

УДК 614.2:331.2

Чирков В.А., канд.мед.наук, РУДН, г. Москва

Реймер В.В., канд.экон.наук, доцент, ДальГАУ, г. Благовещенск

УРОВЕНЬ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ПЕРСОНАЛА И КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В статье рассматриваются различные варианты оплаты труда (американская, японская, западноевропейская). Проведен анализ мирового опыта организации и стимулирования труда работников с целью привнесения этого опыта в отечественное здравоохранение.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: РАЗМЕР ВОЗНАГРАЖДЕНИЯ РАБОТНИКА, ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА, НАДБАВКА К ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ, СТИМУЛИРУЮЩИЕ ВЫПЛАТЫ, ФИНАНСИРОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Chirkov V.A., candidate of medical sciences, Peoples' Friendship University of Russia;

Reymer V.V., candidate of economical sciences, associate professor,

Far Eastern State Agrarian University, Blagoveschensk

LEVEL OF STAFF'S SALARIES AND THE QUALITY OF MEDICAL CARE IN THE HEALTH – CARE SETTINGS

The article discusses various options for labour compensation (American, Japanese, Western European). Was done the analysis of international experience in organizing and promoting of employees' labour to bringing this experience in national health care.

KEY WORDS: AMOUNT OF WORKER'S COMPENSATION, SALARY, SALARY SUPPLEMENTS, INCENTIVE PAYMENTS, FINANCING HOSPITALS

В условиях недофинансирования здравоохранения остро стоит вопрос о необходимости перехода на экономические методы управления, внедрения новых форм оплаты труда, как на уровне учреждения, его подразделений, так и конкретных врачей. Несмотря на многовековую историю товарно-денежных отношений, в медицине идеальной модели оплаты медицинской помощи не сложилось ни в одной из стран: чрезвычайно сложно оптимизировать одновременно показатели эффективности использования ресурсов, качества и доступности медицинских услуг [3].

До недавнего времени оплата труда осуществлялась за счет универсальной для всех бюджетных организаций Единой тарифной сетки (ЕТС), но в настоящее время происходит переход на отраслевую систему оплаты труда. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 818 от 29.12.2007 г. определена универсальная система базовой ставки медицинских работников разных специальностей, изначально учитывающая все коэффициенты повышения, надбавки, что существенно упрощает систему расчета заработной платы, за исключением муниципальных надбавок к заработной плате и выплат стимулирующего характера. К выплатам стимулирующего характера отнесены выплаты за интенсивность и высокие результаты работы, качество выполняемых работ.

Учитывая вышеперечисленное, нами был проведен анализ мирового опыта организации и стимулирования труда работников, для привнесения этого опыта в отечественное здравоохранение. Оценки литературных данных показали, что условно можно выделить три варианта оплаты труда: американский, японский, западноевропейский [1].

В США и Канаде размер вознаграждения работника зависит прежде всего от результативности его деятельности. Вознаграждение работника основывается на компенсационных (в виде постоянного жалования) и стимулирующих выплатах.

Механизм стимулирования в рамках заработной платы (которая приобрела функции премиального поощрения, являясь переменной величиной), предусматривает два важных элемента:

– дифференциацию окладов с учетом качественных различий в труде;

– дифференциацию индивидуальной оплаты в пределах разряда или должности в зависимости от трудовых достижений, личных и деловых качеств на основе периодической аттестации (на предприятиях США аттестации проводятся систематически, оклады пересматриваются ежегодно почти у 90% работников).

При определении итогов работы основное внимание уделяется тому, какие качества работника влияют на результат. О «ценности» каждого вида деятельности судят по вкладу в

конечный результат работы компании в целом. Общие характеристики (критерии оценки) составляют базу для сравнения всех должностей и выступают в качестве факторов, по которым оценивается определенная должность по отношению к другим должностям. По мнению американских специалистов, это позволяет определить круг профессиональных знаний и умений, необходимых работнику для замещения той или иной должности.

В Японии руководствуются другими принципами. В качестве критериев оценки персонала используются коллективистские мотивационные критерии:

- возможность совмещения профессий;
- способность работать в коллективе;
- осознание значения своего труда для общего дела.

