

УДК 614.251.2

В. М. САМОХОДСЬКИЙ (Кіровоград)

## ВАРІАНТ ТЕХНОЛОГІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ ТА ІНТЕНСИВНОСТІ ПРАЦІ ЛІКАРІВ ВІДДІЛЕННЯ СТАЦІОНАРУ

Кіровоградська обласна лікарня

У плані підвищення якості та ефективності медичної допомоги пропонується варіант організаційного стандарту технології визначення об'єму та інтенсивності праці лікарів відділення стаціонару ЛПУ.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** організаційний стандарт, об'єм та інтенсивність праці лікарів.

Як відомо, якість і ефективність надання медичної допомоги в ЛПУ значною мірою залежить, зокрема, від конкретного професійного вкладу кожного лікаря у загальний результат діяльності відділення стаціонару. Тому в процесі реалізації проголошеної реформи системи охорони здоров'я України практичний інтерес можуть представити методики визначення об'єму та інтенсивності праці лікарів відділень стаціонарів II та III рівнів госпітальних округів.

**Мета дослідження:** на основі аналізу діяльності ЛОР-відділення обласної лікарні запропонувати методики, алгоритм реалізації яких дозволить визначити об'єм та інтенсивність праці лікарів а, відповідно, і конкретний внесок кожного з них у кінцевий показник роботи відділення стаціонару.

**Матеріали і методи.** Об'єктивність оцінки об'єму та інтенсивності праці лікарів відділення підвищиться, якщо аналізувати їх працю за певний термін з урахуванням клініко-статистичних (КСГ), діагностично зв'язаних груп (ДЗГ), ступенів складності захворювань і хірургічних втручань з аналізом та оцінкою кінцевого показника діяльності лікаря, який може бути виражений у балах [7, 8].

На прикладі оториноларингологічних захворювань ми демонструємо методику поділу обстежених на КСГ і ДЗГ, яку в принципі можна використовувати, як «один до одної» за рекомендованою нами схемою в інших профільних стаціонарних відділеннях ЛПЗ.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Система КСГ забезпечує оцінку об'єму роботи стаціонару, диференціацію оплати праці, що створює передумови для колективної зацікавленості в результатах діяльності ЛПЗ [6]. З метою більш оперативної оцінки об'єму, якості й вартості роботи лікарів відділення стаціонару варто доповнити КСГ системою діагностично зв'язаних груп (ДЗГ). Останні являють собою

угруповання захворювань, схожих за локалізацією, ступенем складності, клінічним перебігом, об'ємом діагностичних і лікувальних заходів та їх вартістю. Ця система дає можливість проведення всебічного порівняльного аналізу щодо медичної, управлінської та економічної діяльності на рівні регіонів [1, 2, 5]. Кількість категорій складності, як і кількість КСГ, ДЗГ може доволно варіювати [9].

З позиції клініцистів система ДЗГ враховує суттєві показники щодо лікування окремих захворювань та їх угруповань, які сумарно об'єднуються в поняття «складність захворювання», «складність хірургічних втручань». Ця система може слугувати основою не тільки функціональної, але і вартісної моделі медичних послуг [4, 8].

Необхідність формування КСГ і ДЗГ щодо контингенту хворих відділень ЛПЗ продиктована тим, що в діях лікарів в процесі роботи прослідковується потреба виконання певної технології, специфіка якої зумовлена загальноприйнятим комплексом стандартних маніпуляцій, які часто повторюються при обстеженні та лікуванні хворих тої чи іншої локалізації.

З врахуванням основних локалізацій ЛОР-захворювань ми виділили чотири КСГ: захворювання вуха, носа і біляносових синусів, глотки і гортані. Відповідно до потреб, які пред'явлені щодо функції ДЗГ, у межах кожної із чотирьох КСГ проведено перегруповання захворювань, схожих за клінічними ознаками і ступенем складності, в т.ч. і хірургічних втручань. Це дозволило визначити у кожній КСГ п'ять ДЗГ (табл. 1).

На основі вказаної класифікації є можливість оцінити ступінь зайнятості лікаря відділення стаціонару, чи визначення об'єму та інтенсивності його праці за певний термін (місяць, рік тощо), включаючи і хірургічну роботу.

