https://doi.org/10.29296/25877305-2021-01-17

Использование системы интенсивного функционирования в медицинских организациях

В.Г. Донцов, доктор медицинских наук, профессор,
Е.В. Донцова, доктор медицинских наук, доцент,
Л.А. Новикова, доктор медицинских наук, профессор,
Воронежский государственный университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России
E-mail: dontsov50@inbox.ru

При реформировании здравоохранения изменениям чаще подвергается только структурная его часть, технологической и функциональной частям не уделяется достаточно внимания, вследствие чего реформы и не дают ожидаемого эффекта. Судебно-медицинская служба может явиться экспериментальной базой для апробации новшеств организации здравоохранения без ущерба пациентам медицинских организаций. Разработаны системы для судебно-медицинской службы, которые могут быть внедрены в практику разных подразделений многопрофильной больницы после нетрудоемкой адаптации к конкретным условиям.

Ключевые слова: организация здравоохранения, конечный результат медицинского производства, показатель объема, показатель качества, показатель своевременности, материальный стимулирующий фактор.

Для цитирования: Донцов В.Г., Донцова Е.В., Новикова Л.А. Использование системы интенсивного функционирования в медицинских организациях. Врач. 2021; 32 (1): 84–87. https://doi.org/10.29296/25877305-2021-01-17

Организованные сферы производственной деятельности человека, в том числе подразделения медицинских организаций, состоят из 3 систем: структурной, функциональной и технологической, которые выступают как одно целое. Реформирование же затрагивает в основном структурную систему, т.е. происходит реструктуризация. При этом авторы реформ указывают (или подразумевают), что реформируется якобы все здравоохранение. Но от их напряженного труда зависит очень немногое. Качество медицинской помощи или вовсе не улучшается, или в значительной степени ухудшается [1, 8, 9].

Поскольку судебно-медицинская экспертиза претендует на роль испытательного полигона, приведем пример из практики работы экспертного учреждения в экстенсивных условиях, когда расширялись производственные площади, увеличивались кадровые, материально-технические, информационные и финансовые ресурсы, которые выделялись по запросу из государственных запасов. Осваивались и внедрялись новые методики исследований, предлагаемые различными разработчиками, в основном методическими подразделениями Главной экспертизы РСФСР и СССР (1983–1986 гг.). Коллективу учреждения знать об этом было ни к чему, потому что ничьих интересов это не затрагивало. На показатели работы учреждения и эксперта все это само по себе повлиять не могло. Так что же происходило на самом деле? В большинстве отделений, несмотря на увеличение ресурсов и усиление привычных управленческих мер воздействия на исполнителей падало значение конечных результатов и производительности труда, или оставалось на том же уровне, ниже нормативов.

Примером неуклонного падения исходных и конечного показателей экспертного производства является объективная картина деятельности двух подразделений регионального экспертного учреждения – танатологического и экспертизы живых лиц (табл. 1, 2) в прежней социалистической общественно-политической формации. Исследование проведено в 1983–1986 гг. в Воронежском областном бюро судебно-медицинской экспертизы (Донцов В.Г., 1987–2020) [2–7].

Несмотря на то, что общественно-политическая формация изменилась, в здравоохранении продолжают использоваться некоторые методы социализма, такие как способы формирования и расходования финансового ресурса, а также расчет на 1 усредненного пациен-

Таблица 1

Конечный результат и коэффициенты производительности труда танатологического отдела при экстенсивной системе работы

Table 1

The final result and coefficients of labor productivity in the thanatology unit with a high-performance work system

Период проведения (1983–1986)		Конечный результат			КПм	КПп
		ПП	Пок	Пс		
1-й год	M	239,42	232,16	7,26	1,58	0,80
	m	1,91	0,55	1,88		
2-й год	M	224,71	232,12	-7,42	1,63	0,77
	m	0,52	0,64	0,39		
	p	<0,400	–	<0,050		
3-й год	M	217,61	227,31	-9,70	1,44	0,66
	m	0,49	0,49	0,37		
	p	<0,100	0,050	<0,400		
4-й год	M	220,22	222,29	-2,08	0,96	0,44
	m	0,48	0,44	0,33		
	p	–	<0,010	<0,001		

Примечание. ПП – полимерный показатель; Пок – показатель объема и качества; Пс – показатель своевременности; КПм – показатель производительности труда, высчитываемый с помощью мономерного Министерского норматива, работающего эксперта; КПп – показатель производительности труда, высчитываемый с помощью полимерного, собственного норматива, на 1 «среднего» эксперта.

