УДК 614.2-083.53 (048)

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԻ, ԲՈՒԺԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՈՐԱԿԻ ԵՎ ՎԵՐՋՆԱԿԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔԻ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ՇՈՒԿԱՅԻ ՁԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ

Ժ. Ա. Սահակյան

/ՀՀ ԱՆ Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտ/
375051 Երևան, Կոմիտասի պող. 49/4

Բանալի բառեր. բուժօգնություն, արդյունավետություն, ինտենսիվություն, սկրինինգ, շուկա

Առողջապահական շուկայի ձևավորման արդի փուլում առողջապահության համակարգի առջև ծառացած բազմաթիվ խնդիրների շարքում առաջնահերթ և կարևորագույն տեղ են զբաղեցնում բժշկական անձնակազմի աշխատանքի արդյունավետության բարձրացման, բուժական օգնության որակի բարելավման և ցանկալի վերջնական արդյունքի ձեռք բերման հարցերը:

Մեր կողմից կատարված ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ ցանկալի արդյունքի հասնելու հնարավորությունները մեծապես կախված են բժշկի կողմից կատարված աշխատանքի ծավալից, ցուցաբերած բուժական օգնության որակից և սպասվելիք վերջնական արդյունքին համարժեք տարբերակված վճարից: Ուստի, անհրաժեշտ է մշակել այնպիսի մեխանիզմներ, որոնք հնարավորություն կտան, յուրաքանչյուր դեպքում, օբյեկտիվորեն գնահատել և որոշել բժշկի կողմից կատարված աշխատանքի ծավալը, որակը, սպասվելիք վերջնական արդյունքը, ինչպես նաև, համարժեք վճարի չափը: Այդ առնչությամբ մեզ համար մատչելի հրապարակումներում տարբեր հեղինակների կողմից [1-9] առաջարկվում են աշխատանքի վճարման տարբեր մեթոդներ, որոնք իրենց նշանակությամբ գրեթե նույն նպատակն են հետապնդում, սակայն տարբեր են աշխատանքի գնահատման և ծախսերի հաշվարկման եղանակները, որոնց գիտական վերլուծությունից և արդյունավետության ուսումնասիրությունից պարզվել է, որ ներկա պայմանների պահանջներին համապատասխան, անհրաժեշտ է հստակեցնել մի քանի հիմնահարցեր, որոնք կարևոր դեր ունեն առաջադրված խնդիրների լուծման համար: Դրանք են.

- աշխատանքի արտադրողականության խթանում
- աշխատանքի ինտենսիվության թույլատրելի սահմանի որոշում
- բուժական օգնության և բժշկական ծառայությունների քանակի և որակի հարաբերակցության օբյեկտիվ օրինաչափությունների սահմանում
- բուժօգնության և սպասարկումների որակի փորձաքննություն:

Ահա այն խնդիրները, որոնք որոշակի դեր ու նշանակություն ունեն առողջապահական շուկայի ձևավորման ընթացքում, որպես աշխատանքի որակի նկատմամբ բժշկի շահագրգռվածությունը խթանող գործոն, ինչը մեր օրերում մեծ մաս բուժաշխատողների, մասնավորապես, բժշկների մոտ անտեսվում է և հիմնականում կապված է աշխատանքի որակի և աշխատավարձի չափի փոխկախվածության բացակայության հետ: Քննարկվող խնդրին վերաբերող հնարավոր աղբյուրների ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ բժշկի աշխատանքի որակի, ծավալի և վերջնական արդյունքի գնահատման, ինչպես նաև կատարած աշխատանքին համարժեք վճարի մեծությունը որոշելու համար օգտագործում են աշխատանքային ստանդարտներ (նորմատիվներ), և քանի որ, ՀՀ առողջապահության համակարգում մինչև օրս գիտականորեն հիմնավորված, ըստ բժշկական մասնագիտությունների, աշխատանքային ստանդարտներ չեն կիրառվում, հետևաբար, տվյալ դեպքում կիրառելի ենք համարում Ռուսաստանյան Դաշնությունում (ՌԴ) ընդունված ստանդարտները [3]: Առաջարկվող մեթոդի հիմքում ընկած են՝ բժիշկ-մասնագետի գիտելիքների մակարդակն ու արհեստավարժությունը, աշխատանքի և այցելուի նկատմամբ մասնագետի վերաբերմունքը, կատարած աշխատանքի ծավալը (աշխատանքային ստանդարտի համեմատությամբ), բուժական օգնության որակը՝ ախտորոշման ճշտությունը և բուժման տակտիկայի ընտրության համարժեքությունը, ծախսված ժամանակը (ըստ նորմատիվի) և այլն:

