Ключевые слова:

работа,
затрата времени,
эффективность,
оптимизация,
нормативы

Keywords:

work, expenditure of time,
efficiency,
optimization,
standards

DOI:10.17709/2409-2231-2015-2-1-69-71

Для корреспонденции:

Для корреспонденции:
Катасонов Сергей Васильевич –
к.э.н., доцент кафедры управления персоналом
Института экономики и управления ГОУ ВПО СурГУ
Адрес: 628412, Российская Федерация,
Ханты-Мансийский автономный округ –
Югра (Тюменская область), г. Сургут,
проспект Ленина, 1.
E-mail: ksv3101@front.ru
Статья поступила 03.02.2015,
принята к печати 05.03.2015

For correspondence:

Katasonov Sergey Vasilyevich –
PhD, associate professor of department
of staff management of the Institute of Economics
and Management SEI HPE SurSU.
Address: 1, Lenina, Khanty-Mansiyskiy
Autonomical District – Yugra
(Tyumenskaya region), Surgut,
Russian Federation, 628412
E-mail: ksv3101@front.ru

МЕТОДОЛОГИЯ РАСЧЕТА ТРУДОЗАТРАТ МЕДПЕРСОНАЛА В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Катасонов С.В.¹, Кызласов П.С.²

¹ ГБОУ ВПО «СурГУ ХМАО – Югры» (Югра, Российская Федерация), 628412, Сургут, проспект Ленина, 1

² ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна (Москва, Российская Федерация), 123098, Москва, ул. Маршала Новикова, 23.

Резюме:

В статье представлены приблизительные расчеты затрат рабочего времени врача на работу с пациентом и оформление документации. На основании этих расчетов намечены возможные пути оптимизации работы медицинского персонала.

THE METHODOLOGY FOR CALCULATING OF LABOR COSTS OF MEDICAL PERSONNEL IN MARKET CONDITIONS

Katasonov S.V.¹, Kyzlasov P.S.²

¹ SEI HPE «Surgut State University, Khanty-Mansi Autonomous Okrug-Yugra» (Yugra, Russian Federation)

1, Lenina, Khanty-Mansiyskiy Autonomical District – Yugra (Tyumenskaya region), Surgut, Russian Federation, 628412

² A.I. Burnazyan FSBO SRC FMBC (Moscow, Russian Federation)

23, Marchalla Novikova, Moscow, Russian Federation, 123098

Summary

The article presents the approximate calculations of working time of physician to work with the patient and documentation. On the base of these calculations they outline the possible ways to optimize the work of the medical staff.

В настоящее время при внедрении инноваций в системе здравоохранения выявляется ряд системных противоречий, ведущих к негативным последствиям (Андреева, Турицын, 2004; Гриненко, Гришин, 2003; Иванова, 2007; Никифоров, 2008; Павлов, 2011; Серегина, 2009). Рассмотрим некоторые из них и попытаемся разработать методологию оценки и пути (сценарии) разрешения выявленных противоречий.

Применение новых технологий в здравоохранении должно вызывать рост объемов и качества услуг, однако методология системы нормирования и учета трудозатрат остается практически без изменений. Очевидно, что отсутствие нормирования интеллектуальной (творческой) составляющей труда врачебного персонала, игнорирование трудозатрат на формирование отчетности приводит к необоснованным требованиям со стороны администрации по интенсификации труда (Бреусов, 2002; Куценко и др, 2003; Тихомиров, 2008).

Нами разработана методика, которая позволяет рассчитать трудовые затраты с учетом интеллектуально-творческой составляющей труда врачей. Естественно, точность данных расчетов обуславливается статистикой замера затрат и объемов времени.

При учете рабочего времени врачебного персонала (Твп) выделим три составляющие:

1. Трп – Работа с пациентом (опрос, обследование и т. п.).
2. Трд – Работа с документацией (анализы, история болезни, выписки на направления, отчеты и т. д.).
3. Тпк – Самообразование, повышение квалификации.

$$Твп = Трп + Тпк + Трд$$

Объемы этой нагрузки устанавливаются нормативно-правовыми актами, разработанными специалистами вышестоящих инстанций, не имеющими про-

фессиональных навыков нормирования труда и не знающими специфики трудовой деятельности врача (Баранов, 2009; Денисов, Чесалин, 2006, Сибурин, 2011). Как следствие, эти нормативы вступают в противоречия с законодательством о труде и иными нормативными документами, регламентирующими трудовую деятельность.

