



ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ, ОБЪЕМЫ РАБОТЫ И НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА ВРАЧА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А.А. КАЛИНИНСКАЯ¹

А.В. ГРЕЧКО²

А.Б. РУБЦОВ³

¹⁾ ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения», г. Москва

²⁾ ФГУ «Центральная больница Министерства внутренних дел РФ», г. Москва

³⁾ ФГУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии Минздрава России», г. Москва

e-mail: akalinskaya@yandex.ru

В процессе организационного эксперимента была апробирована функционально-организационная модель дневного стационара (ДС). ДС для больных с кожными заболеваниями на базе больничного отделения кожнодиспансера (КВД). В КВД развернуто 60 коек круглосуточного пребывания, 40 койко-мест дневного стационара (ДС) для взрослого населения. В статье представлены функции и объемы работы ДС: число дней лечения и средняя длительность лечения в ДС в зависимости от нозологических форм. Показана частота госпитализации больных в ДС по сезонам года. Проведено нормирование труда врача ДС и рассчитан штатный норматив врачебной должности врача ДС. Проведенные расчеты могут быть использованы для планирования работы дневных стационаров дерматовенерологического профиля на базе КВД и могут служить основой для расчета потребности в койках ДС дерматовенерологического профиля.

Ключевые слова: дневной стационар, больной, кожнодиспансер, нормирование труда, основная деятельность, вспомогательная деятельность, затраты времени.

В основе первых попыток в середине 80-х годов были меры по модернизации системы организации и финансирования здравоохранения. Планировался переход на новые экономические отношения, нацеленные на эффективное распределение ресурсов, повышение интенсивности использования коечного фонда, осуществленное за счет расширения прав руководителей медицинских учреждений по изменению штатного расписания, нормативов трудовой нагрузки персонала и его материального стимулирования. Основной линией развития здравоохранения было избрано преимущественное развитие внебольничных форм деятельности как наиболее массовых и экономических эффективных [1, 2, 3].

В процессе организационного эксперимента была апробирована функционально-организационная модель дневного стационара (ДС). Для больных с кожными заболеваниями на базе больничного отделения КВД (г. Тольятти).

В КВД имеется стационар, рассчитанный на 150 коек. Диспансер обслуживает 311,5 тысяч населения, в том числе 22 тысячи сельского. В КВД развернуто 60 коек круглосуточного пребывания, 40 койко-мест дневного стационара (ДС) для взрослого населения. Целью организации ДС на базе КВД является проведение диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования, больных в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Функции ДС включали:

- проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий, включающих, как правило, курс интенсивной терапии (внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных препаратов), а также лечебно-диагностических манипуляций;

- проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью краткосрочного медицинского наблюдения;

- подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания;

- долечивание больных, выписанных из стационара в более ранние сроки;

- апробация совместно с кафедрами вузов и НИИ новых методик лечения и обследования больных.



Год исследования в ДС закончили лечение 525 больной, которыми было проведено 9846 дней лечения в ДС.

Наибольшее число госпитализированных в ДС больных было по поводу атопических дерматитов – 19,6% от общего числа пролеченных больных в ДС, на втором месте в структуре госпитализированных в ДС псориаз обыкновенный (17,3%), на третьем – монетовидная экзема (16,1%), на четвертом – аллергический контактный дерматит (12,0%), на пятом – микоз бороды и головы (8,2%). На эти 5 нозологических форм приходилось 73,2% госпитализированных от общего числа пролеченных в ДС больных (табл. 1).