Առաջնորդվելով վերը նկարագրված գաղափարով, առաջարկվում է բժիշկ-մասնագետի աշխատավարձը հաշվարկելու համար օգտվել հետևյալ բանաձևից.

$$S = G.\ V.\ R.\ Cr.\ Icc.\ Qcc.\ P. \quad (1)$$

որտեղ՝ **S**- աշխատավարձն է
G- վարձացուցակային հաստիքն է
V- կատարած աշխատանքի ծավալն է, ստանդարտի հաշվարկով
R- ռեալ ծախսված աշխատանքի ծավալի գործակիցն է
Cr- արտակարգ (էքստրեմալ) ռեժիմում աշխատելու արտադրական անհրաժեշտության գործակիցն է

Icc- արտադրական ուղղման գործակիցն է
Qcc- որակական ուղղման գործակիցն է
P- արհեստավարժության գործակիցն է

Աշխատանքի ծավալի (v) հաշվարկը կատարում են հաստիքներով, փաստացի կատարված աշխատանքի ծավալի հարաբերակցությամբ նորմատիվին, որի համար սահմանում են պայմանական հաշվարկային միավոր (1միավ. =10որոպ.):

Ռեալ ծախսված աշխատանքի ծավալի գործակիցը (R) հաշվարկում են ուղիղ կախվածությամբ աշխատանքի ինտենսիվության ռեժիմից:

Տարբերում են աշխատանքի ինտենսիվության ռեժիմի հետևյալ տեսակները՝

- կանոնավոր (կամ նորմալ) աշխատանքային ռեժիմ՝ աշխատանքի այնպիսի ինտենսիվություն, որի դեպքում կատարվում է մեկ լրիվ ստանդարտ (նորմատիվ)
- ինտենսիվ (կամ լարված) ռեժիմ, որի դեպքում ի հաշիվ ժամանակի ռացիոնալ օգտագործման, բժշկի փորձի և առանց ստանդարտի (նորմատիվի) տեխնոլոգիայից շեղումների կատարվում է առավել մեծ ծավալի աշխատանք
- կիսասկրինինգի ռեժիմ՝ աշխատանքի այնպիսի ռեժիմ, որի դեպքում ստանդարտի ոչ հիմնական տեխնոլոգիական օղակները պարզեցվում են, սակայն ռազմավարականները՝ կատարվում են որակով
- սկրինինգի ռեժիմ՝ աշխատանքի այնպիսի ինտենսիվություն, որի դեպքում ստանդարտի ոչ հիմնական տեխնոլոգիական օղակները և՛ պարզեցվում են, և՛ չեն կատարվում:

Յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում սահմանում են աշխատանքի ինտենսիվության գործակից: Այսպես՝

- Կանոնավոր և ինտենսիվ ռեժիմների դեպքում աշխատանքի ինտենսիվության գործակիցը ընդունում են որպես ելակետային և սահմանում՝ =1,0:
- Աշխատանքի առավել թույլատրելի ինտենսիվության ռեժիմը (max R1) հանդիսանում է սահմանային ինտենսիվ և կիսասկրինինգ ռեժիմների միջև:
- Գերինտենսիվ ռեժիմների դեպքում (կիսասկրինինգ և սկրինինգ) աշխատանքի ինտենսիվության գործակիցը (R) փոքրանում է R1-ի մեծացմանը համապատասխան և հաշվարկում են հետևյալ բանաձևով՝ R=maxR1 : R1 գերինտենսիվ:

Հիշատակված ռեժիմներում գործակիցը սահմանում են ստանդարտի (նորմատիվի) տեխնոլոգիական օղակներին համապատասխան:

