

В.Г. ГІНЗБУРГ

ОБҐРУНТУВАННЯ НОРМАТИВІВ НАВАНТАЖЕННЯ ЛІКАРІВ-АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ АКУШЕРСЬКИХ СТАЦІОНАРІВ РІЗНИХ РІВНІВ

Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, Україна

Мета: обґрунтувати нормативи навантаження на лікарів-акушерів-гінекологів пологових стаціонарів різних рівнів на підставі вивчення витрат робочого часу на різні види робіт і робочі операції з експертною їх корекцією.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося фотохронометражним методом протягом 2-х тижнів в цілодобовому режимі. Дослідженням було охоплено 218 робочих змін, 41 лікаря-акушера-гінеколога.

Результати. Дослідженням встановлено, що у великих акушерських стаціонарах, які працюють інтенсивно, нормативне і фактичне навантаження на лікарів, виражене в числі пролікованих пацієнтів, практично не відрізняються, у менш потужних стаціонарах нормативне навантаження порівняно з фактичним зростає, що є підставою для подальшої оптимізації мережі родопомічних відділень.

Висновки. Дані фотохронометражних досліджень, скориговані експертами, дають можливість встановити нормативи числа прийнятих пологів одним лікарем-акушером-гінекологом у стаціонарах різного рівня.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: нормативи навантаження; лікар-акушер-гінеколог; акушерські стаціонари; заклади охорони здоров'я, що надають вторинну і третинну медичну допомогу; фотохронометраж.

Нормування праці – один з ключових елементів управління закладами охорони здоров'я. Норми праці виступають основою для оперативного планування, розрахунку чисельності персоналу, а також визначають виробничу потужність закладу та його структурних підрозділів [1;3].

В Україні до останнього часу використовувалася архаїчна система планування потреб у кадрових ресурсах стаціонарів, у т.ч. і за окремими спеціальностями, заснована на нормативах, жорстко прив'язаних до показників потужності, що орієнтує галузь на екстенсивний розвиток і перешкоджає її реформуванню [2;6]. Законом України від 7 липня 2011 року №3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (ст. 9) передбачається перехід до формування штатних розписів закладів охорони здоров'я пілотних регіонів залежно від обсягу наданої ними медичної допомоги [9]. Застосування такого підходу вимагає нових методичних підходів до визначення норм навантаження/обслуговування (числа пацієнтів, які лікар повинен обслуговувати) і норм чисельності персоналу (чисельності лікарів, що виконують певний обсяг робіт за встановлений період часу в заданих організаційно-технічних умовах).

Особливе значення має застосування підходів до нормування, заснованих на інтенсивності використання кадрових ресурсів для тих медичних служб, у яких останніми роками відбулися серйозні

технологічні зміни. Зокрема стрімке впровадження в Україні сучасних доведено ефективних акушерських технологій сформувало попит на створення відповідної системи організації перинатальної допомоги, здатної забезпечити її якість і безпеку при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я.

Моделлю, що відповідає таким вимогам, стала регіоналізація перинатальної допомоги, заснована на принципах оцінки ступеня перинатального ризику і, відповідно до встановленого ризику, – на маршрутизації пацієнтки до закладу, де надається якісна медична допомога [5;11;12].

Сьогодні в Україні у стадії завершення знаходиться формування трирівневої системи медичної допомоги. Необхідною її складовою є розробка нормативів навантаження на медичних працівників у пологових стаціонарах, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну медичну допомогу, залежно від обсягу наданої допомоги.

Мета роботи: обґрунтувати нормативи навантаження на лікарів-акушерів-гінекологів пологових стаціонарів різних рівнів на підставі вивчення витрат робочого часу на різні види робіт і робочі операції з експертною їх корекцією.

Матеріали і методи. Основним методом, який застосовується при нормуванні праці, є фотохронометраж – комбіноване спостереження, що поєднує фотографування робочого часу і хронометраж [4;12].

Дослідження проводилося фотохронометражним методом з використанням Методичних рекомендацій визначення нормативів навантажен-

ня на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, затверджених МОЗ України [8].