Вказаному аналізу передують визначення принципів, на основі яких лікування хворих певного ступеня складності захворювань оцінюють

Таблиця 1. Приклад поділу ЛОР-захворювань відповідно до клініко-статистичних (КСГ) і діагностично зв'язаних груп (ДЗГ) і ступенів складності захворювань

КСГ	Перший ступінь складності ДЗГ-1	Другий ступінь складності ДЗГ-2	Третій ступінь складності ДЗГ-3	Четвертий ступінь складності ДЗГ-4	П'ятий ступінь складності ДЗГ-5
КСГ-IV	Гострий ларингіт Хронічний ларингіт Фонастенія та інше	Гострий постгрипозний ларинготрахеїт Парези і паралічі гортані Доброякісні новоутворення гортані Функціональна професійна дистонія та інше	Стеноз гортані I і II ступенів Виразковий ларингіт Хронічний ларингіт, ускладнений пахідермією Злоякісні пухлини гортані (біопсія) та інше	Стеноз гортані III ступеня (хірургічне лікування) Травматичні ушкодження гортані (хірургічне лікування) Флегмонозний ларингіт Рак гортані (часткова резекція гортані) та інше	Стеноз гортані IV ступеня (асфіксія) Злоякісні пухлини гортані (екстирпація гортані) Видалення метастатичних пухлин на шиї Рубцеві стенози гортані (хірургічне лікування) Паралічі гортані (хірургічне лікування) Фаринго-ларинго-трахеостоми (пластичні операції) та інше

різною кількістю балів. При цьому беруть до уваги затрату робочого часу, можливість ускладнень у процесі діагностики і лікування, рівень фізичної і психологічної напруженості лікаря [7, 10].

Відповідно до нашої класифікації [8], перший ступінь складності оцінюють в один бал (мінімальна затрата робочого часу, незначна вірогідність ускладнень при загальноузгодженій методиці лікування, мінімальне психологічне напруження лікаря).

Другий ступінь складності – два бали. Та сама характеристика. Трохи більша затрата робочого часу.

Третій ступінь складності – п'ять балів. Значно більша, ніж в перших двох, затрата робочого часу. Можливість таких ускладнень, як кровоте́ча, перфорація перетинки носа, синехії в порожнині носа та інші у випадку порушення технології лікувального процесу.

Четвертий ступінь складності – десять балів. Складність захворювань їх, в тому числі хірургічного лікування, на порядок вища. Вимоги до рівня кваліфікації лікарів – не нижче I категорії. Ці захворювання вимагають значно більшої ніж при третьому ступені затрат робочого часу. Вірогідні більш серйозні ускладнення в процесі лікування (параліч лицьового нерва, лабіринтити, післяопераційні кровоте́чі та інші). Значно вищий ступінь фізичної, розумової і психологічної напруженості в процесі роботи.

П'ятий 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. Значна залежність можливості летального наслідку від об'єму і якості обстеження, своєчасного встановлення діагнозу та проведення максимально можливого об'єму комплексного лікування. Витончена техніка виконання хірургічного втручання. Надзвичайно велика фізична втомлюваність і високий ступінь психоемоційної напруженості лікаря.

Аналіз діяльності лікаря відділення стаціонару дозволяє провести оцінку об'єму і ступеня напруженості праці лікарів за певний термін відповідно до кількості й ступеня складності хворих, яких кожен з них лікував. Така методика дає змогу визначити також об'єм і ступінь інтенсивності хірургічної роботи лікарів відділення стаціонару. Для цього ми пропонуємо поділити всі хірургічні втручання, які виконано у відділенні за певний термін, на п'ять ступенів складності.

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

Перший ступінь складності. Біопсія із ЛОР-органів (крім біопсії із носоглотки і гортані). Первинна хірургічна обробка рани в об'ємі, який можливо виконати в перев'язочній відділенні, поліпотомія вуха, парацентез, пункція верхньощелепної порожнини та інші.

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

Третій ступінь складності. Танзилектомія неускладнена, резекція викривленої хрящової

частини перетинки носа, кріодеструкція піднебінних мигдаликів, конхотомія, поліпоетоміодотомія, неускладнена трахеотомія, аденотомія, біопсія із гортані й носоглотки, ендоларингеальне видалення доброякісних новоутворень та інші.

Четвертий ступінь складності. Радикальна операція на вусі, часткова резекція гортані, фронтоетоміодотомія, гайморотомія, підслизова резекція різко викривленої перетинки носа (всіх її частин), одночасне виконання трьох і більше операцій у носовій порожнині й біляносових синусах, ускладнена танзилектомія і трахеотомія, пластична корекція вушних раковин.

П'ятий ступінь складності. Екстирпація гортані та її розширені варіанти, операція Крайля, одноментна хірургічна санація всіх біляносових синусів, розтин парафарингіальних абсцесів зовнішнім доступом, перев'язка магістральних судин шиї, слухополіпшуючі мікрооперації на вусі, тимпаноплас-

тика, розширені варіанти радикальних операцій на вусі при внутрішньочерепних отогенних ускладненнях, пластичні операції при великих фаринго-ларинго-трахеостомах та інші [7, 8].