Используя усредненные данные замеров трудозатрат (фотография рабочего дня) в комплексе с арифметическими методами, на примере ставки врача можно рассчитать приблизительные затраты (Андреева, Турицын, 2004). В случае выявления в расчетах некоторых отклонений, они могут быть скорректированы, при этом порядок цифр останется практически таким же, в рамках приемлемого разброса. Рассмотрим приблизительные затраты по составляющим труда.

1. Трп – Работа с пациентом (опрос, обследование и т.п.) – в этой части существует множество регламентов, стандартов, связанных с профессиональной деятельностью по категориям и направлениям. Их мы рассматриваем как неотъемлемую составляющую деятельности, выработанную практикой и в данной работе примем эти показатели за некую константу. Например, затраты времени на осмотр пациента и собеседование с ним в среднем составляют 10 минут. При этом возможно существенное увеличение этого времени в зависимости от специфики заболевания и состояния пациента.
2. Тпк – Самообразование, повышение квалификации, внесено в смету расходов организации и в данном случае пока не рассматривается в общем контексте. Но учет времени обязателен по закону (1 раз в 5 лет) (Бреусов, 2002). В среднем повышение квалификации 115 час/год (свидетельство о повышении квалификации) или 115 час: 12 мес = 9,6 час/мес.; 9,6 час/мес.: 22 раб дня = 0,44 час/день
3. Трд – Работа с документацией (анализы, история болезни, выписки направления, отчеты и т.д.) – в современных регламентирующих документах практически отсутствуют нормативы затрат времени на обработку, подготовку (заполнение) врачом рекомендуемого пакета документов. Врач получает и выдает информацию на бумажном носителе, и, иногда, в электронном виде в соответствии с требованиями администрации. Таким образом, общие затраты времени на работу с документацией (Трд):

$$T_{рд} = t_{ид} + t_{ит} + t_{от},$$

где:

- $t_{ид}$ – затраты на изучение документации по пациенту;
- $t_{ит}$ – затраты времени на интеллектуально-творческую работу;
- $t_{от}$ – затраты на подготовку отчетных документов (заполнение, написание, набивание и печатание материалов на компьютере и т.п.).

Рассмотри более подробно:

$t_{ид}$ – **затраты на изучение документации по пациенту** включают в себя ознакомление с результатами анализа, историей болезни (медицинской карточкой). В среднем

0,5–1 минута на бланк, 2,5–3 минуты лист форматом А4 стандартного шрифта (при ином формате/шрифте легко произвести перерасчет, вводя коэффициент формат/шрифтов). Для обеспечения уровня качества восприятия информации можно произвести дополнительные замеры непосредственно на рабочем месте.

В среднем $t_{ид} = 3–5$ мин., на одного пациента

При снижении $t_{ид}$ качество восприятия резко падает, что снижает эффективность принятия решений и требует дополнительных затрат, обеспечивающих защиту от ошибок (затраты на снижение неопределённости, рисков).

$t_{ит}$ = затраты времени на интеллектуально-творческую работу включает в себя работу со справочниками, архивом, консультации. Цель работы – формулирование диагноза с использованием научного подхода. Включает в себя следующие этапы:

1. Обработка и сравнительный анализ информации, при необходимости сбор дополнительной информации.
2. Формулирование диагноза в виде гипотезы.
3. Проверка (верификация) диагноза различными методами (исключения, моделирования, сравнения). В случае отрицательного результата цикл повторяется. В среднем $t_{ид} = 3–5$ мин., на одного пациента

$t_{от}$ – затраты на подготовку отчетных документов (заполнение, написание, набивание и печатание материалов на компьютере);

$$t_{от} = t_{пр} + t_{пм}$$

где,

$t_{пр}$ – затраты времени на письменное оформление документации (подписи, справки направления), в среднем от 3 до 5 минут (согласно требованиям нормативных документов учреждения и органов управления здравоохранения);

$t_{пм}$ – затраты на печатание материалов в электронном виде.