Таблица 1

Основные показатели деятельности дневного стационара дерматологического профиля для взрослого населения на базе КВД

Наименование классов и отдельных болезней	Число больных, пролеченных в ДС		Проведено дней лечения в ДС	Средняя длительность лечения
	абс	в % к итогу		
1	2	3	4	5
Всего	525	100,0	9846	18,7
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни				
Опоясывающий лишай без осложнений	3	0,5	43	14,3
Сикоз бороды и головы	43	8,2	1477	34,3
Микоз стоп	18	3,4	339	18,8
Эпидермофития паховая	1	0,2	19	19,0
Другие дерматофитии	12	2,3	297	24,75
Болезни кожи и подкожной клетчатки				
Абсцесс кожи, фурункул и карбункул конечностей	1	0,2	17	17,0
Пиодермия	29	5,5	374	12,9
Дерматит герпетический	1	0,2	7	7,0
Атопические дерматиты	103	19,6	1954	19,0
Себорея головы	4	0,8	59	14,75
Аллергический контактный дерматит	2	0,4	11	5,5
Аллергический контактный дерматит, вызванный косметическими средствами	4	0,8	52	13,0
Аллергический контактный дерматит, вызванный лекарственными средствами при их контакте с кожей	5	0,95	79	15,8
Аллергический контактный дерматит, вызванный другими химическими средствами	2	0,4	23	11,5
Аллергический контактный дерматит, вызванный пищевыми продуктами при их контакте с кожей	2	0,4	16	8,0
Аллергический контактный дерматит, вызванный растениями кроме пищевых	1	0,2	7	7,0
Аллергический контактный дерматит, вызванный другими веществами	3	0,5	49	16,3
Аллергический контактный дерматит, причина не уточнена	63	12,0	807	12,8
Генерализованное высыпание на коже, вызванное лекарственными средствами и медикаментами	1	0,2	13	13,0
Парапсориаз	2	0,4	27	13,5
Питириаз розовый (Жибера)	1	0,2	5	5,0
Лишай красный плоский	3	0,5	68	22,7
Лишай гипертрофический красный плоский	1	0,2	12	12,0
Аллергическая крапивница	12	2,3	105	8,75
Другая крапивница	1	0,2	18	18,0
Эритема многоформная	1	0,2	7	7,0
Небуллезная эритема многоформная	2	0,4	17	8,5
Буллезная эритема многоформная	1	0,2	10	10,0
Эритема узловатая	2	0,4	21	10,5
Алоpecia пятнистая рубцующая	1	0,2	13	13,0
Угри обыкновенные (acne vulgaris)	5	0,95	129	25,8
Другие уточненные болезни фолликулов	1	0,2	6	6,0
Гранулема кольцевидная	1	0,2	9	9,0



Окончание табл. 1

1	2	3	4	5
Красная волчанка	1	0,2	23	23,0
Дискоидная красная волчанка	2	0,4	37	18,5
Локализованная склеродермия (morfea)	1	0,2	15	15,0
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения				
Врожденный ихтиоз	1	0,2	15	15,0
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения, в том числе:	4	0,7	20	
Контакт с больным и возможность заражения инфекционными болезнями кишечника	1	0,2	3	3,0
Контакт с больным и возможность заражения инфекционной болезнью, передаваемой преимущественно половым путем	3	0,5	17	5,7
Локализованное высыпание на коже, вызванное лекарственными средствами и медикаментами	1	0,2	7	7,0
Почесуха узловая	1	0,2	14	14,0
Монетовидная экзема	85	16,1	1482	17,4
Инфекционный дерматит	2	0,4	27	13,5
Псориаз	2	0,4	58	29,0
Псориаз обыкновенный	91	17,3	2033	22,3
Пустулезный псориаз ладонный и подошвенный	2	0,4	26	13,0

По числу проведенных дней лечения в ДС на первом месте псориаз обыкновенный (2033 дней лечения в ДС), на втором месте – атопические дерматиты (1954), на третьем – монетовидная экзема (1482), на четвертом – сикоз бороды и головы (1477) и на пятом – аллергический контактный дерматит (807). На эти 5 нозологических форм приходится 78,7% от общего числа дней лечения больных в ДС.