- Գերինտենսիվ ռեժիմում աշխատելու արտադրական անհրաժեշտության դեպքում, խթանող գործոնը հանդիսանում է **Cr**,որը սահմանում և հաշվարկում են հետևյալ դեպքերում՝
  - աշխատանքի երկարատև կատարման դեպքում (արձակուրդ, հիվանդություն և այլն) Cr =(1-R).n+R.Π=N:100%, որտեղ N հիմնարկի ղեկավարի կողմից պայմանագրով սահմանված փոխհատուցման %-ն է:
  - կարճաժամկետ և շտապ կարգով **(cito)** աշխատանքի լրացուցիչ ծավալի կատարման դեպքում $$Cr = \frac{v(cito)}{v(common)} + 1$$
- **Icc**-ն բնութագրում է բուժաշխատողի (բժշկի) վերաբերմունքն ինչպես աշխատանքի, այնպես էլ այցելուների նկատմամբ և ստորաբաժանվում է բարձրացնող (կամ խրախուսական) և նվազեցնող (կամ տուգանքային) գործակիցների:
  - Բարձրացնող գործակիցը սահմանում են բուժական և ախտորոշման գործընթացներում խախտումները կանխելու նպատակով, կապված հարակից ծառայությունների կողմից թույլ տրված կազմակերպչական սխալների հետ, ինչպես նաև, երիտասարդ մասնագետների պատրաստման, ուրիշին անձնական փորձի հաղորդման, նորագույն տեխնոլոգիաների և ապարատների յուրացման, նորարարության համար և այլն:
  - Նվազեցնող գործակիցը սահմանում են աշխատանքային կարգապահության խանգարման, էթիկայի և դեոնտոլոգիայի չպահպանման, ծառայություններիթերի և ապարատուրայի ոչ ռացիոնալ օգտագործման, աշխատանքները ժամանակին չկատարելու, սանիտարա-հակահամաճարակային ռեժիմի խախտումների, տեխնիկայի անվտանգությունը չապահովելու համար և այլն:
- **Qcc**-ն բնութագրում է կոնկրետ դեպքում աշխատանքի կատարման որակը, և նույնպես ստորաբաժանվում է բարձրացնող (կամ խրախուսական) և նվազեցնող (կամ տուգանքային) գործակիցների:
  - Բարձրացնող գործակիցն, այս դեպքում, սահմանում են վերջնական արդյունքը բարելավող յուրաքանչյուր կոնկրետ որակյալ օգնության և հիվանդի կյանքի համար տագնապալից իրավիճակում կատարված յուրաքանչյուր բարձր որակի օգնության համար:
  - Նվազեցնող գործակիցը սահմանում են յուրաքանչյուր ախտորոշման կոպիտ սխալի (բուժական գործընթացի վրա չազդող, բուժական գործընթացը վատացնող, մահվան ելքի

հանգեցնող), հաջորդական կապերի խանգարման, կանոնավոր և ինտենսիվ ռեժիմներում բուժական օգնության (կամ ծառայությունների) իրականացման տեխնոլոգիաների խախտման համար:

- P-ն հարաբերորեն հաստատուն մեծություն է և բնորոշում է յուրաքանչյուր բժշկի մասնագիտական պատրաստվածության մակարդակը: Այն հաշվարկում են Qcc-ի հիման վրա որոշակի ժամանակահատվածի ընթացքում (6ամիս, 1տարի):

Բժշկի մասնագիտական պատրաստվածության մակարդակի չափանիշները որոշում են ելնելով վիճակագրական տվյալների վերլուծությունից, աշխատանքային պայմաններից և վերջնական արդյունքից:

Բժշկի մասնագիտական պատրաստվածության մակարդակի չափանիշները ըստ միջին Qcc-ի 6 ամիսների համար

Տարբերում են բժշկի մասնագիտական պատրաստվածության մակարդակի հետևյալ չափանիշները

- որակազրկում 0,8-ից ցածր (1)
- ցածր մակարդակ 0,8- 0,95(2)
- միջին մակարդակ 0,95-1,1 (3)
- առաջին մակարդակի արհեստավարժություն 1,1-1,3(4)
- երկրորդ մակարդակի արհեստավարժություն 1,3-1,5(5)
- արտակարգ արհեստավարժություն 1,5-ից բարձր (6)

Աշխատավարձի հաշվարկի օրինակներ (գերձայնային հետազոտության բաժանմունքի համար)

Եղակետային տվյալներ (ըստ ՌԴ ընդունված նորմատիվների)

- բժշկի ամենամսյա ծանրաբեռնվածությունը 1 հաստիքի դիմաց 816 միավոր գերձայնային հետազոտություն
- ամենօրյա ժամանակածախսը հետազոտություն կատարելու համար (5 օրյա շաբաթով) 6 ժամ 30 րոպե
- աշխատանքի առավել թույլատրելի ինտենսիվությունը (max R1) R=1,0 դեպքում կազմում է 1,96 հաստիք