Проведем расчет $t_{пм}$ – затраты на печатание материалов в электронном виде.

1 лист формата А4 вмещает в среднем 1800 знаков (статистика редактора Word) При этом учитывается, что врач в качестве оператора ПК может печатать в среднем 60 знаков в минуту (1 разряд оператора ЭВМ).

Тогда 1800 знаков: 60 знаков/мин = **30 мин** на один лист.

Учитывая степень навыков и уровень стандартизации бланков, время может сокращаться. Но это уже показатель уровня квалификации, что должно соответственно оплачиваться. В среднем заполняется 1 учетный лист формата А4 (с учетом всех видов отчетности (прямым, сопутствующим, косвенным) на пациента. В этом случае:

$$t_{пм} = 30 \text{ мин.}$$

Например, отчет по работе за день (количество знаков) делится на количество пациентов и рассматривается как доля учетного листа.

Суммируем затраты, выводя цифры минимум и максимум, и получаем:

$t_{от} = t_{пр} + t_{пм} = 33–35$ минут на оформление документации по пациенту.

Суммируем все затраты и выводим их соотношение.

Трд = тид + тит + тот = (3–5)мин + 10 мин + (33–35)мин = 46–50 мин на пациента.

Таким образом, соотношение прямого и отчетного функционала врача рассматривался как время работы с пациентом (производительные затраты) к затратам времени (непроизводительные) на составление отчетности, что примерно равно 1/3. Следуя законам экономики «эффективность растет за счет снижения непроизводительных затрат», рассмотрим возможные сценарии мероприятий по их снижению.

1. Снижение объемов отчетности за счет унификации с применением офисных технологий.
2. Изменение технологии фиксации, например, в зву-

ковой (аудио) форме (диктовка), и хранение на электронных носителях (фонотека). В современном законодательстве это предусмотрено (аудиозапись – является доказательством).

3. Перераспределение обязанностей – непроизводительные работы выполняются другими специалистами.

Заключение

При реализации вышеуказанных сценариев следует отметить тенденцию переопределения (перекладывания) обязанностей АУП (административно-управленческого аппарата) по формированию отчетности на плечи лиц, обеспечивающих производительные работы, что значительно снижает не только эффективность, но и качество работы организации.

Список литературы:

1. Андреева О.В., Турецын В.И. Актуальные вопросы организации контроля качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования: состояние, проблемы, перспективы. // Вестник обязательного медицинского страхования. 2004. № 1. С. 24–31.
2. Баранов А.А., Ильин А.Г., Конова С.Р., Антонова Е.В. Пути повышения качества и доступности медицинской помощи детям в условиях первичного звена здравоохранения. // Вопросы современной педиатрии. 2009. № 4. С. 5–9.
3. Бреусов А.В. Организационные и научно-методические основы управления лечебно-диагностическим процессом многопрофильного стационара. М. 2002. 183 с.
4. Гриненко А.Я., Гришин В.М. Использование социологических опросов населения для принятия управленческих решений в здравоохранении. // Проблемы управления здравоохранением. 2003. № 3. С. 38–40.
5. Денисов Э.И., Чесалин П.В. Доказательность в медицине труда: принципы и оценка связи нарушений здоровья с работой. // Медицина труда и пром. экология. // 2006. № 11. С. 6–14.
6. Иванова М.А. Ресурсное обеспечение и оптимизация медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем, в условиях модернизации здравоохранения. Автореф. дис. докт. мед. наук. М. 2007. 40 с.
7. Куценко Г.И., Царик Г.Н., Васильева Т.П. Основные направления развития охваченного здравоохранения в условиях рыночных отношений. М: Медицина. 2003. 198 с.
8. Никифоров С.А. Муниципальное здравоохранение: пути повышения ресурсного потенциала // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. № 4. С. 19–21.
9. Павлов К.В., Степчук М.А., Пинкус Т.М. и др. Модернизация здравоохранения региона: направления, формы и методы. // Региональная экономика: теория и практика. 2011. № 30. С. 55–64.
10. Серегина И.Ф. Опыт всероссийского изучения мнения населения об организации медицинской помощи. // Здравоохранение Российской Федерации. 2009. № 6. С. 9–12.
11. Сибурин Т.А., Мишина О.С. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире. // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. Т. 18. № 2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/278/30/lang, ru/> (дата обращения 21.01.2015).
12. Тихомиров А.В. Рынок в здравоохранении. // Вестник новых медицинских технологий. 2008. Т. 15. № 1. С. 188–189.

