

В.М. САМОХОДСЬКИЙ (Кіровоград)

ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ ТА ВАРТОСТІ ПРАЦЕЗАТРАТ АМБУЛАТОРНИХ ЛІКАРІВ І ВАРІАНТИ СТИМУЛЮВАННЯ ЇХНЬОЇ ПРАЦІ

Кіровоградський інститут розвитку людини «Україна»

На основі розроблених автором організаційних і медико-економічних стандартів пропонуються методики визначення об'єму та вартості працездатності лікарів поліклініки, а також варіанти стимулювання їхньої праці.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: організаційні і медико-економічні стандарти, нормативні і понаднормативні працездатності і їх вартість, мотивація праці лікаря.

Загальновідомо, що в поліклініках, де працюють два і більше лікарів одного фаху, внаслідок різних причин не спостерігається однаковий об'єм працездатності, хоча кожному з них нараховується при інших рівних умовах (стаж, категорія) однакова заробітна плата. Очевидно, що ця ситуація, успадкована разом з соціалістичною системою охорони здоров'я, вкрай несправедлива по відношенню до кращої частини наших лікарів, які працюють самовіддано і висококваліфіковано. Досить часто об'єм їх працездатності та вартість останніх фактично перевищує той рівень, що формально відповідає офіційній тривалості робочого часу і розміру заробітної плати.

Одним із суттєвих заохочувальних мотивів лікарської праці є матеріальне стимулювання. Тим не менше, при всій очевидній актуальності даної проблеми питанням адекватного стимулювання на основі науково обґрунтованого визначення їх працездатності не приділяється достатньої уваги.

Мета дослідження. Оскільки економічна оцінка об'єму працездатності лікарів залежить від ступеня їх розумового, фізичного і психологічного навантаження [13], нами поставлена мета на основі організаційних та медико-економічних стандартів [4;7;15;16] обґрунтувати можливість визначення об'ємів працездатності та їх вартості відповідно до рівня кваліфікації лікарів та ступеня складності захворювань за допомогою бальної оцінки їх роботи, що, на нашу думку, є передумовою для реалізації відповідних заохочувальних мотивів, в т. ч. і матеріального стимулювання праці лікаря.

Матеріали і методи. Низка організаційних і медико-економічних механізмів, таких як роз-

поділ захворювань на клініко-статистичні групи (КСГ) і ступені їх складності по результатам хронометражних досліджень, принципи розрахунку нормативних та понаднормативних об'ємів роботи лікаря, обґрунтування системи бальної оцінки останніх, механізм визначення вартості працездатності лікаря, – це ті розділи, які лягли в основу визначення об'єму працездатності та їх вартості щодо лікарів поліклініки [8;11;14;17].

Тільки економічні важелі, які приводять до певних фінансових розрахунків, можуть забезпечити те, що так необхідно хворому, – якість медичного обслуговування [7;18;22]. А це потребує науково обґрунтованої розробки методик оцінки рівня складності праці медичного персоналу, що буде слугувати вирішенню проблеми диференційованої оплати їх праці та визначення нормативної вартості медичної послуги [1;6;21]. Система КСГ забезпечує оцінку об'єму роботи лікаря, якість медичної допомоги, диференціацію оплати праці медиків [10].

Норма, як міра праці, яка використовується для оцінки праці, слугує основою її оплати [2].

Зазначенні вище принципи формування нормативів праці, які виконують роль економічних нормативів, ми взяли за основу визначення працездатності лікаря поліклініки.

Результати дослідження та їх обговорення. Як приклад практичної реалізації вищезазначених організаційних стандартів демонструємо методику визначення працездатності та їх вартості у лікарів отоларингологів поліклініки, алгоритм роботи яких в розділі діагностика і лікування організовано в принципі є такими, як і у інших профільних фахівців поліклініки. Щодо вказаної спеціальності вважаємо логічним і доцільним з урахуванням діагностичних, клінічних і лікувальних особливостей отоларингологічних захворювань розподілити на чотири клініко-

статистичні групи (КСГ) - хвороби вуха, носа і біляносових синусів, глотки та гортані.