Що стосується обґрунтування бальної оцінки вищевказаних ступенів складності хірургічних втручань, то вони відповідають принципам бальної оцінки об'єму та інтенсивності праці лікаря відділення стаціонару в процесі лікування захворювань різних ступенів складності.

Враховуючи специфіку роботи хірургічних відділень, де одним з основних критеріїв діяльності лікаря є хірургічна робота, має практичне значення оцінка конкретного вкладу кожного лікаря в остаточний результат діяльності відділення, в т.ч. і показник його хірургічної активності (табл. 2). Особливістю аналізу роботи хірургічного відділення є те, що ні кількість пролікованих хворих, ні рівень хірургічної активності кожного

Таблиця 2. Визначення об'єму і напруженості хірургічної роботи лікарів стаціонару на прикладі ЛОР-відділення обласної лікарні за один рік

Лікарі	Завідувач відділення			Старший ординатор			Ординатор			Ординатор		
	0,5 окладу			1,0 оклад			1,0 оклад			1,5 окладу		
Ступінь складності операцій	Операції	Бальна оцінка 1 операції	Сума балів	Операції	Бальна оцінка 1 операції	Сума балів	Операції	Бальна оцінка 1 операції	Сума балів	Операції	Бальна оцінка 1 операції	Сума балів
I	33	1	33	87	1	87	84	1	84	49	1	49
II	21	2	42	103	2	106	100	2	200	73	2	146
III	16	5	80	43	5	215	42	5	210	29	5	145
IV	40	10	400	44	10	440	25	10	250	18	10	180
V	1	20	20	2	20	40	-		-	-	-	-
Всього	111		575	279		988	251		744	169		520
Питома вага, %	13,7			34,4			31,0			20,9		
Питома вага операцій, IV-V ст.	31,8			35,6			19,4			13,9		

лікаря не дозволяють оцінити ступінь інтенсивності праці лікаря. Об'єктивна оцінка вказаного аспекту роботи лікарів може бути встановлена тільки шляхом ділення кількості зароблених конкретним лікарем балів із суми "захворювання+операція+асистенція" на кількість фактично використаних цим лікарем робочих годин у процесі лікування хворих (табл. 3).

Показники таблиці наглядно вказують на значний ступінь відмінності в об'ємі та інтенсивності хірургічної роботи кожного лікаря відділення.

Необхідно відзначити, що визначення об'єму та інтенсивності праці лікарів практично неможливе без розробки і застосування відповідних комп'ютерних програм у відділеннях стаціонару ЛПЗ.

## Висновки

1. Необхідною передумовою якісної оцінки об'єму та інтенсивності праці лікарів відділення стаціонару є диференціація захворювань на клініко-статистичні (КСГ), діагностично зв'язані групи (ДЗГ) та ступені складності захворювань і хірургічних втручань.

2. Принципи реалізації рекомендованої диференціації ЛОР-захворювань на КСГ, ДЗГ, ступені складності та їх бальної оцінки в якості організаційних стандартів методологічно придатні до використання в інших (терапія, хірургія) профільних службах ЛПЗ.

3. Аналіз діяльності лікарів відділення хірургічного профілю з використанням наших методик дозволяє визначити конкретний вклад кожного лікаря в кінцевий результат роботи відділення.

Таблиця 3. 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 складністю захворювання	Кількість захворювань і балів за ступенем складності					Всього операцій бали за операції	Кількість операцій і балів за ступенем складності					Бали за асистенцію	Всього балів (операція +захворюван-ня+асистенція)	Хірургічна активність, %	Фактична кількість робочих годин за 11 місяців	Показник інтенсивності роботи
				I	II	III	IV	V		I	II	III	IV	V					
				захворювання – у чисельнику бали – у знаменнику						операції – у чисельнику бали – в знаменнику									
Завідувач відділення 0,5 окладу	6 місяців	179	819	$\frac{39}{39}$	$\frac{50}{100}$	$\frac{64}{320}$	$\frac{22}{220}$	$\frac{7}{104}$	$\frac{210}{715}$	$\frac{104}{104}$	$\frac{53}{106}$	$\frac{21}{105}$	$\frac{24}{240}$	$\frac{8}{160}$	-	1534	117,2	480	3,20
Старший ординатор 1 оклад	9 місяців	356	1605	$\frac{73}{73}$	$\frac{76}{152}$	$\frac{132}{660}$	$\frac{60}{600}$	$\frac{6}{120}$	$\frac{418}{1415}$	$\frac{215}{250}$	$\frac{105}{210}$	$\frac{33}{165}$	$\frac{51}{510}$	$\frac{14}{280}$	35	3055	117,4	1440	2,12
Ординатор 1,5 окладу	10 місяців	514	2172	$\frac{144}{144}$	$\frac{159}{318}$	$\frac{170}{850}$	$\frac{56}{560}$	$\frac{15}{300}$	$\frac{533}{1029}$	$\frac{317}{317}$	$\frac{160}{332}$	$\frac{40}{200}$	$\frac{16}{160}$	-	60	3261	95,1	1600	2,03
Ординатор 1,0 оклад	9 місяців	175	607	$\frac{61}{61}$	$\frac{58}{116}$	$\frac{42}{210}$	$\frac{14}{140}$	$\frac{4}{80}$	$\frac{152}{290}$	$\frac{82}{82}$	$\frac{54}{108}$	$\frac{12}{60}$	$\frac{4}{40}$	-	10	907	86,8	900	1,00