Средняя длительность пребывания больного на койке ДС составила 18,7 дня. Наибольшие сроки лечения были у больных, лечившихся по поводу красной волчанки (34,3), псориаза (29,0), эпидерматофитий (24,75), сикоза бороды и головы (23,0), лишая красного плоского (22,7), крапивницы (18,0), абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов конечностей (17,0).

Наибольшая доля больных поступает на лечение в ДС в осенне-летний период. Больные с экземой чаще поступают на стационарное лечение в летний и осенний период, а для нейродермита и псориаза характерны обострения в осенне-зимний период. В летние месяцы больше обращений с различными формами аллергических дерматитов и экземами. Это следует учитывать при планировании работы ДС.

Более длительное пребывание в стационаре весной связано с тем, что основную массу поступающих составляют больные с хроническими кожными заболеваниями и осложненными формами аллергических болезней.

Изучение объемов лечения в ДС показало, что на каждые 100 больных, лечившихся в ДС, приходилось 43 внутривенных капельных вливаний, 49 внутривенных инъекций и 204 внутримышечных инъекций.

Лечение больных с заболеваниями кожи в ДС является удобным для пациентов, эффективность лечения достаточно высокая. Социологические опросы больных, лечившихся в дерматологическом ДС, показали, что почти все больные (99%) были довольны этой формой организации медицинской помощи.

Медицинская эффективность ДС дерматологического профиля подтверждается тем, что у 90% закончивших лечение наступило стойкое улучшение состояния и у 10% состояние стабилизировалось. Организованный в процессе эксперимента ДС для дерматологических больных на базе больничного отделения КВД послужил нами для отработки организационных форм и объемов работы ДС, технологий лечения больных и для нормирования труда врача ДС.

В процессе исследования нами было проведено нормирование труда врача дневного стационара дерматовенерологического профиля. Нормирование труда врача общей

практики проводились в соответствии с рекомендациями НИИ им. Н.А. Семашко. Был использован метод фотохронометражных наблюдений [4], адаптированный к современным условиям [5].

На год анализа в дневном стационаре дерматологического профиля было пролечено 525 больных. За период проведения хронометражных измерений 17,5% составили вновь поступившие госпитализированные больные, 82,5% – больные, находящиеся на период хронометража в дневном стационаре на динамическом наблюдении. В ДС лечились больные с микроспориями (35,0%), псориазом (27,3%), экземой (16,8%), нейродермитом (15,6%), лекарственной токсикодермией (5,3%).

Трудовые затраты врача дерматовенеролога ДС были разделены нами на 4 группы:

Основная деятельность (ОД) включала: опрос больного, беседу с ним, советы; внешний осмотр кожи, слизистых, мест введения лекарственных веществ; пальпация лимфатических узлов;

– проведение инструментальных исследований, функциональных, кожных проб, определение дермографизма, расчет дозы лекарства, контроль за состоянием больного при постановке капельницы и т.д. В структуре затрат рабочего времени врача этот вид деятельности составил 52,4%. Не были включены затраты времени, фактически имеющие место в деятельности врача, но признанные экспертами как нерациональные (взвешивание больного, наложение пластыря на светящиеся очаги, перевязка и выдача лекарств больному). Нерациональные затраты времени составили 5,2%.

Вспомогательная деятельность (ВД) включала переодевание при приходе и уходе с работы, мытье рук, переходы. Эти затраты времени были взяты по фактическим данным и составили 7,8%. Работа с документацией (РД) включала затраты времени на ознакомление с медицинской документацией, анализами, запись результатов осмотра в историю болезни, оформление листка нетрудоспособности, направлений на консультации, выписного эпикриза.

Списание врачом лекарственных средств, равно как и регистрация лекарств, полученных у главной медицинской сестры диспансера, а также заполнение процедурного листа признаны экспертами нерациональными затратами. Вместе с тем, врач не всегда полно оформляет медицинскую документацию. Внесение экспертных поправок увеличило затраты времени на работу с документацией с 13,3% до 13,7%.