та (когда считалось, что все пациенты равны). Сегодня пациентов условно можно разделить на социально незащищенных (пенсионеры, лица без определенного места жительства, брошенные дети и прочие), работающее население и владельцев средств производства. Каждая группа со своими заболеваниями, возможностями в формировании ресурсов, чаяниями и заботами, представлениями об условиях существования, в том числе и во время лечения. Тем не менее каждого пациента, вне зависимости от его социального и материального статуса, врач должен лечить одинаково хорошо, чего не происходит на деле, несмотря на административные или пропагандистские меры.

СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Для изменения ситуации необходимо разрабатывать и внедрять факторы материального стимулирования – систему дифференцированной заработной платы в размерах, строго адекватных вложенному полезному труду [1].

Полезный труд и конечный результат характеризуются тремя параметрами: объемом, качеством и сроками.

Под **объемом** экспертизы и медицинской помощи мы понимаем совокупность действий на этапах подготовки исследования, сбора диагностической информации, анализа диагностических признаков и обобщения результатов анализа в выводы, а также при лечении и реабилитации.

Качеством при этом является степень строгости выполнения заранее предопределенного технологического процесса.

Обоснованные **сроки** определяются из суммарного времени на выполнение всех элементов при условии непрерывности производства.

Таким образом, показатели конечного результата медицинского производства предопределяют уровень технологичности процесса. В то же время показатели конечного результата напрямую отражают трудозатраты на их производство, причем от уровня используемых технологий зависят соотношения и пропорции между интеллектуальным и физическим трудом.

Инструментом для измерения показателей конечного результата стали **технологические алгоритмы** по направлениям медицинской деятельности [4, 5].

При этом конечным результатом экспертного производства можно считать фрагмент экспертизы, выполненный в конкретном отделении, или всю экспертизу в целом, или экспертизу как доказательство, или экспертизу как доказательство при состоявшемся приговоре суда. Очевидно, что конечным результатом экспертной работы должно быть доказательство по делу при вступившем в силу приговоре суда. Однако в настоящее время, когда эксперты ограничены выполненной работой, вне зависимости от того, стала ли их работа материалами дела, будет выбран промежуточный вариант, когда конечным результатом будет считаться экспертное исследование, то есть выполненное задание, данное эксперту следователем, или его начальством.

В медицинских организациях используется более однозначное определение: **конечным результатом** работы врача и лечебного учреждения в целом является **исход заболевания**, с которым пациент обратился за медицинской помощью.

На основании балльной оценки работы каждого врача, учитывая его объем работы, ее качество и своевременность, составляем рейтинговые списки медицинских работников [6, 7], которые в дальнейшем потребуются для выполнения нескольких задач:

- для измерения показателей конечного результата в единой числовой системе;
- для измерения полезного труда медицинских работников с возможностью разложить на составляющие;
- для назначения адекватной зарплаты, чтобы она выполняла в том числе мотивирующую роль;
- для обучения;
- для выявления наименьших теоретических и практических навыков отдельных частей, блоков, звеньев, элементов технологических линий у конкретных врачей;
- для измерения высоты применяемых технологий;
- для прочего.

Система интенсивного функционирования является универсальной. Действует всегда, особенно успешно в условиях современной общественно-политической

Таблица 2

Конечный результат и коэффициенты производительности труда отдела экспертизы потерпевших при экстенсивной системе работы

Table 2

The final result and coefficients of labor productivity in the victims examination unit with a high-performance work system

Период проведения (1983–1986)		Конечный результат			КПм	КПп
		ПП	Пок	Пс		
1-й год	M	50,60	42,17	8,43	1,59	1,81
	m	0,27	0,22	0,06		
2-й год	M	50,86	42,31	8,55	1,56	1,79
	m	0,30	0,25	0,07		
	p	–	–	–		
3-й год	M	52,81	44,14	8,67	1,39	1,66
	m	0,33	0,09	0,06		
	p	<0,400	<0,200	–		
4-й год	M	51,44	43,34	8,10	1,38	1,60
	m	0,25	0,21	0,06		
	p	–	–	–		

формации. Система интенсивного функционирования представлена на рисунке [3, 7].