В основе кадровой политики лежат системы пожизненного найма, кадровой ротации, репутаций, обучения на рабочем месте, формирующие мощную мотивационную среду, которая позволяет готовить высокопрофессиональные кадры, эффективно реализовывать их творческий и интеллектуальный потенциал.

Действующая система мотивации персонала (и прежде всего оплаты труда) обеспечивает высокую результативность труда. Ранее, размер оплаты труда работников зависел от их возраста и стажа, но постепенно увеличивалось значение квалификации и эффективности труда. В настоящее время величина заработной платы на 40% определяется стажем работы в компании.

В 1970-х гг. в Японии предпринимались попытки внедрить американскую систему тарифных ставок, учитывающую квалификацию и результативность труда, однако они не увенчались успехом. Распространение получила синтезированная система, базирующаяся на использовании двух ставок: основной личной (ступень, определяемая на основе стажа и возраста сотрудников) и трудовой (разряд, соответствующий должности/квалификации работника, устанавливаемый в зависимости от квалификации и результативности труда). В типовых сетках оплаты труда 11 градаций и 32 ступени. Кроме того, большое значение придается дополнительным выплатам (пособия – семейное, транспортное, региональное, за особые условия труда). Два-три раза в год работники получают несколько должностных окладов в виде бонусов по результатам труда.

Для западноевропейских компаний характерны три модели стимулирования труда:

- беспремиальная (функции стимулирования труда выполняет заработная плата);

- премиальная, включающая выплаты, величина которых связана с размером дохода или прибыли предприятия;

- премиальная, предусматривающая выплаты, размеры которых устанавливаются с учетом индивидуальных результатов труда.

Премиальные модели оплаты труда реализуются путем привлечения работников к участию в прибылях (они получают дифференцированное годовое вознаграждение из прибыли компании):

- в доходах (из сумм дохода каждому работнику выплачивается вознаграждение, размер которого определяется по результатам оценки выполнения им производственного задания и не зависит от прибыли фирмы);

- в капитале (работники получают премии в виде акций по их номинальной цене).

На некоторых промышленных предприятиях Германии заключаются договоры, по которым работник обязуется с максимальной отдачей использовать свой потенциал, намечая определенные показатели результативности, при этом он имеет право распоряжаться своим рабочим временем по личному усмотрению. В итоге повышается трудовая мотивация – человек не просто выполняет поставленные перед ним задачи, но и привлекается к участию в управлении.

В Англии, Франции и ряде других стран получила распространение так называемая гибкая система оплаты, в основе которой – учет индивидуальных качеств работника, его заслуг и результатов работы с помощью специальных оценочных шкал по ряду факторов. При этом, по существу, происходит индивидуализация оплаты труда, против чего выступают профсоюзы, однако эту систему поддерживают высококвалифицированные специалисты и рабочие. Придавая большое значение квалификации работников, ряд западных фирм производит оплату труда не по разряду работ, а по разряду рабочих, что в большей степени стимулирует последних к повышению квалификации.

Все более активной становится тенденция к отказу не только от индивидуальной сделной, но и от повременной оплаты труда. При этом система материального стимулирования ориентируется на фактическую квалификацию работника, а не на указанную в дипломе. Работники получают фиксированное жалование за квалификацию, а не за количество человеко-часов, проведенных на своем рабочем месте. Под фактической квалификацией понимается способность работника не только выполнять свои служебные обязанности, но и участвовать в решении производственных проблем, разбираться в любом аспекте хозяйственной деятельности своего предприятия.

Таким образом, оценивая мировой опыт организации и стимулирования труда можно выделить несколько принципиальных положений, имеющих значение для отечественного здравоохранения.

1. При расчете оплаты труда должны учитываться:

- результат деятельности организации, подразделения, структурной единицы, специалиста. Должен оцениваться не только конкретный результат, но и результат, ориентированный на перспективу;

- фактический трудовой вклад сотрудника в полученном результате;

- эффективность труда;

- квалификация специалиста, его способность заменить другого сотрудника.

