

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ НАГРУЗКИ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Г.А. Пономарева, Т.В. Большова

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Управление здравоохранения администрации г. Рязани

В статье приведены результаты работы по научному обоснованию оптимизации нагрузки врачей различных специальностей, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях Рязанской области. Приводятся данные о том, что мероприятия по оптимизации нагрузки врачей-специалистов муниципального здравоохранения являются управленческим решением, направленным на повышение доступности и качества медицинской помощи населению.

Ключевые слова: оптимизация, нагрузка врачей, медицинская помощь.

Значительная интенсификация лечебно-диагностического процесса, уменьшение средних сроков лечения наряду с увеличением затрат времени врача на одного пролеченного пациента обусловили объективную необходимость пересмотра норм нагрузки врачей-специалистов, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В 2005 году Управлением здравоохранения Рязанской области проведена работа по оптимизации нагрузки врачей различных специальностей, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Для этого была создана комиссия, состоящая из главных штатных и внештатных специалистов области, главных врачей лечебно-профилактических учреждений (руководитель комиссии - Большова Т.В.).

Несостоятельность прежних нормативов врачебных должностей и норм нагрузки (функции врачебной должности) была обусловлена такими факторами, как изменение возрастной структуры населения (его постарение); увеличение доли хронических больных, особенно в сельской местности; повышение уровней общей и первичной заболеваемости; ограничение госпитализации больных в связи с изменившейся концепцией здравоохранения, ориентированной на интенсификацию и сокращение сроков стационарного лечения; перенос части объемов медицинской помощи со стационарного на амбулаторно-поликлиническое звено; развитие стационарзамещающих технологий; усиление профилактической работы; рост возможностей рациональной лекарственной терапии в связи с реализацией Федерального закона от 22.08.2004г. № 122 – ФЗ и приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.03.2006 г. № 188 «О порядке и объеме проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях».

Наряду с вышеперечисленным, о необходимости пересмотра норм нагрузки врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического звена свидетельствовали: несопоставимость расчетов врачебных должностей и нормативов числа посещений на 1000 жителей, отсутствие нормативов числа посещений на 1000 населения к врачам таких специальностей, как пульмонология и гастроэнтерология. Также отсутствовали нормативы нагрузки врачей следующих специальностей: онкологов, фтизиатров, психиатров, наркологов, стоматологов.

Материалы и методы

В 2005 году с целью учета сложившейся в последние годы нагрузки врачей амбулаторно-поликлинического звена в Рязанской области был организован и проведен хронометраж рабочего времени врачей основных специальностей, работающих в поликлиниках г. Рязани и центральных районных больницах.

К должностям врачей амбулаторного приема относятся все должности врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, кроме: врачей клинической лабораторной диагностики, бактериологов, рентгенологов, физиотерапевтов, врачей функциональной и ультразвуковой диагностики, мануальной терапии, эндоскопистов, рефлексотерапевтов, врачей по лечебной физкультуре и спортивной медицине, статистиков, врачей пунктов (отделений) медицинской помощи на дому, здравпунктов, врачей – руководителей.

Основой для определения плановой функции врачебной должности врачей амбулаторного приема амбулаторно-поликлинического учреждения служат расчетные нормы нагрузки на один час работы на тот или иной вид деятельности. При этом учитываются посещения по поводу заболевания или профилактического осмотра, в том числе по месту оказания медицинской помощи (в поликлинике или на дому), а также затраты эффективного рабочего времени на указанные виды деятельности. В работе использовалась методика, утвержденная приказом управления здравоохранения Рязанской области № 300 от 01.08.2006г. (приложение № 2).