Як зазначалось, одним із критеріїв об'єму та напруженості роботи лікаря на амбулаторному прийомі є ступені складності виконуваної ним роботи. З огляду на логічне уявлення про працю лікаря і результати проведеного хронометражу ми виділили три ступеня складності: пер-

ша – це профілактичні огляди, другий і третій представляють діагностика та лікування захворювань ЛОР-органів. Для одержання обґрунтованих показників хронометраж виконувався щодо кожної із вказаних КСГ окремо [14;15]. Як приклад, демонструємо визначення хронометражних показників другого ступеня складності захворювань всіх КСГ (табл. 1;2;3;4)

Таблиця 1. Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності. КСГ-1 Захворювання вуха (ступінь складності II)*

№ з\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 ділянки вух, отоскопія (можливо видалення сірки, корок та інше).	3 хв	1 хв
3	Використання мікроскопії (воронка Зілля, мікроскоп та інше).	2 хв	1 хв
4	Тест на сприйняття мови (пошепки та розмовної мови).	2 хв	1 хв
5	Риноскопія (можлива анемізація слизової оболонки носа)	2 хв	30 с
6	Задня риноскопія (можлива анестезія зіва)	2 хв	30 с
7	Обстеження носоглотки (пальцева проба) в т.ч.у дітей.	2 хв	—
8	Запис в амбулаторній карті (анамнез,об'єкт статус, діагноз,назначення,рекомендації та інше.)	3 хв	2 хв
9	Виписка рецептів ,лікарняного листа, заключення, та інше.	3 хв	2 хв

Примітка: *в середньому другий ступінь складності – 14,5 хв.

Таблиця 2. Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності. КСГ -2 Захворювання носа та біляносових пазух (ступінь складності II)*

№ з\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 біляносових пазух, передня риноскопія (можлива анемізація слизової оболонки носа), вивчення R –грам, висновків інших обстежень.	5 хв	1 хв
3	Задня риноскопія (можлива анестезія зіва).	3 хв	1 хв
4	Фарингоскопія	30 с	10 с
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіва).	3 хв	1 хв
6	Отоскопія (можливо видалення сірки, корок та інше).	2 хв	30 с
7	Запис в амбулаторній карті (анамнез, обект статус, діагноз, назначення, рекомендації та інше.)	3 хв	2 хв
8	Виписка рецептів, лікарняного листа, заключення, довідки, направлення, рекомендації та інше.)	3 хв	2хв
	Загалом	21 хв 30 с (1290 с)	8 хв 40 с (520 с)

Примітка: *в середньому другий ступінь складності – 15,08 хв.

Таблиця 3. Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності. КСГ -3 Захворювання глотки (ступінь складності II)*

№ з\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	Фарингоскопія (можлива анестезія зіва для подолання глоточного рефлекса).	2 хв	10 с
3	Задня риноскопія (можлива анестезія зіва і фіксація піднебінної завіски по Ундрицю).	5 хв	30 с
4	Риноскопія(можлива анестезія слизової оболонки носової порожнини)	2 хв	30 с
5	Непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіва)	3 хв	1 хв
6	Отоскопія (можливо видалення сірки, корок та інше).	2 хв	30 с
7	Запис в амбулаторній карті (анамнез, обект, статус, діагноз, назначення, рекомендації та інше.)	3 хв	2 хв
8	Виписка рецептів, лікарняного листа, заключення, довідка, направлення, рекомендації та інше.)	3 хв	2 х.
	Загалом	21 хв (1260 с)	7 хв 40 с (640 с)

Примітка: *в середньому другий ступінь складності –14,3 хв

Таблиця 4. Хронометраж основних технологічних елементів отоларингологічних захворювань в процесі амбулаторного прийому хворого II ступеня складності. КСГ -4 Захворювання гортані (ступінь складності II)*