В Україні, відповідно до прийнятої Концепції розвитку перинатальної допомоги, акушерська допомога надається: на вторинному рівні у відділеннях/міжрайонних відділеннях центральних районних лікарень з кількістю пологів не менше 400 на рік (за нашою класифікацією – рівень 2А, який відповідає лікарні інтенсивного лікування – ЛІЛ першого рівня) і міських пологових будинках/міжрайонних перинатальних центрах, створених на базі міських пологових будинків або багатoproфільних лікарень з кількістю пологів 1500 і більше на рік (рівень 2Б, який відповідає ЛІЛ другого рівня), на третинному рівні – в обласних перинатальних центрах/акушерських відділеннях обласних лікарень [7].

Як об'єкт дослідження для визначення навантаження на лікарів-акушерів-гінекологів пологових стаціонарів було відібрано чотири пологові стаціонари, що працюють у цілодобовому режимі з найбільшою інтенсивністю та якістю: два вторинного рівня з потужністю 700–800 пологів на рік (пологові відділення Синельниківського і Дніпропетровського районів Дніпропетровської області) – акушерські стаціонари рівня 2А, один вторинного рівня з потужністю 2500–3000 пологів на рік (пологовий будинок №1 м. Дніпропетровська) – акушерський стаціонар рівня 2Б, третинного рівня – обласний перинатальний центр з потужністю 3500–4000 пологів на рік. Дослідження проводилися протягом двох тижнів у цілодобовому режимі з 01.04.2013 р. по 14.04.2013 р. з вихідними днями включно. Спостереження здійснювалися протягом усього часу, який реально витрачав працівник, – з моменту фактичного початку роботи і до її фактичного завершення, без жорсткої прив'язки до офіційно затвердженого графіку роботи.

Фотохронометражні дослідження здійснювали 24 спеціально проінструктовані фахівці (лікарі, середні медичні працівники, економісти, статистики). Загалом дослідженням було охоплено 218 робочих змін – 131 денна і 87 вечірньо-нічних змін, у т.ч. в акушерських стаціонарах рівня 2А – 66 змін, рівня 2Б – 45 змін, третинного рівня – 107 змін. Загальна кількість лікарів, за діяльністю яких велось спостереження, – 41 особа, з них працювали в стаціонарах рівнів 2А і 2Б по 11 осіб, в стаціонарі третинного рівня – 19 осіб.

При проведенні спостережень враховувалися ступінь перинатального ризику породіль (низький, середній, високий і дуже високий) і складність проведених їм операцій та трудомістких процедур (перший, другий та третій ступені складності).

Критерії розподілу породіль за ступенем перинатального ризику визначалися відповідно до рекомендацій МОЗ України, за складністю втручань – провідними фахівцями Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації із залученням науковців Дніпропетровської медичної академії.

Експертна оцінка раціональності витрат робочого часу проводилася двома висококваліфікованими фахівцями, які не працюють у закладах охорони здоров'я, відібраних для дослідження, – заступником начальника і головним обласним спеціалістом з акушерства та гінекології Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації (обидва мають вищі категорії з організації охорони здоров'я та акушерства і гінекології).

Результати дослідження та їх обговорення. За узагальненими даними фотохронометражних досліджень виявлена досить рівномірна завантаженість основною роботою лікарів-акушерів-гінекологів потужних пологових стаціонарів вторинного та третинного рівнів в різні зміни (денні та вечірньо-нічні) при низькій завантаженості цим видом діяльності у вечірньо-нічні зміни в менш потужних стаціонарах рівня 2А, що супроводжувалося значною часткою часу в режимі очікування (рис. 1).

Виходячи із сучасних тенденцій регіоналізації акушерської допомоги, експертами було рекомендовано внести зміни до структури госпіталізованих породіль в акушерських стаціонарах різного рівня: збільшення питомої ваги породіль з низьким і середнім ступенем перинатального ризику у стаціонарах рівнів 2А і 2Б з відповідним зменшенням в цих стаціонарах частки породіль з високим і надвисоким ступенем перинатального ризику; концентрація породіль з високим і надвисоким ступенем перинатального ризику в акушерських стаціонарах третього рівня (рис. 2, А).

