



**В.И. Стародубов,
И.М. Сон,
М.А. Иванова,
В.В. Люцко,
О.В. Армашевская,
Т.А. Соколовская,
М.Н. Бантьева,**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

ЗАТРАТЫ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА ПО ДАННЫМ ФОТОХРОНОМЕТРАЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 614.2

*Стародубов В.И., Сон И.М., Иванова М.А., Люцко В.В., Армашевская О.В., Соколовская Т.А., Бантьева М.Н.
Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена по данным фотохронометражных исследований (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. В целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и в соответствии с Планом мероприятий по нормированию труда в здравоохранении Межведомственной рабочей группы по организации нормирования труда, разработке профессиональных стандартов и уровней квалификации в сфере здравоохранения в течение 2 рабочих недель проведено фотохронометражное наблюдение за работой двух специалистов: врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики, неврологов, оториноларингологов, офтальмологов и акушеров-гинекологов, в 17 пилотных территориях страны. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости совершенствования нормативных документов по установлению норм нагрузки врачей, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению, в сторону увеличения времени на посещение одного пациента.

Ключевые слова: фотохронометражное наблюдение, совершенствование нормативных документов, нормы времени.

Введение

За последнее тридцатилетие многие документы, регламентирующие нормы времени и нормы нагрузки, не пересматривались, в то же время в работе врача произошли существенные изменения, такие как увеличение количества заполняемой документации, интеграция компьютерных технологий в деятельность специалистов, формирование новых подходов к оказанию медицинской помощи населению.

В целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [1] и в соответствии с Планом мероприятий по нормированию труда в здравоохранении Межведомственной рабочей группы по организации нормирования труда, разработке профессиональных стандартов и уровней квалификации в сфере здравоохранения определены 17 пилотных территорий для проведения фотохронометражного исследования как основного инструмента по оптимизации деятельности врача и нормирования труда с учетом современных требований.

© В.И. Стародубов, И.М. Сон, М.А. Иванова, В.В. Люцко, М.Н. Бантьева, О.В. Армашевская, 2014 г.



Научная новизна настоящего исследования заключается в проведении фотохронометражных исследований рабочего процесса врачей семи специальностей в 17 субъектах страны, имеющих различное материально-техническое обеспечение и кадровый потенциал.

По результатам исследования будет разработан проект нормативного документа по определению норм времени на посещение врача одним пациентом.

Материалы и методы

С помощью специально разработанной методики исследования [2] и подготовленного инструментария для проведения фотохронометражных исследований рабочего процесса врачей, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, произведена оценка затрат рабочего времени на отдельные элементы трудового процесса в течение двух недель среди 23 врачей общей практики, 29 врачей-терапевтов участковых, 26 врачей-педиатров участковых, 34 неврологов, 32 оториноларингологов, 34 офтальмологов и 33 акушеров-гинекологов, которая проводилась с учетом компьютеризации рабочего места специалиста.

Обобщение результатов исследования

По данным фотохронометражных наблюдений, первичное посещение пациентами врача общей практики занимало от 13,9 до 50,6 мин., повторное посещение занимало от 10,7 до 34,5 мин. На основную деятельность врачом общей практики (ВОП) в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 6,3 до 18,7 мин., без компьютеризации — от 6,7 до 16,6 мин. На работу с документацией в условиях компьютеризации учреждения ВОП затрачивал от 6,0 до 20,3 мин., без компьютеризации — от 3,9 до 12,2 мин.

По данным фотохронометражных наблюдений, первичное посещение пациентами врача-терапевта участкового занимало от

9,6 до 43,3 мин., повторное — от 8,7 до 23,3 мин. На основную деятельность врачом-терапевтом участковым в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 6,6 до 18,6 мин., без компьютеризации — от 3,7 до 7,4 мин. рабочего времени.

На работу с документацией в условиях компьютеризации учреждения врач-терапевт участковый затрачивал от 1,4 до 13,1 минут, без компьютеризации — от 5,7 до 13,8 минут рабочего времени.

Первичное посещение врача-педиатра участкового занимало от 10,2 до 28,3 мин., повторное посещение пациентов занимало от 7,6 до 20,2 мин. На основную деятельность в условиях компьютеризации медицинской организации врач-педиатр участковый при посещении одного пациента затрачивал от 7,6 до 14,6 мин., без компьютеризации — от 5,65 до 14,6 мин. рабочего времени.

На работу с документацией врач-педиатр участковый при наличии компьютеризации медицинской организации затрачивал от 3,6 до 13,2 мин., без компьютеризации — от 3,1 до 11,2 мин. рабочего времени.

Первичное посещение врача-невролога занимало от 18 до 79,4 мин., повторное посещение — от 11,2 до 60,6 мин. На основную деятельность врача-невролога в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 6,7 до 18,8 мин., без компьютеризации — от 3,9 до 24,8 мин. рабочего времени.