В 1990–1993 гг. в Воронежском областном бюро судебно-медицинской экспертизы проводилось исследование по внедрению в работу медицинской организации системы интенсивного функционирования, конечный результат и коэффициенты производительности труда представлены в табл. 3, 4. Подробные результаты исследования были опубликованы ранее [2–7].

Следует указать, что разница в темпах улучшения конечного результата, повышения производительности труда в подразделениях обусловлены разными стартовыми условиями, разницей в техническом оснащении, разными традициями, квалификацией сотрудников, коллективными способностями. Это обстоятельство указывает еще и на то, что не только индивиды обладают разными производственными способностями, но и целые коллективы.

Нужно учитывать еще один немаловажный фактор – развитие любой медицинской службы проходит 3 этапа. На 1-м этапе работники под влиянием стимуляторов материального характера используют по максимуму все новшества, на 2-м – применяют все то, что известно передовой науке, на 3-м – самостоятельно разрабатывают и применяют наиболее эффективные приемы работы, т.е. занимаются прикладной наукой, что доступно не каждому эксперту. Учитывая этот факт, от руководителей зависит степень распространения новшества, в чем работники должны быть заинтересованы. При реализации распространения и внедрения нового возможны разные формы.

Система интенсивного функционирования медицинской организации
An intensive functioning system of a medical organization

Таблица 3

Конечный результат и коэффициенты производительности труда танатологического отдела при интенсивной системе работы

Table 3

The final result and coefficients of labor productivity in the thanatology unit with a high-performance work system

Период проведения (1990–1993)		Конечный результат			КПм	КПп
		ПП	Пок	Пс		
1-й год	M	412,72	365,91	46,81	2,70	2,34
	m	1,88	1,62	0,53		
	p	<0,001	<0,001	<0,001		
2-й год	M	554,97	489,32	65,64	3,42	3,98
	m	3,47	2,90	1,04		
	p	<0,001	<0,001	<0,001		
3-й год	M	733,95	600,62	133,32	3,59	5,52
	m	4,76	3,98	1,08		
	p	<0,001	<0,001	<0,001		
4-й год	M	580,38	499,38	81,00	6,34	7,72
	m	4,52	3,70	1,30		
	p	<0,001	<0,001	<0,001		

Таблица 4

Конечный результат и коэффициенты производительности труда отдела экспертизы потерпевших при интенсивной системе работы

Table 4

The final result and coefficients of labor productivity in the victims examination unit with a high-performance work system

Период проведения (1990–1993)		Конечный результат			КПм	КПп
		ПП	Пок	Пс		
1-й год	M	84,27	68,04	16,23	1,92	3,64
	m	0,64	0,52	0,13		
	p	<0,001	<0,001	<0,010		
2-й год	M	96,94	78,64	18,30	3,17	6,93
	m	0,73	0,58	0,18		
	p	<0,050	<0,001	–		
3-й год	M	97,50	78,41	19,08	1,93	4,23
	m	0.81	0,65	0,17		
	p	–	–	–		
4-й год	M	103,18	82,92	20,26	1,91	4,45
	m	0,67	0,54	0,14		
	p	<0,400	<0,100	–		

Также нужно обратить внимание на то, что в разной по характеру работе длительность каждого периода разная. В нашем же исследовании применяли одинаковые временные периоды для всех направлений, поэтому картина в подразделениях так отличается.

Таким образом, на примере судебно-медицинской службы показано влияние материальных факторов на неуклонный рост конечного результата экспертизы.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Литература/Reference

1. Вялков А.И., Райзберг Б.А и др. Управление и экономика здравоохранения. Учеб. пособ. Под ред. А.И. Вялкова. 3-е изд., доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 664 с. [Vyalkov A.I., Raizberg B.A et al. Upravlenie i ekonomika zdravookhraneniya. Ucheb. posob. Pod red. A.I. Vyalkova. 3-e izd., dop. M.: GEOTAR-Media, 2009; 664 s. (in Russ.)].