Плановая функция врачебной должности рассчитывается по формуле:

$$\Phi = B_1 * N_1 + B_2 * N_2 + B_3 * N_3 + B_4 * N_4 + Ч$$

где: Φ – функция врачебной должности;

$B_1, 2, 3, 4$ – эффективное рабочее время в году в часах (на приеме, на профилактических и диспансерных осмотрах, на дому, на консультативном приеме);

$N_1, 2, 3, 4$ – расчетные нормы нагрузки (на приеме, на профилактических и диспансерных осмотрах, на дому, на консультативном приеме);

$Ч$ – число планируемых операций.

Эффективное рабочее время в году в часах складывается из годового бюджета рабочего времени врача амбулаторного приема, умноженного на поправочный коэффициент, использования рабочего времени должности врача амбулаторного приема на основную лечебно-профилактическую деятельность, равный 0,923.

Годовой бюджет рабочего времени (ГБ) должности врача амбулаторного приема рассчитывается по формуле:

$$ГБ = m * q - n - z,$$

где: m – число часов работы в день (по пятидневной рабочей неделе);

q – число рабочих дней в году (по пятидневной рабочей неделе);

n – число часов уменьшения рабочего дня, предшествующего праздничному не рабочему дню (в течение года);

z – отпускной период времени (в рабочих часах).

При вычислении годового бюджета рабочего времени используется производственный календарь на рассчитываемый год.

$$\text{ЭРВ} = \text{ГБ} * 0,923,$$

где: ЭРВ – эффективное рабочее время;

ГБ – годовой бюджет рабочего времени;

0,923 – коэффициент использования рабочего времени.

Эффективное рабочее время врача амбулаторного приема распределяется

на:

- время работы на приеме в поликлинике;
- время работы на дому (для врачей, обслуживающих вызовы на дому);
- время, затраченное на проведение медицинских, профилактических или диспансерных осмотров (если планируется выделение этого времени);
- другие возможные работы (операции и прочие).

При планировании числа посещений для врачей – терапевтов участковых, педиатров участковых и врачей общей практики (семейных врачей) предусматривается выделение часов работы на дому, для врачей прочих специальностей, как правило, часы работы на дому не выделяются. Возможно, выделение отдельного времени на проведение профилактических и диспансерных осмотров населения (в том числе по дополнительной диспансеризации граждан).

Число проведенных амбулаторных операций учитывается в зависимости от сложности и затрат времени на их проведение, как дополнительные посещения.

Результаты и их обсуждение

В результате выполненных хронометражных исследований были рассчитаны новые минимальные нормы нагрузки на одну ставку врача-специалиста по профилям (таблица 1).

Из данных, представленных в таблице, следует, что выполненный перерасчет привел к существенному снижению минимальных норм нагрузки для ряда врачебных специальностей амбулаторно-поликлинического звена муниципального здравоохранения. В частности, для поликлиник г. Рязани наибольшее снижение норм нагрузки произошло по профилю неврология и травматология, соответственно на 20,6% и 20%. Далее, в порядке убывания снижения минимальной нормы нагрузки следовали специалисты по следующим профилям: офтальмология (на 19,1%), хирургия (на 17,9%) и отоларингология (на 13,8%).

Таблица 1.

**Предлагаемые изменения минимальных норм нагрузки
(в расчете на 1 ставку врача-специалиста по профилям)**

Наименование профилей	г. Рязань			ЦРБ		
	предусмотренная в тарифах на мед. помощь	предлагаемая к изменению	Снижение, в %	предусмотренная в тарифах на мед. помощь	предлагаемая к изменению	Снижение в %
терапия	4500	4500	0	4500	4500	0
гастроэнтерология	3000	3000	0			
гинекология	4300	4300	0	3800	3800	0
дерматология	2100	2100	0			
инфекция	2750	2750	0			
кардиология	4700	4700	0	4700	4700	0
неврология	6300	5000	20,6	5500	5000	9,1