№ з\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, пальпація ділянки гортані, непряма ларингоскопія (можлива анестезія зіва і гортаноглотки та інше).	5 хв	1 хв
3	Фарингоскопія	30 с	10 с
4	Передня риноскопія (можлива анемізація слизової оболонки та інше)	2 хв	30 с
5	Отоскопія (можливо видалення сірки, корок та інше).	2 хв	1 хв
6	Запис в амбулаторній карті (анамнез, обект статус, діагноз, назначення, рекомендації та інше)	3 хв	2 хв
7	Виписка рецептів, лікарняного листа, заключення, довідки, направлення, рекомендації та інше)	3 хв	2 хв
	Загалом	16 хв (960 с)	7 хв 40 с (640 с)

Примітка: *в середньому другий ступінь складності –11,8 хв

Таким чином, витрата часу на хворих всіх отоларингологічних локалізацій II ступеня складності в середньому складає:

$$14,5+15,08+14,3+11,8:4 = 14 \text{ хв}$$

Аналогічно одержані хронометражні показники I та III ступеня складності, в результаті чого працезатрати лікаря, які відносяться до I ступеня складності на одне відвідування склали 8 хв, III – 25хв, [15;17].

Представлений розрахунковий норматив працезатрат лікаря поліклініки є одночасно і економічним нормативом, який може отримати вартісну оцінку у вигляді певної частини встановленої

державної заробітної платні лікаря. Для цього була використана формула: Ст.= Гф х Вт х Кп: Гб [17], де Ст. – річний фонд заробітної плати лікаря, Вт – технологічний (нормативний) термін на одне відвідування, Кп – поправочний коефіцієнт розрахункових норм часу, Гб – річний бюджет робочого часу лікаря.

Для одержання інформації про річний бюджет заробітної плати ми скористалися даними про мінімальну тарифну ставку лікаря отоларинголога, розмір якої відповідно до наказу Міністра праці і соціальної політики України від 05.10.2005р. № 308\519, становить без враху-

вання кваліфікаційної категорії і стажу – 1182 грн за один місяць, чи 14184 грн – за рік. Річний бюджет робочого часу ЛОР-лікаря поліклініки розрахований відповідно до ст. 77 Кодексу законодавства України про охорону здоров'я, на підставі якого тривалість робочого дня даного лікаря на одну ставку становить 7 год 42 хв (чи 462 хв). Виходячи з цього, з врахуванням кількості робочих днів року (250) вираховується річний бюджет робочого часу лікаря поліклініки – 115500 хв (462 хв x 250 днів).

Що стосується поправочного коефіцієнта K_p , то він включає в структуру робочого дня лікаря т.зв. підготовчо-заклучні розділи роботи (30 хв), технологічні перерви (дві по 10 хв) і технологічний час на прийом відвідувачів. Вказаний коефіцієнт розраховується по формулі: $K_p = P : D$ [17], де: K_p – поправочний коефіцієнт, P – тривалість робочого дня лікаря, D – час, необхідний для виконання працезатрат. У нашому випадку: $K_p = 462 \text{ хв} : (462 \text{ хв} - 50 \text{ хв}) = 1,12$.

Як приклад, демонструємо розрахунок вартості працезатрат лікаря у випадку прийому хворого III ступеня складності:

$Ст. = 14184 \text{ грн} \times 25 \text{ хв} \times 1,12 : 115500 \text{ хв} = 3,44 \text{ грн}$

Аналогічно визначається вартість працезатрат лікаря, коли він приймає відвідувачів I та II ступеня складності, яка у нашому випадку складає 1,10 і 1,93 грн відповідно.

Система підвищуючих коефіцієнтів [7; 17] розміру вартості дозволяє внести відповідні поправки до визначення вартості виконаного прийому хворих лікарями залежно від різниці у їх кваліфікації та стажі. Припустимо, що амбулаторний прийом хворих проводить лікар I атестаційної категорії і стажем роботи більше 10 років. У цьому випадку застосовується т. зв. підвищуючий коефіцієнт. Для його визначення [17] враховується розмір мінімальної місячної тарифної ставки лікаря, розмір надбавки за I категорію і за стаж (1182 грн + 150 грн + 272 грн) – 1634 грн. Співвідношення вказаної заробітної платні до розміру мінімального посадового окладу лікаря складає величину його підвищуючого коефіцієнта (1634 грн : 1182 грн) – 1,38.