2. Оплата труда осуществляется согласно ценности каждого вида деятельности, например, она различается в производственных и обеспечивающих структурных подразделениях.

3. Общие характеристики (критерии оценки) должны обеспечивать сравнение всех должностей и выступать в качестве факторов, по которым оценивается определенная должность по отношению к другим должностям.

4. Не должны учитываться при расчете величины оплаты труда:

- человеко-часы, проведенные на рабочем месте (повременная система оплаты труда не эффективна);

- возраст работника.

Ввиду изложенного, представляется интересным, провести оценку качества и экономических результатов работы некоторых лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Московской области. В последние годы значительно улучшилось финансирование государственных и муниципальных ЛПУ, работающих в системе обязательного медицинского страхования. По общим методическим приемам проведена оценка роста заработной платы в ряде ЛПУ Московской области за период с 2006 по 2010 гг. Критериями отбора ЛПУ для этого анализа были:

1. Уровень учреждения: центральная районная (городская) больница, городская больница.

2. Статус учреждений – муниципальный.

3. Территориально учреждения располагаются в различных районах Московской области.

4. Наличие в составе учреждения стационара и поликлиники.

5. Мощность многопрофильного стационара от 180 до 540 коек.

Уровень средней месячной заработной платы работников этих ЛПУ представлен в таблице 1.

Таблица 1

Уровень средней месячной заработной платы работников ряда ЛПУ Московской области (тыс. руб.)

Уровень средней месячной заработной платы	Категория работника	Годы				
		2006	2007	2008	2009	2010
МУЗ «Волоколамская ЦРБ»	врач	7,5	9,1	10,4	16,5	25,0
	ср.мед.перс.	3,5	4,5	5,6	8,1	12,5
МУЗ «ЦГБ г. Долгопрудного»	врач	7,1	8,1	11,1	17,1	21,2
	ср.мед.перс.	5,4	7,5	9,1	13,3	18,5
МУ «Зарайская ЦРБ»	врач	6,9	7,4	8,8	16,6	22,8
	ср.мед.перс.	4,3	4,5	5,5	9,8	13,9
МУЗ «Звенигородская ЦГБ»	врач	7,7	10,1	9,4	20,9	30,7
	ср.мед.перс.	5,7	6,9	5,4	11,9	16,1
МЛПУ «Лобненская ЦГБ»	врач	3,2	4,4	5,3	17,1	19,2
	ср.мед.перс.	2,1	2,9	3,5	13,8	15,4
МУ «Луховицкая ЦРБ»	врач	6,0	7,4	9,8	14,8	20,5
	ср.мед.перс.	3,3	4,5	6,0	8,5	12,0
МУЗ «Озёрская ЦРБ»	врач	9,7	11,2	12,9	15,7	23,3
	ср.мед.перс.	4,2	5,8	7,0	8,3	13,1
МУЗ «Павлово-Посадская ЦРБ»	врач	4,8	5,5	6,7	9,0	13,8
	ср.мед.перс.	2,9	3,3	4,3	5,9	10,1
Средний показатель по ЛПУ	врач	6,6	7,9	9,3	16,0	22,1
	ср.мед.перс.	3,9	5,0	5,8	10,0	14,0
Средний процент прироста заработной платы	врач	-	+19,7	+17,7	+72,0	+38,1
	ср.мед.перс.	-	+28,2	+16	+72,4	+40

Как следует из таблицы, уровень заработной платы врачей и среднего медицинского персонала в период с 2006 по 2010 гг. неуклонно рос, для врачей – в 3,3 раза, для среднего медицинского персонала – в 3,6 ра-

за. Особенно прирост заработной платы (по сравнению с предыдущим годом) отмечен в 2009 и 2010 гг. Для врачей он составил соответственно: 72% и 38,1%, для среднего медицинского персонала – 72,4% и 40%.

Данный рост заработной платы был обеспечен бюджетом за счет увеличения финансирования ЛПУ через рост стоимости балла – условной, рассчитываемой величины,

выражающей объём выполненной учреждением работы по оказанию медицинской помощи населению (табл. 2).