Служебные разговоры (СР) включали затраты рабочего времени врача ДС на разговоры с родственниками больного, телефонные разговоры с медицинским персоналом диспансера, консилиумы в отсутствие больного, а также врачебные конференции и другие организационные мероприятия. При этом разговоры, связанные с состоянием больного, были включены нами в расчетное время на 1 больного.

В табл. 2. представлена структура затрат рабочего времени врача дерматовенеролога ДС.

Таблица 2

Структура затрат рабочего времени врача дерматовенеролога дневного стационара

Элементы деятельности	Затраты времени за 10 дней хронометражных наблюдений			
	Фактически сложившаяся		По данным экспертных оценок	
	в мин.	в %	в мин.	в %
I. Основная деятельность	2262	52,4	2556,4	59,9
II. Вспомогательная деятельность	336	7,8	336	7,8
III. Работа с документацией	574	13,3	590,6	13,7
IV. Служебные разговоры	366	8,4	366	7,8
V. Прочие виды деятельности	328	7,6	328	7,6
VI. Лично необходимое время	188	4,4	100	2,3
VII. Ожидание больного	43	0,9	43	0,9
VIII. Выполнение несвойственных функций	223	5,2	-	-
Итого:	4320	100,0	4320	100,0



По экспертным данным, время, отнесенное на непосредственное обслуживание больных, составило за 10 дней исследования 3320 мин., или 332 мин. в день (табл. 3.).

Таблица 3

Структура затрат рабочего времени врача непосредственно на обслуживание больных в ДС з

Элементы деятельности	Затраты времени	
	в мин.	в %
I. Основная деятельность	2262,0	68,1
- опрос	843,3	25,4
- совет	128,0	3,8
- осмотр	210,0	6,3
- пальпация	163,0	4,9
- аускультация	301,0	9,1
- измерение АД и контрольное измерение АД	616,7	18,6
II. Вспомогательная деятельность	563,3	17,0
III. Работа с документацией	470,7	14,2
- ознакомление с медицинской документацией	78,0	2,3
- заполнение медицинской карты больного	300,7	9,1
- оформление выписного эпикриза	72,0	2,2
- работа с прочей документацией	20,0	0,6
Служебные разговоры	24,0	0,7
Итого:	3320	100,0

Трудовые затраты врача ДС весьма существенно различались по периодам поступления больного в ДС. Они были максимальны при поступлении, несколько меньше при выписке больного и имели минимальную величину в период динамического наблюдения за больным.

Таблица 4

Средние затраты рабочего времени врача дневного стационара дерматологического профиля при стационаре КВД при поступлении больного

Виды деятельности	Продолжительность элемента в мин.	Коэффициент повторяемости экспертный	Расчетное экспертное время
I. Основная деятельность			
- анамнез (опрос больного)	6,8	1,0	6,8
- осмотр кожи	0,8	1,0	0,8
- осмотр полости рта	0,5	0,05	0,03
- обследование для раннего выявления опухолевых заболеваний	0,96	0,07	0,07
- пальпация живота	1,63	1,0	1,63
- аускультация легких	2,0	1,0	2,0
- аускультация сердца	0,8	1,0	0,8
- измерение артериального давления	1,5	1,0	1,5
II. Работа с документацией			
- работа с историями болезни, ведение дневников	6,2	1,0	6,2
- запись в статкарту	2,1	1,0	2,1
III. Служебные разговоры			
- разговор с медицинским персоналом о больных	2,0	0,03	0,06
Итого:			22,0

В связи с этим проведение хронометражных замеров трудовых затрат врача ДС раздельно проводилось на больных при поступлении в ДС, при динамическом наблюдении за больными и при выписке.