На работу с документацией при условии компьютеризации медицинской организации врач-невролог затрачивал от 4,5 до 19,5 мин., без компьютеризации — от 3,6 до 8,9 мин.

Первичное посещение врача-оториноларинголога занимало от 12,6 до 27,5 мин., повторное — от 10,5 до 26,9 мин. На основную деятельность врача-оториноларинголога в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 6,8 до 15,2 мин., без





компьютеризации — от 5,6 до 20,2 мин. рабочего времени.

На работу с документацией при условии компьютеризации медицинской организации врач-оториноларинголог затрачивал от 4,3 до 11,6 мин., без компьютеризации — от 2,0 до 7,2 мин.

Первичное посещение врача-офтальмолога занимало от 11,0 до 35,8 мин. Повторное посещение пациентов занимало от 7,7 до 30,1 мин.

На основную деятельность врача-офтальмолога в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 5,2 до 20,6 мин. без компьютеризации — от 7,2 до 17,0 мин. На работу с документацией при условии компьютеризации медицинской организации врач-офтальмолог затрачивал от 0,1 до 9,6 мин., без компьютеризации — от 0,9 до 6,5 мин.

Первичное посещение врача акушера-гинеколога занимало от 13,2 до 45,2 мин., повторное — от 12,1 до 40,6 мин. рабочего времени. На основную деятельность врача акушера-гинеколога в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 2,8 до 15,4 мин., без компьютеризации — от 5,5 до 13,4 мин. рабочего времени.

На работу с документацией при условии компьютеризации медицинской организации врач акушер-гинеколог затрачивал от 1,0 до 16,2 мин., без компьютеризации — от 6,2 до 13,3 мин.

Выводы

Результаты фотохронометражных исследований свидетельствуют о необходимости пересмотра норм времени на посещение врача одним пациентом в сторону увеличения.

Анализ результатов исследования показал, что оснащенность рабочего места врача компьютером не всегда способствует снижению затрат как на работу с документа-

цией, так и на основную деятельность, связанную непосредственно с оказанием медицинской помощи пациенту.

Предложения

В целях повышения качества оказания медицинской помощи населению необходимо совершенствование системы нормирования труда в здравоохранении. По результатам фотохронометражных исследований, проведенных в пилотных территориях страны, установлено, что не во всех медицинских организациях компьютеризирована работа врачей-специалистов. В ряде учреждений, где специалисты имеют техническую оснащенность, не владеют компьютером либо работу на компьютере дублируют на бумажных носителях, что увеличивает затраты рабочего времени на работу с документацией. В этой связи специалисту остается недостаточно времени для более внимательного осмотра пациентов, и снижается качество оказания медицинской помощи, что особенно касается специалистов с небольшим стажем работы по специальности. Врачи-специалисты также зачастую не имеют возможность на обеденное время, положенное по трудовому законодательству. В связи с вышеизложенным в целях совершенствования нормирования труда в здравоохранении считаем целесообразным:

1. Включить в учебную программу высших и средних медицинских образований основы программного обеспечения в медицинских организациях, работы с электронными историями болезни и другими медицинскими документами.
2. Проводить обучающие курсы для специалистов на местах по работе с программным обеспечением.
3. Ввести в амбулаторно-поликлинических организациях электронные персонифицированные карты и талоны приема, паспортную часть которых должны заполнять медицинские регистраторы. Это может снизить временные затраты врача на заполнение медицинской документации.



4. Разработать и внедрить в практику медицинских организаций электронные рецептурные бланки для льготной категории пациентов, на которых автоматически будут заполняться данные о пациенте и название препаратов, за которыми пациент регулярно обращается к специалисту.

5. При амбулаторно-поликлинических организациях ввести должность помощника врача из числа медицинских сестер с высшим образованием либо фельдшеров для доврачебных консультаций на дому, что позволит увеличить время специалиста в амбулаторно-поликлинических условиях.

6. Вынести на экспертное обсуждение список манипуляций врачебного и сестринского персонала. Это позволит решить вопрос о возможности снижения нагрузки врача путем передачи некоторых его функций среднему медицинскому персоналу.

7. Повысить мотивацию специалистов в виде материального вознаграждения за выполнение условий нормирования труда и повышение качества жизни пациентов путем снижения первичных случаев заболеваний.

8. Пересмотреть существующую нормативную базу по специальностям с целью приведения ее к общему знаменателю, не допускающему двойного трактования.

9. При разработке новых нормативов необходимо учитывать: населенный пункт (город или село), численность прикрепленного населения, административно-ресурсные возможности, местную инфраструктуру.