Օրինակ 1

Բժիշկ Գ-ն 1 ամսվա ընթացքում կատարել է՝

- *1468,8 միավոր ծավալի (v) աշխատանք*
- *ամենօրյա հետազոտական աշխատանքի համար ծախսել է 7 ժամ (t=7)*
- *կատարված աշխատանքի ծավալից 80 միավոր իրականացրել է շտապ կարգով (cito)*
- *հայտնաբերել է 5 դժվար ախտորոշվող հիվանդություն, որի բուժման տակտիկան չի փոխվել (Qcc=1,02 յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքի համար)*
- *հայտնաբերել է 2 դժվար ախտորոշվող հիվանդություն, որոնց բուժման տակտիկան հիվանդի կյանքի համար կրիտիկական իրավիճակում փոխվել է (Qcc=1,1 յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքի համար)*
- *բժիշկը համարվում է արտակարգ արհեստավարժ (P = 1,5)*

Հաշվարկի ընթացքը

- *կատարված աշխատանքի ծավալը հաստիքներով (Vg)*

Vg=1468,8:816=1,8

- *ծախսված ժամանակը հաստիքներով (tg)*

tg=7ժամ : 6 ժամ 30 րոպե=1,1

- *աշխատանքի ինտենսիվությունը (R1=Vg: tg=1,8: 1,1=1,64) համապատասխանում է ինտենսիվ ռեժիմին R=1,0*
- *աշխատանքի արտակարգ (էքստրեմալ) ռեժիմի դեպքում արտադրական անհրաժեշտության գործակիցը*

Cr=V (cito) : v (common) +1=1,05

- *Icc = 1,0*
- *Qcc = 1, 02 x 1,0 2 x 1,02 x 1,02 x 1,02 x 1,1 x 1,1=1,33*
- *P = 1,5*

Ընդհանուր S=Gx1,8(v) x 1,0(R)x1,05(Cr)x1,0(Icc)x1,33(Qcc)x1,5(P)=Gx3,77

Օրինակ 2

Բժիշկ Խ-ն 1 ամսվա ընթացքում կատարել է՝

- *2448 միավոր ծավալի (v) աշխատանք*
- *ամենօրյա հետազոտական աշխատանքի վրա ծախսել է 5 ժամ (t = 5)*
- *2 անգամ չափազանց է հիվանդների ընդունելության ժամանակացույցը (Icc=0,98 յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքի համար)*
- *այցելուներից ունեցել է 1 հիմնավորված բողոք (Icc=0,95)*

- *թույլ է տվել բուժման տակտիկայի վրա չազդող սխալներ 2 կոպիտ սխալ (Qcc=0,99 յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքի համար)*
- *թույլ է տվել բուժման տակտիկայի վրա ազդող սխալներ 1 կոպիտ սխալ (Qcc=0,98)*
- *ունի մասնագիտական միջին մակարդակ (P=1,0)*

Հաշվարկի ընթացքը
Vg=2448 : 816=3,0
Tg=5 ժամ : 6 ժամ 30 րոպե = 0,77
R1=3,0 : 0,77= 3,9
R =maxR1 ինտենս. : R1=1,96 : 3,9=0,5
Icc = 0,98 x 0,98 x 0,95 = 0,91
Qcc = 0,99 x 0,99 x 0,98 = 0,96
P = 1,0
Ընդհանուր՝ S=Gx3,0(v)x0,5(R)x1,0(Cr)x0,91(Icc)x0,96(Qcc)x1,0(P) =Gx1,31