На основі поглибленого аналізу діяльності акушерів-гінекологів, зайнятих у пологових стаціонарах різного рівня, експертами було запропоновано також скорочення тривалості перебування в стаціонарах породіль з різними ступенями перинатального ризику, в результаті чого середню тривалість перебування в акушерських стаціонарах рівня 2А рекомендовано зменшити на 0,3 дня, рівня 2Б – на 0,8 дня, третього рівня – збільшити на 0,1 дня (рис. 2, Б). Рекомендації щодо зміни структури госпіталізованих породіль та тривалості їх перебування в стаціонарах були схвалені адміністрацією закладів охорони здоров'я, відібраних в якості об'єкта дослідження. Надалі ці зміни вплинули на розрахункову тривалість робочих операцій основної діяльності лікарів.

Аналіз витрат робочого часу з різних видів діяльності показав, що в акушерських стаціона-

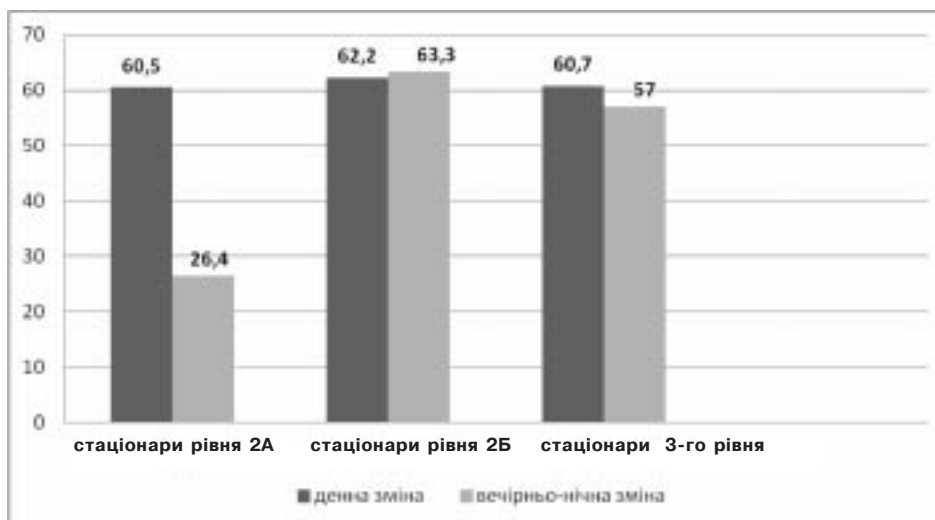


Рис. 1. Питова вага основної діяльності у лікарів-акушерів-гінекологів пологових відділень закладів різного рівня у різні зміни