10. Кроме этого, наиболее пристальное внимание должно быть оказано расчету временных норм для участкового врача-педиатра, являющегося основным гарантом сохранения здоровья популяции с самых ранних этапов развития. При росте рождаемости, увеличении числа детей с низкой и очень низкой массой тела при рождении, росте генетического груза и мультифакториальных заболеваний, имеющих смазанную и маскообразную клиническую картину, раннее начало функциональных нарушений, углуб-

ленные и тщательные осмотры с возможностью проведения консилиумов являются в создавшихся условиях насущной потребностью.

11. Фактическое время, затраченное на прием одного пациента, превышает установленные нормы, следовательно, необходим пересмотр норм времени в сторону их увеличения с закреплением их в законодательных актах, носящих обязательный, а не рекомендательный характер.

12. Принимая во внимание большую долю времени, затрачиваемую врачами всех специальностей на неосновную деятельность (особенно работу с документацией даже при наличии автоматизированного рабочего места), необходимо рассмотреть возможность перекалывания части выполняемой работы на компетентного работника со средним медицинским образованием, а также учесть возможность подготовки работников без медицинского образования, способных взять на себя функции фиксации данных, полученных врачом при приеме больного на бумажный и электронный носители. Таким образом врач сможет подавляющую часть времени заниматься основной деятельностью, что даст ему возможность максимально использовать свои интеллектуальные возможности, клиническое мышление и полученный опыт. Подобный подход должен привести к повышению качества предоставляемых медицинских услуг, рентабельности применения возможностей врачей без отвлечения их на выполнение вспомогательных работ, а также экономичности использования наиболее «дорогостоящей» врачебной медицинской помощи.

13. Необходимо рассмотреть возможность внедрения в практику «доврачебного сестринского» приема, по итогам которого медицинская сестра/фельдшер могли бы принимать большую долю пациентов, а врач в свою очередь занимался бы пациентами, требующими его обязательного участия. При необходимости можно рассмотреть возможность работы врача с несколькими медицинскими сестрами.





14. При формировании норм времени необходимо анализировать и нагрузку врача, поскольку чем больше поток пациентов, тем интенсивнее, быстрее и менее внимательно вынужден работать врач. В тех же условиях, но с меньшей нагрузкой время, затраченное на обследование одного пациента, объективно было бы больше.

15. Результаты фотохронометражного исследования свидетельствуют, что врачи-педиатры участковые несут максимальную нагрузку в числе посещений по сравнению с другими врачами первичного звена, в силу чего вынуждены сокращать время приема одного пациента до минимальных величин за счет сокращения времени или полного невыполнения некоторых трудовых операций. Отсюда создается ложное впечатление того, что педиатру требуется меньше времени на прием ребенка, чем, например, терапевту на прием взрослого. Таким образом, исходя из полученных фактических данных и фиксируя в нормах заниженную норму времени на прием врачом-педиатром участковым, мы обрекаем его на дальнейшее невыполнение ряда необходимых процедур и манипуляций с целью экономии времени, что недопустимо с

учетом того, что здоровье, заложенное в детском возрасте, определяет перспективу развития организма в дальнейшем.

16. Результаты проведенного фотохронометражного наблюдения в течение 2 рабочих недель за работой специалистов: врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики, неврологов, оториноларингологов, офтальмологов и акушеров-гинекологов, в 17 пилотных территориях страны показали, что время посещения пациентами любого из вышеуказанных специалистов превышает существующее условно по каждому. В связи с этим необходима разработка единого приказа по нормам времени для каждой специальности, который учтет данные проведенного хронометража.

17. Исследование показало, что компьютеризация в целом уменьшает количество времени на работу с документацией при посещении врача, но подготовка врача для работы с компьютером, видимо, имеет значение для снижения временных затрат. При внедрении компьютеризации в деятельность врача необходимо предусмотреть краткосрочное обучение врача и медицинской сестры компьютерной грамотности.

Литература

1. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
2. Шипова В.М. Нормирование труда в здравоохранении. Лекции. — М.: Типография РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2013. — 88 с.

UDC 614.2

Starodubov V.I., Son I.M., Ivanova M.A., Liutsko V.V., Armashvskaya O.V., Sokolovskaya T.A., Bantyeva M.N.
Working hours expenses of doctors on an out-patient basis according to photochronometric researches
 (Federal research institute for health organization and informatics of ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. For the implementation of the Russian Federation President Decree of May 7, 2012 № 598 «About improvement of a state policy in the health care sphere» and according to the Plan of measures on work rationing in health care of the Interdepartmental working group on the organization of rationing of work, development of professional standards and skill levels in the health care sphere, within 2 working weeks phototime observation over work of two experts — therapists of district police officers, pediatricians of district police officers, general practitioners, neurologists, otorhinolaryngologists, ophthalmologists and obstetricians-gynecologists in 17 pilot territories of the country is made. Results of research testify the need of improvement of normative documents on setting standards for the doctors rendering the out-patient help to the population towards increase in time for visit of one patient.

Keywords: phototime supervision, improvement of normative documents, norms of time.