Информация об авторах:

1. Катасонов Сергей Васильевич – к.э.н., доцент кафедры управления персоналом Института экономики и управления ГОУ ВПО СурГУ.
2. Кызласов Павел Сергеевич – к.м.н., зав. отд. реконструктивной урологии и андрологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Буназяна.

References:

1. Andreeva O.V., Turicyn V.I. Aktual'nye voprosy organizacii kontrolja kachestva medicinskoj pomoshhi v sisteme objazatel'nogo medicinskogo strahovanija: sostojanie, problemy, perspektivy. // Vestnik objazatel'nogo medicinskogo strahovanija. 2004. №1. S. 24-31. Russian.
2. Baranov A.A., Il'in A.G., Konova S.R., Antonova E.V. Puti povysheniya kachestva i dostupnosti medicinskoj pomoshhi detjam v uslovijah pervichnogo звена zdravooxraneniya. // Voprosy sovremennoj pediatrii. 2009. № 4. S. 5-9. Russian.
3. Breusov A.V. Organizacionnye i nauchno-metodicheskie osnovy upravleniya lechebno-diagnosticheskim processom mnogoprofil'nogo stacionara. M. 2002. 183 s. Russian.
4. Grinenko A.Ja., Grishin V.M. Ispol'zovanie sociologicheskix oprosov naselenija dlja prinjatija upravlencheskix reshenij v zdravooxranenii. // Problemy upravleniya zdravooxraneniem . 2003. №3. S.38-40. Russian.
5. Denisov Je.I., Chesalin P.V. Dokazatel'nost' v medicine truda: principy i ocenka svjazi narushenij zdorov'ja s rabotoj. // Medicina truda i prom. jekologija. // 2006. №11. S.6-14. Russian.
6. Ivanova M.A. Resursnoe obespechenie i optimizacija medicinskoj pomoshhi bol'nym infekcijami, peredavaemymi polovym putem, v uslovijah modernizacii zdravooxraneniya. Avtoref. dis. dokt. med. nauk. M. 2007. 40 s. Russian.
7. Kucenko G.I., Carik G.N., Vasil'eva T.P. Osnovnye napravlenija razvitija otechestvennogo zdravooxraneniya v uslovijah rynochnyh otnoshenij. M: Medicina. 2003. 198 s. Russian.
8. Nikiforov S.A. Municipal'noe zdravooxranenie: puti povysheniya resursnogo potenciala // Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii. 2008. №4. S.19-21. Russian.
9. Pavlov K.V., Stepchuk M.A., Pinkus T.M. i dr. Modernizacija zdravooxraneniya regiona: napravlenija, formy i metody. // Regional'naja jekonomika: teorija i praktika. 2011. №30. S. 55-64. Russian.
10. Seragina I.F. Opyt vserossijskogo izuchenija mneniya naselenija ob organizacii medicinskoj pomoshhi. // Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii. 2009. № 6. S. 9-12. Russian.
11. Siburina T.A., Mishina O.S. Strategii razvitija zdravooxraneniya, realizuemye v mire. // Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija. 2011. T.18. № 2. Russian. URL:<http://vestnik.mednet.ru/content/view/278/30/lang,ru/> (data obrashhenija 21.01.2015).
12. Tihomirov A.V. Rynok v zdravooxranenii. // Vestnik novyx medicinskih tehnologij. 2008. T. 15. № 1. S.188-189. Russian.

Information about co-authors:

1. Katasonov S. V. – PhD, associate professor of department of staff management of the Institute of Economics and Management SEI HPE SurSU.
2. Kyzlasov P. S. – PhD, head of department of reconstructive urology and andrology of A.I. Burnazyan FSBO SRC FMBC, Moscow.