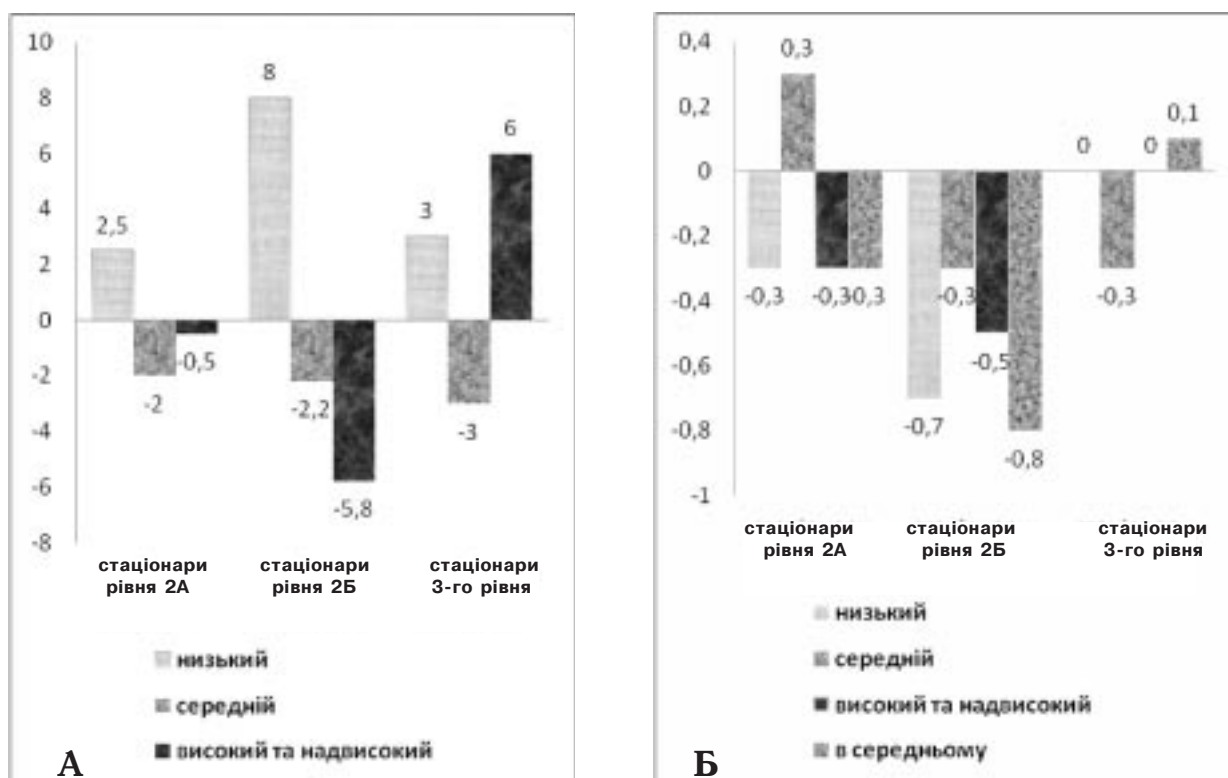


Рис. 2. Рекомендовані експертами: А) зміни структури госпіталізованих породіль залежно від ступеня перинатального ризику і Б) тривалості їх перебування в акушерських стаціонарах різного рівня

рах рівня 2А, вбудованих в структуру центральних районних багатопрофільних лікарень, тривалість і, відповідно, питова вага основної діяльності значно менші порівняно зі стаціонарами інших рівнів (38,9%, в той час як в стаціонарах рівня 2Б – 62,9%, третього рівня – 58,2%). При цьому в пологових відділеннях центральних районних лікарень значно більша питова вага іншої медичної діяльності (відповідно – 18,7%; 4,2%; 6,0%), оскільки при невеликій кількості лікарів-акушерів-гінекологів їх часто залучають до на-

дання неонатологічної, гінекологічної допомоги, різного роду консультацій у інших відділеннях лікарні. Експерти не рекомендували внесення змін до тривалості цих видів діяльності. Разом з тим експертами запропоновано внесення змін до тривалості деяких інших видів діяльності, у т.ч. майже у всіх закладах рекомендується зменшити частку часу, що витрачається на роботу з документацією, з розподілом зекономленого часу між іншими видами діяльності, при виконанні яких спостерігалася висока напруженість роботи (табл. 1).

Таблиця 1. Структура витрат робочого часу за видами діяльності – фактична і скоригована за результатами експертної оцінки у лікарів-акушерів-гінекологів пологових стаціонарів закладів охорони здоров'я різних рівнів у середньому за добу

Вид діяльності	Рівень акушерського стаціонару					
	2А		2Б		Третинний	
	витрати фактичні	витрати скориговані	витрати фактичні	витрати скориговані	витрати фактичні	витрати скориговані
Основна діяльність	38,9	38,9	62,9	62,9	58,2	58,2
Інша медична діяльність	18,7	18,7	4,2	4,2	6,0	6,0
Основна та інша медична діяльність разом	57,6	57,6	67,1	67,1	64,2	64,2
Допоміжна діяльність	9,7	9,6	4,3	4,3	5,7	5,7
Робота з документами	12,7	12,5	13,1	11,1	12,5	12,5
Інша діяльність	3,9	4,2	2,1	4,0	2,8	2,8
Службові розмови	0,9	0,9	1,5	1,5	1,7	1,7
Необхідний особистий час	4,3	4,3	3,1	3,1	4,2	4,2
Незавантажений час	10,9	10,9	8,8	8,8	8,9	8,9
Всього за зміну (хвилин)	1481,1	1481,1	1577,9	1577,9	1450,3	1450,3