Այսպիսով, բերված օրինակներից երևում է, որ աշխատանքային հավասար պայմանների դեպքում, անկախ կատարված աշխատանքի ծավալից, աշխատավարձի չափը մեծապես կախված է բժշկի կողմից ցուցաբերած բուժական օգնության, մատուցած ծառայությունների և վերջնական արդյունքի որակից: Առաջին դեպքում բժիշկը նույն աշխատանքային պայմաններում և աշխատանքի ինտենսիվության միևնույն ռեժիմում կատարել է փոքր ծավալի աշխատանք (1,8 հաստիքի չափով),սակայն ցուցաբերել է որակական լավ ցուցանիշներ, այսինքն՝ աշխատանքի և այցելությունների ճկատմամբ եղել է ուշադիր, ժամանակը և առողջապահական միջոցները օգտագործել է ռացիոնալ, հիվանդությունների ախտորոշման ընթացքում կոպիտ սխալներ չի թույլ տվել, այցելություններից հիմնավորված բողոքներ չեն եղել, որի արդյունքում ստացել է 3,77 հաստիքին համարժեք աշխատավարձ: Մինչդեռ, երկրորդ բժիշկը, որը կատարել է ավելի մեծ ծավալի աշխատանք (3,0 հաստիքի չափով), բայց ցուցաբերել է վատ որակական ցուցանիշներ, այսինքն՝ պատշաճ ուշադրություն չի դրսևորել աշխատանքի և այցելությունների ճկատմամբ, թույլ է տվել հիվանդությունների ախտորոշման 3 կոպիտ սխալ, 2 անգամ ձախողել է հիվանդների ընդունելիության ժամանակացույցը, այցելություններից եղել է 1 հիմնավորված բողոք և այլն, ինչի արդյունքում ստացել է մոտ 3 անգամ պակաս աշխատավարձ քան առաջին բժիշկը:

Այսպիսով, մեր կողմից կատարված գրական ակնարկից պարզ է դառնում, որ առողջապահական շուկայի ձևավորման ընթացքում, անկախ սեփականության ձևից, բուժաշխատողների աշխատանքի արդյունավետության բարձրացման (հիվանդությունների ժամանակին ու ճիշտ ախտորոշում, հիվանդների բուժման տակտիկայի ճիշտ ընտրություն և վերջնական արդյունքի որակի բարելավում) դժվարագույն խնդրի լուծման գործընթացում, որպես խոչնդոտող հանգամանքներ, հանդես են գալիս 2 կարևորագույն գործոններ՝

- բուժաշխատողների մասնագիտական պատասխանատվությունը աշխատանքի և այցելությունների (հիվանդների) ճկատմամբ
- բուժաշխատողների նյութական շահագրգռվածությունը տվյալ աշխատանքը պահանջվող որակով կատարելու համար:

Հիշատակված գործոնների խթանման համար շատ հետազոտողների կողմից [7-9], ելնելով առողջապահության համակարգի կառուցվածքից, սեփականության ձևից և գործող համակարգի տեսակից, առաջարկվում են բազմաթիվ և տարբեր պայմաններ, մեր կարծիքով սակայն, առավել կարևորվում են չորսը՝

- բուժաշխատողների համար անհրաժեշտ աշխատանքային պայմանների ստեղծումը (տեխնիկա-տեխնոլոգիական ապահովվածություն, բժշկական և գիտական տեղեկատվության ապահովում)
- բուժաշխատողների մասնագիտական պատրաստվածության մակարդակը (բարձր արհեստավարժություն)
- յուրաքանչյուր կոնկրետ բուժաշխատողի աշխատանքի ինտենսիվության, ծավալի և որակի առարկայական փորձագիտական գնահատում
- յուրաքանչյուր կոնկրետ բուժաշխատողի կողմից կատարված աշխատանքին համարժեք աշխատավարձի չափի որոշում և վճարում:

Ընդունվել է 09.03.2000թ.

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. *Գոլովսկոյ Բ. Վ. և համահեղ.* ՌԴ առողջապահություն, 6, 1996, էջ 26.
2. *Ֆեդորովա Մ. Բ. և համահեղ.* ՌԴ առողջապահություն, 1, 1996, էջ 40.
3. *Շիլովա Ս. Պ., Մուսաելյան Ա. Մ.* ՌԴ առողջապահություն, 3, 1997, էջ 16.
4. *Մոսկվիտին Ա. Վ.* ՌԴ առողջապահություն, 6, 1997, էջ 50.
5. *Կուլագինա Է. Բ., Վվեդենսկայա Ի. Բ.* ՌԴ առողջապահություն, 5, 1998, էջ 36.
6. *Գալկին Ռ. Ա. և համահեղ.* ՌԴ առողջապահություն, 6, 1998, էջ 35.
7. *Բեսրլենկո Ն. Ն., Կրասնոբաևա Տ. Բ.* ՌԴ առողջապահություն, 7, 1999, էջ 21.
8. *Կացման Մ. Վ.* Առողջապահության էկոնոմիկա, 2 - 3/ 36, 1999, էջ 44.
9. *Կալաշնիկով Վ. Վ.* Սոցիալական հիգիենայի, առողջապահության և բժշկության պատմության պրոբլեմները, 2, 1999, էջ 43.