Таблица 5

Средние затраты рабочего времени врача дневного стационара дерматологического профиля при стационаре КВД при динамическом наблюдении за больным

Виды деятельности	Продолжительность элемента в мин.	Коэффициент повторяемости экспертный	Расчетное экспертное время
I. Основная деятельность			
- назначение лечения и советы больному	2,1	0,82	1,72
- осмотр	0,63	0,27	0,17
- осмотр кожи	0,16	0,72	0,12
- осмотр полости рта	0,5	0,05	0,025
- обследование для раннего выявления опухолевых заболеваний	0,96	0,07	0,07
- пальпация живота	1,63	0,11	0,18
- аускультация легких	2,0	0,085	0,17
- аускультация сердца	0,8	0,09	0,07
- измерение артериального давления	1,5	0,06	0,087
- повторное измерение АД	0,62	0,95	0,59
- консилиум	19,8	0,01	0,2
II. Работа с документацией			
- просмотр результатов анализов	1,6	0,25	0,41
- работа с историями болезни, ведение дневников	2,7	0,97	2,6
III. Служебные разговоры			
- разговор с родственником больного	15,0	0,01	0,1
- разговор с медицинским персоналом о больных	3,0	0,27	0,8
Итого:			7,3

Таблица 6

Средние затраты рабочего времени врача дневного стационара дерматологического профиля при стационаре КВД при выписке больного

Виды деятельности	Продолжительность элемента в мин.	Коэффициент повторяемости экспертный	Расчетное экспертное время
I. Основная деятельность			
- анамнез; назначение лечения и советы больному	3,7	1,0	3,7
- осмотр; осмотр кожи; полости рта	0,3	1,0	0,3
- пальпация живота	0,2	1,0	0,2
- аускультация легких	1,0	1,0	1,0
- аускультация сердца	0,5	1,0	0,5
- измерение артериального давления	1,0	1,0	1,0
II. Работа с документацией			
- оформление выписных эпикризов	8,1	1,0	8,1
Итого:			14,8

В табл. 4, 5, 6 представлены средние расчетные нормы времени врача на обслуживание больных при поступлении в ДС, во время динамического наблюдения и при выписке больных отдельно по трудовым операциям. Продолжительность трудовых операций была взята по фактическим данным, а коэффициент повторяемости был получен нами в результате экспертных оценок. Расчетное среднее время врача дерматовенеролога ДС на одного больного при поступлении составило 22,0 мин., при динамическом наблюдении – 7,3 мин., при выписке – 14,8 мин.

Расчет штатного норматива должности врача-дерматовенеролога ДС осуществлялся поэтапно:



1. Определение затрат времени врача ДС на единицу работы (t взв.), то есть на 1 больного в день с учетом трудозатрат на него при поступлении, динамическом наблюдении и при выписке осуществлялось по нижеследующей формуле:

$$t_n + K \times t_l \times 0,83 (T-2) + t_v$$

t взв. = -----, где

$$0,83 \times T$$

t взв. – расчетное среднее время врача ДС в день на 1 больного

t_n , t_l , t_v – соответствующие затраты времени врача в среднем на одного больного при поступлении, текущем наблюдении и выписке (табл. 5, 6, 7);

K – коэффициент, указывающий частоту врачебных обходов (осмотров) в день. В данном исследовании равен 1,0;

0,83 – величина, регламентирующая количество дней, когда врач осматривает больного в условиях 6-дневной рабочей недели (т.е. исключая воскресные и праздничные дни). $0,83 = (365 - 52 \text{ воскресных и } 11 \text{ дней праздничных}) : 365 \text{ дней}$.

T – среднее число дней пребывания больного в ДС. По отчетным данным оно составило 18,7 дня.

Подставив в формулу соответствующие данные, получим:

$$22,0 \text{ мин.} + 1 \times 7,3 \text{ мин.} \times 0,83 (18,7-2 \text{ дня}) + 14,8 \text{ мин.}$$

$$t \text{ взв.} \text{ -----} = 8,9 \text{ мин.}$$

$$0,83 \times 18,7 \text{ дня}$$

Таким образом, расчетное среднее время врача ДС в день на 1 больного с учетом дифференцированных затрат времени при поступлении, текущем наблюдении и выписке составило 8,9 мин.