Визначення нормативів навантаження на одного лікаря-акушера-гінеколога на рік проводилося поетапно, згідно з методичними рекомендаціями. Спочатку на основі скоригованих даних фотохронометражних досліджень обчислювалися середньозважені з урахуванням ступеня перинатального ризику породіллі і складності втручань витрати робочого часу лікаря-акушера-гінеколога на одну породіллю за весь період перебування в стаціонарі ($t_{\text{пацієнта}}$):

$$t_{\text{пацієнта}} = t_{\text{н}} + t_{\text{л}} \times (m_{\text{скор}} - 2) + t_{\text{в}} + t_{\text{пол}} \times p + t_{\text{оп}} \times q + t_{\text{труд}} \times q \quad (1)$$

Розшифровка умовних позначень, використаних у формулі, та їх числові характеристики наведені у таблиці 2.

Витрати часу на операцію або трудомістку маніпуляцію визначаються з урахуванням частоти таких втручань ($t_{\text{оп/труд}}$):

$$\frac{t_{\text{оп}}}{\text{труд}} = \frac{T_{\text{операцій/труд}}}{N_{\text{операцій/труд}}} \times \frac{N_{\text{породільопре/труд}}}{N_{\text{породіль}}} \quad (2), \text{ де}$$

$t_{\text{операцій/труд}}$ – тривалість виконання операцій (планових та ургентних) або тривалість виконання трудомістких маніпуляцій;

$N_{\text{операцій/труд}}$ – число операцій (планових та ургентних) або число трудомістких маніпуляцій;
– частота виконання оперативних втручань або трудомістких маніпуляцій (див. табл. 1).

За отриманими даними розраховувалася норма навантаження на одного лікаря-акушера-гінеколога пологових відділень закладів різного рівня на рік, виражена в числі породіль/пологів на рік ($N_{\text{пацієнтів/(породіль)/рік}}$):

$$N_{\text{пацієнти(породіль)/рік}} = \frac{\text{НТРВ} \times \% \text{ГОД} \times 0,85}{t_{\text{пацієнта}}} \quad (3),$$

де

– НТРВ – норма тривалості робочого часу – 1656,6 години (лист Міністерства соціальної політики України від 21.08.2012 р. № 9050/0/14-12/13 «Про розрахунок норми тривалості робочого часу на 2013 рік»);

– %ПОД – питома вага тривалості основної діяльності у структурі добового робочого часу;
– 0,85 – коефіцієнт, що враховує сезонні коливання завантаження, відсутність працівника на роботі у зв'язку із захворюванням, плановим навчанням тощо.

Для врахування в нормативах навантаження природних коливань числа пологів у різні роки обчислювався коефіцієнт варіації числа пологів в обраних закладах за період з 2007 (рік запровадження в Україні критеріїв живонародженості, рекомендованих ВООЗ) по 2013 рік (V), який потім застосовувався для визначення рекомендованого нормативного діапазону пролікованих породіль ($D_{\text{норм}}$):

$$V = \frac{M}{\delta} \times 100 \quad (4), \text{ де}$$

V – коефіцієнт варіації;
M – середньорічна кількість пологів, прийнятих в певному акушерському стаціонарі;

$$D_{\text{норм}} = \frac{N_{\text{пацієнтів}}}{\text{рік}} \pm \frac{N_{\text{пацієнтів/рік}} \times V}{100} \quad (5)$$

Порівняльні характеристики фактичного і нормативного навантаження на лікаря-акушера-гінеколога в акушерських стаціонарах різного рівня наведені у таблиці 3.

