhodsky VM Substantiation of the organizational algorithm for forecasting the cost of sanitation for residents of the responsibility zone of a family doctor. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob.2017;(5):88-96. Ukrainian.
  26. Sidorchuk L. New realities require new approaches to work. Vashe zdorov'ya. 2017;(27-28):18. Ukrainian.
  27. Stepanova O Why we do not love ourselves. Ukraina-center. 2011;(16):2. Russian.
  28. Tkachenko VI, Khimion LV, Danylyuk SV New trends in the development of family medicine in Europe (based on the results of the 19th European Family Doctors Conference July 2-5, 2014). Family Medicine. 2014;( 3):4-7. Ukrainian.
  29. Vuori, Hannu V Ensuring quality of care. Copenhagen: WHO, 1985:179 p. Russian.
  30. Shipova VM Rationing labor in conditions of transition to health insurance. Bul. Research Institute of Soc. Hygiene, Economics and Health Management NA Semashko. Moscow. 1992:46-53. Russian.

Надійшла до редакції 20.02.18.

© Д.І. Заболотний, В.М. Самоходський, 2018

## **ДВАДЦАТЬ П'ЯТЬ ІННОВАЦІЙНИХ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНИХ СТАНДАРТІВ ЯК ІНСТРУМЕНТ ТЕХНОЛОГІЇ РЕФОРМУВАННЯ ПРОЦЕСУ ОЗДОРОВЛЕННЯ МІЖАНЦІВ ЗОНИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

*Заболотний Д.І., Самоходський В.М. (Київ, Кропивницький)*

*А н о т а ц і я*

**Вступ:** Пропонується механізм імплементації низки із двадцяти п'яти організаційно-економічних стандартів для реформування системи медичної допомоги мешканцям зони відповідності сімейного лікаря на їх маршруті від АСМ до ЗОЗ II та III рівня медичного округу.

**Мета:** Запропонувати алгоритм можливого пілотного проекту, в основу реалізації якого закладено науково обґрунтовану технологію з використанням комплексу інноваційних організаційно-економічних стандартів, критеріїв і нормативів в обов'язкових розділах роботи лікарів – профілактичні огляди, диспансеризація, амбулаторна і стаціонарна медична допомога.

**Матеріал 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 тут на маршруті хворого – сімейний лікар – II та III рівень медичного округу найраціональніше реалізувати вищезазначені нові методики реформування.

Проведено структурно-логічний аналіз вказаних стандартів, критеріїв і нормативів з використанням хронометражу, порівняльного аналізу, методу самооцінки та бальної шкали, що дозволяє виявити фактичний рівень робочого навантаження, вартості працезатрат лікарів, а також загальної вартості оздоровлення мешканців зони відповідальності сімейного лікаря.

**Результати обговорення:** Пропонований варіант реформування вузького сектору медичної допомоги на маршруті хворих із АСМ у ЗОЗ II та III рівнів по принципу «знизу-уверх» дає можливість вказані інноваційні методики, які розроблені на прикладі оториноларингологічної служби, застосувати у якості організаційної і технологічної матриці для фахівців профільних служб (хірургії, терапії тощо) з урахуванням специфіки останніх, що дозволить створити відповідні комп'ютерні програми.

**Висновки:** Алгоритм і механізм імплементації науково обґрунтованих двадцяти п'яти організаційно-економічних стандартів, реалізований в процесі пілотного проекту, дає можливість на порядок-два підвищити якість і ефективність оздоровлення населення у зоні відповідальності сімейного лікаря.

**Ключові слова:** організаційно-економічні стандарти, хронометраж, критерії, нормативи, вартість працезатрат лікарів, загальна вартість оздоровлення населення.

## TWENTY-FIVE INNOVATIVE ORGANIZATIONAL AND ECONOMIC STANDARDS – A TOOL FOR TECHNOLOGY REFORMING OF THE PROCESS OF RECOVERY INHABITANTS' OF THE RESPONSIBILITY'S AREA OF THE FAMILY DOCTOR

<sup>1</sup>Zabolotnyi DI, <sup>2</sup>Samohodsky VM

<sup>1</sup>State institution «O.S. Kolomiychenko Institute of Otolaryngology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine»; e-mail: amtc@kndio.kiev.ua;

<sup>2</sup>Kirovohrad Regional Hospital

### Abstract

**Introduction:** The mechanism of implementation of a number of twenty five organizational and economic standards for reforming the system of medical care to residents of the zone of compliance of the family doctor on their route from ACM to POPs P and W level of the medical district is proposed.

**Aim:** To propose an algorithm for a possible pilot project based on the implementation of which is based on scientifically grounded technology using a set of innovative organizational and economic standards, criteria and standards in compulsory sections of the work of doctors – preventive examinations, dispensaries, outpatient and inpatient medical care.

**Material and methods:** All residents of the area of responsibility of the outpatient family medicine as the smallest functional unit of our health care system, where the patient has the shortest access to the first contact with the doctor. It is here that on the path of the patient - the family doctor - the P and the level of the medical district, it is most rational to implement the above-mentioned new methods of reformation.

The structural-logical analysis of the mentioned standards, criteria and norms was carried out using timing, comparative analysis, self-assessment method and ball scale, which allows to reveal the actual level of workload, the cost of labor costs of doctors, as well as the total cost of health improvement for the residents of the area of responsibility of the family physician.

**Results and discussion:** The proposed version of the reform of the narrow sector of medical care on the pathway of patients with ACM in CLF P and S levels on the basis of the bottom-up principle allows the indicated innovative methods developed on the example of the otorhinolaryngology service to be used as an organizational and technological matrix for specialists of specialized services (surgery, therapy, etc.), taking into account the specifics of the latter, which will allow the creation of appropriate computer programs.

**Conclusions:** The algorithm and mechanism of the implementation of scientifically grounded twenty-five organizational and economic standards, implemented in the course of the pilot project, gives an opportunity to improve the quality and efficiency of the health improvement of the population within the area of responsibility of the family doctor on an order of two or two.

**Keywords:** organizational and economic standards, timekeeping, criteria, norms, cost of labor costs of doctors, total cost of health improvement of the population.