2. Донцов В.Г. Формирование и рациональное использование ресурсов учреждений здравоохранения. В сб. науч. Тр.: Современные технологии в здравоохранении и медицине. Воронеж, 2000; с. 8–12 [Dontsov V.G. Formirovanie i ratsional'noe ispol'zovanie resursov uchrezhdenii zdravookhraneniya. V sb. nauch. Tr.: Sovremennye tekhnologii v zdravookhranenii i meditsine. Voronezh, 2000; s. 8–12 (in Russ.)].

3. Донцов В.Г. Подходы к формированию современных технологий производства экспертиз и регулирования экспертного процесса. *Судебно-медицинская экспертиза.* 1995; 2: 27–9 [Dontsov V.G. Podkhody k formirovaniyu sovremennykh tekhnologii proizvodstva ekspertiz i regulirovaniya ekspertnogo protsessa. *Sudebno-meditsinskaya ekspertiza.* 1995; 2: 27–9 (in Russ.)].

4. Донцов В.Г. Технологические алгоритмы – универсальный инструмент системы интенсивного функционирования судебно-медицинской службы региона. *Судебно-медицинская экспертиза*. 1995; 4: 31–3 [Dontsov V.G. Tekhnologicheskie algoritmy – universal'nyi instrument sistemy intensivnogo funktsionirovaniya sudebno-meditsinskoi sluzhby regiona. *Sudebno-meditsinskaya ekspertiza.* 1995; 4: 31–3 (in Russ.)].

5. Донцов В.Г. Судебно-медицинское функционирование. Воронеж: Издательство «Истоки», 2014; 160 с. [Dontsov V.G. Sudebno-meditsinskoe funktsionirovanie. Voronezh: Izdatel'stvo «Istoki», 2014; 160 s. (in Russ.)].

6. Донцов В.Г. Судебно-медицинская структуризация. Воронеж: Издательство «Истоки», 2016; 176 с. [Dontsov V.G. Sudebno-meditsinskaya strukturizatsiya. Voronezh: Izdatel'stvo «Istoki», 2016; 176 s. (in Russ.)].

7. Донцов В.Г., Донцова Е.В., Новикова Л.А. и др. Комплексное реформирование технологической, функциональной и структурной систем работы кожных подразделений больниц. *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2020; 19 (3): 211–8 [Dontsov V.G., Dontsova E.V., Novikova L.A. et al. Comprehensive reforming of technological, functional and structural systems of skin units of hospitals. *System analysis and management in biomedical systems.* 2020; 19 (3): 211–8 (in Russ.)]. DOI: 10.36622/VSTU.2020.19.3.026

8. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 512 с. [Lisitsyn Yu.P. Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie. Uchebnik. 2-e izd. M.: GEOTAR-Media, 2009; 512 s. (in Russ.)].

9. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; 704 с. [(in Russ.)]. Ulumbekova G.E. Zdravookhranenie Rossii. Chto nado delat'. 2-e izd. M.: GEOTAR-Media, 2015; 704 s.

THE USE OF AN INTENSIVE FUNCTIONING SYSTEM IN MEDICAL ORGANIZATIONS

*Professor **V. Dontsov**, MD; Associate Professor **E. Dontsova**, MD; Professor **L. Novikova**, MD*
N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, Ministry of Health of Russia

When reforming public health, only its structural part often undergoes changes, the technological and functional parts do not receive enough attention, as a consequence the reforms do not give the expected effect. The forensic medical service can serve as an experimental base for testing innovations in the organization of public health without patient harm in healthcare facilities. Systems for the forensic medical service have been developed, which can be introduced into the practice of different units of a multidisciplinary hospital after easy adaptation to specific conditions.

Key words: *organization of public health; end result of medical production; volume indicator; quality indicator; timeliness indicator, material motivating factor.*

For citation: *Dontsov V., Dontsova E., Novikova L. The use of an intensive functioning system in medical organizations. Vrach. 2021; 32 (1): 84–87. https://doi.org/10.29296/25877305-2021-01-17*