Таблиця 2. Скориговані середньозважені з урахуванням ступеня перинатального ризику та складності втручань витрати робочого часу на основну діяльність та окремі показники роботи акушерів-гінекологів пологових відділень закладів різного рівня

Показник	Рівень акушерського стаціонару		
	2 А	2 Б	Третинний
Витрати часу лікаря на породіллю в день надходження до пологового стаціонару, хвилин (<i>t_n</i>)	31,0	29,9	31,2
Витрати часу лікаря на породіллю в період лікування в стаціонарі на добу, хвилин (<i>t_л</i>)	40,7	41,4	100,8
Витрати часу лікаря на породіллю у день виписки зі стаціонару, хвилин (<i>t_в</i>)	24,7	26	17
Витрати часу на проведення пологів на породіллю, хвилин (<i>t_{пол.}</i>)	79,7	80,2	92,7
Число акушерів-гінекологів, зайнятих прийняттям пологів	1	1	1
Витрати часу на оперативне втручання на породіллю, хвилин (<i>t_{оп}</i>)	13,1	23,5	19,6
Число акушерів-гінекологів, зайнятих на операції (<i>q</i>)	2	2	2
Частота оперативних втручань до числа пологів, %	10,0	19,0	19,0
Витрати часу на трудомістку маніпуляцію на одну породіллю, хвилин (<i>t_{мпуд}</i>)	2,1	4,8	1,44
Число акушерів-гінекологів, зайнятих на трудомісткій маніпуляції (<i>q</i>)	1	1	1
Частота виконання трудомістких маніпуляцій, %	10,6	15	4
Середня тривалість стаціонарного лікування, днів (<i>t_{скор}</i>)	4,5	4,8	4,9

Таблиця 3. Порівняльна характеристика фактичного і нормативного навантаження на лікаря-акушера-гінеколога в акушерських стаціонарах різного рівня

Рівень акушерського стаціонару	Кількість породіль на одного лікаря-акушера-гінеколога на рік		
	Фактична	Нормативна	Нормативний діапазон
Вторинний (2А – ЛІЛ 1-го рівня)	143	171	157:185
Вторинний (2Б – ЛІЛ 2-го рівня)	265	258	240:276
Третинний	181	187	183:201

Висновки

1. Використання підходів до обґрунтування нормативів навантаження на лікарів-акушерів-гінекологів за даними фотохронометражних досліджень з експертною корекцією результатів дозволяє оптимізувати структуру госпіталізованих, тривалість перебування породіль у пологових відділеннях закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів і витрати робочого часу на різні види діяльності і робочі операції.

2. У великих акушерських стаціонарах, які працюють інтенсивно, нормативне і фактичне навантаження на лікарів, виражене в числі пролікованих пацієнтів, практично не відрізняються, в менш потужних стаціонарах (рівень 2А) – нормативне навантаження порівняно з фактичним зростає, що є підставою для подальшої оптимізації мережі родопомічних відділень.

Список літератури

1. Иванова М.А. Нормирование труда – один из путей оптимизации качества оказания медицинской помощи больным // Социальные аспекты здоровья населения. – 2007. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/42/30/lang,ru/> – Назва з екрана.
2. Лехан В. М. Стратегія розвитку охорони здоров'я : український вимір : монографія / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К. : Цифра, 2009. – 50 с.
3. Лучанинов С. Нормирование труда : просто о серьезном / С. Лучанинов // Менеджер по персоналу. – 2011. – № 10. – С. 71–78.
4. Методические рекомендации по организации нормирования труда в здравоохранении / Шипова В. М., Елдашева С. А., Абаев З. М., Логина Н. Ю. : РАМН, ГУЦНИИОЗ. – М., 2004. – 152 с.
5. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні: практичне керівництво / МОЗ України; за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2012. – 111 с.
6. Охорона здоров'я в Україні – проблеми та напрямки розвитку / Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4 (20). – С. 5–19.
7. Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції : наказ МОЗ України від 02.02.2011 № 52 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/>

article/10094/nakaz-moz-ukraini-vid-02-02-2011-52-pro-zatverdzhennya-konceptii-podalshogo-rozvitku-perinatalnoi-dopomogi-ta-planu-realizacii-zahodiv-konceptii. – Назва з екрану.