Таблица 2

Рост стоимости балла (руб.)					
Год	2006	2007	2008	2009	2010
Стоимость балла	26,64	26,71	30,91	42,0	62,0

За период 2006-2010 гг. стоимость балла возросла в 2,3 раза.

Улучшая финансирование отрасли и обеспечивая рост заработной платы государство предполагает получить от сотрудников здравоохранения улучшения качества оказываемой ими медицинской помощи (КМП).

Оценивая результаты вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП), отраженные в таблицах ПГ («права граждан») в выше перечисленных лечебных учреждениях со стороны страховых медицинских организаций и МОФОМС (табл. № 3) к сожалению можно констатировать ухудшение показателей КМП.

Во всех ЛПУ, как и в среднем по Московской области, показатели КМП в 2010 г. хуже, чем в 2006 г. Причем, прослеживается тенденция, выражающаяся в том, что чем

выше процент прироста заработной платы медицинских работников (2009 и 2010 гг.), тем выше процент дефектов КМП в большинстве перечисленных ЛПУ.

По данным Московского областного фонда ОМС за период с 2006 по 2010 гг. общая сумма удержания средств из-за частичной или полной неоплаты медицинских услуг по результатам экспертизы качества медицинской помощи по ЛПУ Московской области возросла с 30 млн. до 285,9 млн. рублей.

Кроме того, в 2011 г. при проведении анкетирования работающих граждан в одном из районов Московской области, удовлетворенными КМП оказались: в поликлинике – 30% , а в стационаре – 25% респондентов и это несмотря на увеличение финансирования отрасли [2].

Таблица 3

Частота дефектов оказания медицинской помощи по вине ЛПУ, включая необоснованное ограничение доступности медицинской помощи и действия, препятствующие проведению оценки КМП от общего числа проведенных ЭКМП (в %)

Учреждения	Годы				
	2006	2007	2008	2009	2010
МУЗ «Волоколамская ЦРБ»	20	23	19,2	35,1	14,4
МУЗ «ЦГБ Долгопрудного»	10,5	10,8	6,8	17,6	12
МУ «Зарайская ЦРБ»	6,3	14,9	45	35,2	77,2
МУЗ «Звенигородская ЦГБ»	6,8	6,4	14	20	24
МЛПУ «Лобненская ЦГБ»	8,9	21,7	95,2	49,6	24,2
МУ «Луховицкая ЦРБ»	10,3	9,5	21,9	11,1	14,6
МУЗ «Озёрская ЦРБ»	13,6	11,5	39,3	16,8	32,3
МУЗ «Павлово-Посадская ЦРБ»	8,6	4,8	17	25,4	37
В среднем по Московской области	15,1	23,2	24	14,1	17,6

Таким образом, очевидно, качество медицинской помощи не растёт прямо пропорционально увеличению финансирования ЛПУ и росту заработной платы сотрудников. Следовательно, в общем, принцип: «больше и лучше работаешь – больше платят, а если больше платят – работаешь еще больше и лучше», в наших условиях не действует, так как система начисления заработной платы, механизмы оценки индивидуального вклада сотрудника в общий результат не соответствуют современным требованиям. Организация и стимулирование труда в ЛПУ нуждается в совершенствовании. Достижение высокого качества оказываемой пациентам медицинской помощи невозможно без принци-

пиального изменения системы организации и управления ЛПУ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ивлев, А. Организация и стимулирование труда: зарубежный опыт [Текст] / А. Ивлев, Ю. Гарайбех // Человек и труд. – 2003. – № 12. – С. 61-64.
2. Материалы коллегии Министерства здравоохранения Московской области от 18.12.2008 года. Доклад «Управление качеством медицинской помощи на территории Московской области. Анализ состояния за 2007г. и первое полугодие 2008г.» [Текст]. – М., 2008.
3. Семенов, В.Ю. Способы оплаты медицинских услуг [Текст] / В.Ю. Семенов // Главный врач. – 2007. – № 4. – С.65-87.