4. Об'єктивний рівень об'єму й інтенсивності роботи лікарів відділення стаціонару можливо визначити тільки шляхом ділення кількості зароблених конкретним лікарем балів із суми "захворювання+операція+асистенція" на кількість фактично використаних цим лікарем робочих годин у процесі лікування хворих.

5. Аналіз і розрахунки, необхідні для оцінки об'єму та інтенсивності роботи лікарів відділень,

повинні виконувати оператори з використанням відповідних комп'ютерних програм.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці методик, які б дозволили розширювати функціональні можливості стандартів якості лікування хворих (протоколів) в плані використання їх у якості економічної категорії (калькуляція і вартість лікувального процесу, в т.ч. і працезатрат лікарів відділень стаціонару).

#### Список літератури

1. Артюхов А. С. Возможности применения диагностически связанных групп для оценки деятельности учреждений здравоохранения в новых условиях хозяйствования / А. С. Артюхов, Л. Ф. Скворцов, Н. Г. Дедова // Социально-гигиенические, медицинские и экономические аспекты управления здравоохранением. – Ижевск, 1989. – С.144–145.
2. Баяджан В. А. Медицинское страхование и использование диагностически связанных групп. / В. А. Баяджан, О. П. Щепин // Советское здравоохранение. – 1991. – № 5. – С. 12–18.
3. Корнийчук О. П. Шляхи ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я, в першу чергу у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях і місті Києві / О. П. Корнийчук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2004. – № 3. – С.78–85.
4. Корчагин В. П. Теоретические основы экономической реформы здравоохранения / В. П. Корчагин // Экономические проблемы реформы здравоохранения – М., 1991. – С. 6–23.
5. Обухов О. А. Определение затрат по отдельным КСГ в условиях стационара / О. А. Обухов, Л. И. Введенская, И. А. Шаповалов // Экономика здравоохранения. – Ижевск, 1990. – С.141-144.
6. Наенко В. Ф., Аронов О. В. Ценообразование на медицинские услуги – наиболее важный рычаг в новых хозяйственных отношениях в здравоохранении / В. Ф. Наенко, О. В. Аронов // Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Житомир, 1992. – С. 106–108.
7. Самоходський В. М. Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління отоларингологічної служби на етапі переходу до БСМ : автореф. дисс. на соискание научн. степени докт. мед. наук / В. М. Самоходський. – Київ, 1994. – 32 с.
8. Самоходський В. Н. Больница страховой медицины: натурный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы). – Кировоград, 2004. – 242 с.
9. Шатило В.І. Економічні важелі в діяльності закладів охорони здоров'я. / В. І. Шатило, В. І. Бистрицька, П. П. Лябих. В кн. Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Житомир, 1992. – С. 132–133.

**ВАРИАНТ ТЕХНОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА И ИНТЕНСИВНОСТИ ТРУДА ВРАЧЕЙ  
ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА**

*В. Н. Самоходский* (Кировоград)

В плане повышения качества и эффективности медицинской помощи предлагается вариант организационного стандарта технологии определения объема и интенсивности труда врачей отделения стационара ЛПУ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **объем и интенсивность труда врачей.**

**A VARIANT OF THE TECHNOLOGY OF DEFINING THE VOLUME AND INTENSITY OF LABOUR OF  
DOCTORS OF IN-PATIENT DEPARTMENT**

*V. N. Samohodskiy* (Kirovohrad)

In order to enhance the quality and effectiveness of medical aid the author suggests a variant of organizational standard of the technology of defining the volume and intensity of the labour of doctors of in-patient department of a medical institution.

KEY WORDS: **volume and intensity of the labour of doctors.**

*Рецензент: д. мед. н., проф. О. М. Голяченко.*