8. *Про затвердження* Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу : наказ МОЗ України від 28.03.2013 № 249 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130328_0249.html. – Назва з екрану.
9. *Про порядок* проведення реформування системи охорони здоров'я в Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 липня 2011 року № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>. – Назва з екрану.
10. Ряхимов Ю. Нормативная база в здравоохранении: как определить трудоемкость и рассчитать трудозатраты / Ю. Ряхимов // Кадровик. Трудовое право для кадровика. – 2008. – № 7. – С. 7–22.
11. Lex W. Regionalized Perinatal Care Systems and Very Low-Birth-Weight and Very Preterm Infants / W. Lex, M. D. Doyle // JAMA. – 2010. – № 304 (24). – P. 2696–2697.
12. Staebler S. Regionalized systems of perinatal care: health policy considerations / S. Staebler // Adv. Neonatal Care. – 2011. – № 11 (1). – P. 37–42.

ОБОСНОВАНИЕ НОРМАТИВОВ НАГРУЗКИ ВРАЧЕЙ-АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ

В.Г. Гинзбург

Департамент здравоохранения Днепропетровской областной государственной администрации, Украина

Цель: обосновать нормативы нагрузки на врачей-акушеров-гинекологов родильных стационаров разных уровней на основании изучения затрат рабочего времени на различные виды работ и рабочие операции с экспертной их коррекцией.

Материалы и методы. Исследование проводилось фотохронометражным методом в течение 2-х недель в круглосуточном режиме. Исследованием было охвачено 218 рабочих смен, 41 врача-акушера-гинеколога.

Результаты. Исследованием установлено, что в крупных акушерских стационарах, работающих интенсивно, нормативная и фактическая нагрузки на врачей, выраженная в числе пролеченных пациентов, практически не отличаются, в менее мощных стационарах нормативная нагрузка по сравнению с фактической возрастает, что является основанием для дальнейшей оптимизации сети родовспомогательных отделений.

Выводы. Данные фотохронометражных исследований, скорректированные экспертами, дают возможность установить нормативы числа принятых родов одним врачом-акушером-гинекологом в стационарах различного уровня.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: нормативы нагрузки, врач-акушер-гинеколог, акушерские стационары, учреждения здравоохранения, предоставляющие вторичную и третичную медицинскую помощь, фотохронометраж.

SUBSTANTIATION OF NORMATIVE WORKLOAD OF DOCTORS OBSTETRICIAN GYNAECOLOGISTS OF OBSTETRIC HOSPITALS OF VARIOUS LEVELS

V.G. Ginzburg

Department of health care of Dnipropetrovsk oblast state administration, Ukraine

Objective. To substantiate normative workload for doctors obstetrician-gynecologists of maternity hospitals of various levels based on the time expenditures for different types of works and work operations with expert correction thereof.

Materials and Methods of Study. Study was performed with photochronometric method during 2 weeks in twenty-four-hour regime. The study has covered 218 working shifts, 41 obstetrician-gynecologist.

Results. Study has shown that in big maternity hospitals which work intensively, both normative and actual workload of doctors, expressed in terms of number of cured patients, hardly differ. While in less heavy-duty hospitals, normative workload raises comparing to the normative one, what becomes a basis for further optimization of network of network of obstetrical hospital departments.

Conclusion. Data of photochronometric studies, corrected by experts, allows to define normative number of received deliveries done by one obstetrician-gynecologist in the hospitals of various levels.

KEY WORDS: normative workload; obstetricians-gynecologists; maternity hospital; institutions of health care, providing secondary and tertiary medical care; photochronometry.

Рукопис надійшов у редакцію 06.02.2014 р.

Відомості про автора:

Гинзбург Валентина Григорівна – директор Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації; тел.: +30(067)5661204.