Таким чином, вартість працезатрат лікарів з більш високою кваліфікацією збільшується відповідно до його категорії і стажу. В згаданому вище випадку вартість прийому хворого III ступеня складності вже буде складати (3,44 грн x 1,38) – 4,75 грн.

З метою спрощення оціночної характеристики результатів роботи лікаря на амбулаторному прийомі за визначений термін (робочий день, місяць, рік) вважаємо доцільним застосовувати систему бальної оцінки. Остання виконує роль оціночних умовних або нормативних одиниць

працезатрат [15]. Система бальної оцінки аналізованої роботи передбачає відповідність одиниці працезатрат лікаря такої, як один профілактичний огляд, – одному балу. Потім із збільшенням працезатрат в зв'язку з прийомом хворих на ростаючого 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 – 8, 14 та 25 хв. відповідно, а робота лікаря I ступеня складності оцінена в один бал, то другий ступінь повинен бути оцінений в (14 хв : 8 хв) – 1,7 бала, а третій – в 3,13 бала (25 хв : 8 хв).

Нормативний об'єм роботи лікаря поліклініки занятого на одну ставку і технологічний норматив працезатрат якого відповідає стандартній тривалості робочого дня – 7 год 42 хв можна оцінити балами з врахуванням вищезгаданого поправочного коефіцієнта (K_p) .

Наприклад, в одному кабінеті за один робочий день прийнято відвідувачів : I ступеня складності – 5 (8 хв x 5) – 40 хв робочого часу лікаря. Зароблено 5 балів (5x1 бал), II ступеня – 11 хворих (11x14 хв) – 172 хв робочого часу, зароблено (11x1,7 бала) – 19 балів і III ступеня складності – 7 хворих (7x3,13 бала) – 22 бала. Всього – 46 балів (413 хв). Тобто, 46 балів, це той максимум, яким може бути оцінена нормативна праця лікаря за один день (7 год 42 хв)

Оскільки одним із основоположних принципів нашої охорони здоров'я є доступність і безвідмовність медичної допомоги, то регулювати норму прийому хворих практично неможливо. Тому особливістю даної роботи є готовність прийому кожного дня більшої ніж норматив, кількості відвідувачів, що потребує від персоналу виконання понаднормативного об'єму медичної роботи, тобто «змінної», і частини, яка, на думку В.М. Лехан [9], підлягає додатковій оплаті. Наприклад, в згаданому кабінеті той же лікар за один робочий день прийняв 12 відвідувачів з приводу профілактичного огляду (12 балів), 15 хворих II ступеня складності – 25 балів, 7 хворих III – 22 бала, всього – 59 балів. Очевидно, що у даному випадку рівень понаднормативного об'єму роботи лікаря оцінюється в 13 балів (59-46). Маючи, як відзначалось вище, розрахункову вартість одного бала – 1,1 грн, можливо визначити вартість вказаних понаднормативних працезатрат лікаря: 13 балів x 1,1 грн = 15,4 грн.

Система бальної оцінки по кінцевим результатам праці лікаря на амбулаторному прийомі дозволяє визначити розмір адекватного матеріального стимулювання, а також запропонувати варіанти інших заохочувальних мотивів високопродуктивної праці. Припустимо, що адміністрація поліклініки, де працюють три лікаря одного фаху, по результатам їх праці за квартал виді-

лила премію в розмірі 3000 грн. Відомо, що лікар «А» за вказаний період заробив 38 понаднормативних балів, лікар «Б» – 65 і лікар «В» всього 22. Сума всіх балів складає 125. В даному випадку вартість одного бала – 24 грн (3000 грн:125). Відповідно лікар «А» одержує премію в розмірі (24 грн х38) – 912 грн. лікар «Б» – (24х65) – 1560 грн, лікар «В» – (24х22) – 528грн.

Практична реалізація вказаних вище рекомендацій, які будуть виконуватись по єдиній технології в ЛПУ регіону, дозволить встановити відповідний професійний рейтинг серед лікарів кожної спеціальності шляхом порівняння кількості зароблених балів, наприклад, за підсумками року. Очевидно, що найвищий рейтинг лікаря (в ЛПУ, районі, місті, області), крім перспективи визначення розміру матеріальних стимулів, є суттєвим фактором мотивації якісної і ефективної роботи.