2. Определение объема работы врача ДС за день.

В соответствии с трудовым законодательством (Постановление Правительства № 101 от 14.02.03 г.) недельная норма рабочего времени врача дерматовенеролога составляет 36 часов, что при 6-дневной работе составит 6 часов в день (360 мин.). С учетом экспертных оценок, затраты времени врача дерматовенеролога ДС, отнесенные непосредственно на обслуживание больных в день, составили 332 мин. Следовательно, при средних затратах 8,9 мин. на 1 больного врач ДС может качественно и в полном объеме обслужить 37 больных.

$$37,2 \text{ больных} = (332 \text{ мин.} / 8,9 \text{ мин})$$

3. Принимая во внимание, что число дней работы койки в году в ДС дерматологического профиля на базе больничного отделения 334 дня, штатный норматив врачебной должности врача дерматовенеролога ДС в числе коек на 1 должность составит 41 больной.

$$41 \text{ больной} = 37,2 \times (365/334)$$

Проведенные расчеты могут быть использованы для планирования работы дневных стационаров дерматовенерологического профиля на базе КВД и могут служить основой для расчета потребности в койках ДС дерматовенерологического профиля.

Литература

1. Хальфин, Р.А. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения / Р.А. Хальфин, И.Я. Тажиев // Менеджер здравоохранения. – 2010. – №5. – С. 8-18.
2. Иванова, М.А. Нормирование труда – один из путей оптимизации качества оказания медицинской помощи больным / М.А. Иванова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – №2. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/42/30>.
3. Объем и характер деятельности, нормативная база дневного стационара / А.А. Калининская [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2010. – № 4. – С. 7-12.
4. Роговой, М.А. Изучение затрат рабочего времени работников учреждений здравоохранения в целях нормирования: методич. указания / М.А. Роговой – М.: МЗ СССР, 1979. – 41 с.
5. Шипова, В.М. Основы нормирования труда в здравоохранении (учебное пособие) / Под редакцией академика РАМН О.П.Щепина. – М.: Издательство ГРАНТЬ, 1998. – 320 с.

ORGANIZATIONAL FORMS, VOLUMES OF WORK AND RATIONING OF WORK OF THE DOCTOR OF THE DERMATOVENEROLOGICAL PROFILE

A.A. KALININSKAYA¹

A.V. GRECHKO²

A.B. RUBTSOV³

*¹⁾ Federal Public Health Institute,
Moscow*

*²⁾ Central Hospital of the Minis-
try of Internal Affairs of the Rus-
sian Federation, Moscow*

*³⁾ State Center of science derma-
tovenerology and cosmetology
of Ministry of Health and Social
Development, Moscow*

e-mail: akalininskya@yandex.ru

In the course of organizational experiment has been approved the functional-organizational model of a day hospital. Day hospital for patients with skin diseases is situated on the basis of hospital branch venereal [sexually transmitted] disease clinic. In venereal [sexually transmitted] disease clinic are developed 60 beds of round-the-clock stay, 40 beds of a day hospital for adult population. In article functions and volumes of work of day hospital are presented: number of days of treatment and average duration of treatment in day hospital depending on nosological forms. Frequency of hospitalization of patients in day hospital by seasons of year is shown. Rationing of work of doctor day hospita is spent and the regular specification of a medical post of doctor day hospita is calculated. The carried out calculations can be used for scheduling of day hospitals dermatovenerology profile on the basis of venereal [sexually transmitted] disease clinic and can form a basis for calculation of requirement of beds for day hospital of dermatovenerological profile.

Key words: the day hospital sick, venereal [sexually transmitted] disease clinic, work rationing, primary activity, auxiliary activity, time expenses.