нефрология	4100	4100	0			
отоларингология	5800	5000	13,8	5000	4800	4,0
офтальмология	6800	5500	19,1	5200	4800	7,7
проктолог						
пульмонолог	2400	2400	0			
ревматология	4500	4500	0	4000	4000	0
травматология	7500	6000	20,0	7500	5500	26,7
уролог	4300	4300	0	4300	4300	0
хирургия	6700	5500	17,9	6500	4800	26,2
эндокринология	5000	5000	0	4800	4800	0

В ходе перерасчета минимальных норм нагрузки для врачей-специалистов центральных районных больниц наибольшее снижение вышеназванных показателей отмечалось по травматологии и хирургии, соответственно на 26,7% и 26,2%. Наряду с этим наблюдалось снижение вышеназванного показателя по неврологии на 9,1%, офтальмологии и оториноларингологии соответственно на 7,7% и 4,4%.

Следует отметить, что приведенное выше уменьшение минимальных норм нагрузки на 1 врачебную ставку, при сохранении на прежнем уровне показателя эффективного рабочего времени привело к изменению средней длительности амбулаторного приема (таблица 2).

Таблица 2

**Изменение средней длительности амбулаторного приема
врачей-специалистов по профилям (в минутах)**

Наименование профилей	г. Рязань		ЦРБ	
	до изменения	после изменения	до изменения	после изменения
неврология	12,6	15,9	14,5	15,9
отоларингология	13,7	15,9	15,9	16,6
офтальмология	11,7	14,5	15,3	16,6
травматология	10,6	13,3	10,6	14,5
хирургия	11,9	14,5	12,3	16,6

Из представленных данных видно, что в амбулаторно-поликлических учреждениях г. Рязани, до изменения минимальных норм нагрузки на ставку врача-специалиста, средняя длительность амбулаторного приема находилась в пределах от 10,6 минут до 13,7 минут. При этом минимальная средняя длительность приема наблюдалась у травматолога, а максимальная – у оториноларинголога. Следует отметить, что изменение средних норм нагрузки на врачебную ставку привело к увеличению средней длительности амбулаторного приема врачей-специалистов по профилям. При этом вышеназванный показатель находится в пределах 13,3 – 15,9 минут и является наибольшим у невролога и оториноларинголога, а наименьшим – у травматолога.

В поликлиниках ЦРБ до изменения средних норм нагрузки на ставку врача-специалиста наименьшая средняя длительности амбулаторного приема, также как и

в поликлиниках г. Рязани, была у травматолога и составляла 10,6 минуты. При этом наибольшее значение вышеназванного показателя было у отоларинголога (15,9 минуты). Изменение средних норм нагрузки на ставку врача-специалиста привело к увеличению средней длительности амбулаторного приема у травматолога до 14,5 минут, у невролога – до 15,9 минут, а у отоларинголога, офтальмолога и хирурга – до 16,6 минут.

Полученные материалы были доведены до главных врачей лечебно-профилактических учреждений Рязанской области на коллегии.

Выводы

Таким образом, научно обоснованное изменение средних норм нагрузки врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического звена по профилям, учитывающее современные особенности медико-демографической ситуации и заболеваемости населения в Рязанской области, позволяет существенно увеличить время амбулаторного приема, следовательно, является действенным инструментом повышения качества обслуживания пациентов и удовлетворенности оказанной им медицинской помощи.

WORKING LOAD OPTIMIZATION PATH OF VARIOUS SPECIALITY POLICLINIC DOCTORS

G.A. Ponomareva, T.V. Bolshova

The article represents the results of study of working load optimization path's scientific substantiation of Ryazan region various speciality polyclinic doctors. Advance data that municipal health service doctor's working load optimization is the managerial decision and leads to rising of medical help availability and quality.

Key words: optimization, doctors' duty, medical help

Пономарева Г.А. – заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО, д.м.н., профессор ГОУ ВПО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава; root@ryazgmu.ryazan.ru
Большова Т.В. – заместитель начальника Управления здравоохранения администрации г. Рязани; Tania-Bolshova67@yandex.ru