Щодо лікарів, які внаслідок різноманітних причин не користуються авторитетом пацієнтів і робота яких оцінюється кількістю балів, меншою, ніж нормативна, у адміністрації ЛПУ можуть виникнути обґрунтовані аргументи для оголошення конкурсу на заміщення посад цих лікарів.

Представлені розрахунки показують, що в умовах бюджетного фінансування є немало резервів, раціональне використання яких дозволяє провести визначення працезатрат по кінцевим результатам роботи лікаря відповідно до рівня кваліфікації, об'єму і якості роботи кожного співробітника ЛПУ.

Слід підкреслити, що реалізація рекомендованих методик передбачає створення спеціаль-

ної комп'ютерної програми обов'язкової для всіх ЛПУ регіона. Їх використання виключила би необхідність проводити відповідні розрахунки працезатрат та їх вартості безпосередньо лікарями ЛПУ.

Висновки

1. Принципово важливим є обов'язкове дотримання лікарем оптимальної моделі обстеження і лікування.

2. Практична реалізація алгоритму вказаних організаційних стандартів передбачає необхідність певної підготовчої роботи по розподілу захворювань на КСГ, ступені складності, хронометражу та бальної оцінки останніх з врахуванням загальноузгоджувальних методик.

3. Розрахунки зароблених лікарями балів та вартості їх нормативних і понаднормативних працезатрат виконуються за конкретний термін (місяць, квартал, рік) операторами відповідно до розробленої комп'ютерної програми.

4. Контроль достовірності та якості інформації, яка вноситься в комп'ютер, покладається на лікарів, завідуючих профільними відділеннями та адміністрацію ЛПУ.

5. Відсутність умов для матеріального стимулювання за понаднормативну роботу може бути компенсована іншими адекватними способами заохочення, в т. ч. присвоєння лікарю більш високого професійного рейтингу в ЛПУ, регіоні та інше.

Перспективи подальших досліджень полягають в обґрунтуванні можливості визначення об'ємів працезатрат та їх вартості у лікарів стаціонарних відділень ЛПУ, в т. ч. вартості хірургічних втручань.

Список літератури

1. *Борисовский В. С.* Опыт использования современных форм организации и оплаты труда в условиях городской поликлиники. / В. С. Борисовский, С. Т. Пушин, В. Ф. Посный // В кн. Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України. / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Житомир. – 1992. – с. 13-15.
2. *Гаврилов В. А.* Оценка эффективности труда медицинского персонала учреждения здравоохранения. / В. А. Гаврилов, Ю. Н. Мисник // Экономика здравоохранения: Материалы рясп. Пленума научного совета, Ижевск. – 1990. – с.10-11.
3. *Гаврилов В. А., Мисник Ю. Н.* Инструкция по определению расценок на исследования и процедуры вспомогательной лечебно- диагностической службы учреждений здравоохранения. // ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением Н. А. Семашко. – 2-е изд. переработ – М. 1991. – 33 с.
4. *Голяченко О. М., Голяченко А. О.* Економіка української здоровоохорони (О. М. Голяченко, А. О. Голяченко.) Вінниця. «Віноблдрукарня», 1996. – 100 с.
5. *Голяченко О. М.* Організаційні проблеми гарантованого обсягу медичної допомоги, які має вирішити самостійна Україна. / О. М. Голяченко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2004. – № 3. – с. 46-50.
6. *Карпачова М. П.* К вопросу дифференцированной оплаты труда в условиях свободного выбора участковых врачей – терапевтов / М. П. Карпачова, М. В. Потехина, В. М. Колитин, В. Г. Эристова // Вопросы совершенствования организации и оплаты труда в здравоохранении. М.: 1989. – с. 35-38.
7. *Корнійчук О. П.* Шляхи ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я в першу чергу у Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві / О. П. Корнійчук // Вісник.соц.гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – №3. – с. 78-85.
8. *Коренев Н. М.* Системный анализ затрат рабочего времени в амбулатории общей практики – семейной медицины. Харьковской области. / Н. М. Коренев, Т. Г. Сулима, Т. В. Пересыпкина // Семейна медицина. – 2010 – №3 – с.15-20.

9. Лехан В. М. Система охорони здоров'я в Україні : підсумки, проблеми, перспективи (В. М. Лехан). – К.: Сфера. 2002. – 28 с.
10. Обухов О. А., Веденская А. И., Шаповалов И. А. Определение затрат по отдельным КСГ в условиях стационара. // Экономика здравоохранения. Ижевск. – 1990. – с. 141-144.
11. Самоходский В. Н. Оценка степени занятости отоларинголога в соответствии с клинико-статистическими группами. // VII Съезд отоларингологов УССР. – 1989. – с. 339-340.
12. Самоходский В. Н. К технологии определения трудозатрат и их стоимости в амбулаторно-поликлинической работе // В. Кн. Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України. / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Житомир. – 1992. – с. 108-109.
13. Самоходский В. Н. К технологии определения степени напряженности работы врачей. // Соц. гигиена, организация здравоохранения и история медицины. / Респ. межведомственный сборник. К. – 1994. – Вып. 25. – с. 88-91.
14. Самоходский В. М. Наукове обґрунтування медико-економічних механізмів реформування управління отоларингологічної служби на етапі переходу до БСМ. / Авт. докторск. дисертації. – Київ, 1994. – 32 с.
15. Самоходский В. Н. Больница страховой медицины: натуральный эксперимент (организационные, медико-экономические и правовые механизмы). – Кировоград. – 2004. – 242 с.
16. Самоходский В. Н. Роль і місце організаційних стандартів як критеріїв у структурі стандарту якості діагностики та лікування в рамках профільних служб регіональної лікувальної установи. // Вісник соц. гігієни та орг.охорони здоров'я України. – 2007. – №2. – с. 72-76.
17. Самоходский В. Н. До методики визначення вартості працезатрат сімейного лікаря при виконанні профілактичних оглядів // Вісник соц. гігієни та орг.охорони здоров'я України. – 2011. – №1. – с. 73-78.
18. Самоходский В. М. Оптимальна модель профілактичних оглядів, як організаційний стандарт для сімейного лікаря // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – №3. – с. 65-70.
19. Шатило В. И., Бистрицька В. И., Лябих П. П. Економічні важелі в діяльності закладів охорони здоров'я // В кн. Підсумки та проблеми освоєння нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Житомир. – 1992. – 132-133.
20. Шипова В. М., Гаврилов В. А., Инструкция по нормированию труда врачей амбулаторного приема. М: 1989. 16 с.
21. Шипова В. М., Гаврилов В. А., Мисник Ю. Н. Нормирование труда в здравоохранении. // Советское здравоохранение. – 1991. – №5. – с. 3-10.
22. Юрченко В. Д. Знояковский В. Я., Панкова Т. В. [та інші] Шаг к страховой медицине. // Підсумки та проблеми нового господарського механізму в системі охорони здоров'я України / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Житомир. – 1992. – с. 135-137.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА И СТОИМОСТИ ТРУДОЗАТРАТ АМБУЛАТОРНЫХ ВРАЧЕЙ И ВАРИАНТЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ ИХ ТРУДА

В. Н. Самоходский (Кировоград)

На основании разработанных автором организационных и медико-экономических стандартов предлагаются методики определения объема и стоимости трудозатрат врачей поликлиник, а также варианты стимулирования их труда.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: организационные и медико-экономические стандарты, нормативные и сверхнормативные трудозатраты, мотивация труда врачей.

DETERMINATION OF VOLUME AND COST OF LABOUR EXPENDITURES OF OUTPATIENT DOCTORS AND VARIANTS OF THEIR LABOUR STIMULATION

V.M. Samohodskiy (Kirovohrad)

The article offers methods of determining the volume and cost of labour expenditure of policlinic doctors and the variants of their labour stimulation on the basis of organization and medical and economic standards worked out by the author

KEY WORDS: organizational and medical and economic standards, normative and overnormative labour expenditure and its cost, motivation of doctors work.

Рецензент: д-р мед. наук, проф. О. М. Голяченко