

Р.Т. Есргенева¹, Е.К. Есеев¹, К.С. Байгонова¹, С.Б. Калмаханов¹,
А.А. Жангиреев², М.Ж. Молтабаров¹, Д.Б. Кадралиев¹

¹ Казахский Национальный Университет имени Аль-Фараби

Кафедра политики и организации здравоохранения

Факультет медицины и здравоохранения

² Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М.Оспанова

ОПЛАТА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ПЛАТНЫМ УСЛУГАМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Система здравоохранения призвана стремиться к максимально эффективному использованию имеющихся в ее распоряжении кадровых, финансовых, материальных и информационных ресурсов. В период социально-экономических преобразований, происходящих в обществе, особую значимость приобретает оптимизация управления кадрами. Функционирование системы здравоохранения в рыночных условиях, когда повышаются требования к качеству и условиям оказания медицинской помощи, требует пересмотра действующей системы оплаты труда и ее увязки с результатами труда конкретного работника.

Ключевые слова: оплата труда, дифференцированная оплата, компетенции медицинских работников, качество медицинских услуг, компетенции медицинских работников

Вместе с реформированием экономики происходят глубокие преобразования в трудовых отношениях между собственниками средств производства и работодателями, с одной стороны, и наемными работниками, с другой [1]. Этот процесс в конечном счете призван заменить как по содержанию, так и по форме прежние трудовые отношения, в которых один собственник средств производства в лице государства и многочисленные назначенные им работодатели выстраивали систему взаимоотношений с работниками, работающими по найму у государства. Ранее существовавшему процессу трудовые отношения была адекватна централизованно организованная модель организации заработной платы [2]. Эта модель представляла собой советскую систему оплаты труда, опирающуюся на:

- многоуровневую систему народнохозяйственных планов развития экономики, вписанную в жесткую иерархию управления;

- централизованное регулирование основных условий оплаты труда и темпов ее роста с учетом результативности работы на уровне общества в целом, организации (трудового коллектива) и отдельного работника;

- проведение принципа единства меры труда и меры оплаты в масштабах всего общества на основе централизованно организованной системы нормативов трудовых затрат и внедрения не имеющего мировых аналогов нормирования труда, опираясь на вышеназванные нормативы;

- постоянно поддерживаемый механизм финансового обеспечения выделения средств на заработную плату, опирающийся на банковский контроль за выдачей этих средств и степенью обоснованности [6].

- Существуют различные модели финансирования национальных систем здравоохранения. Базовыми считаются те, которые основываются на определении качества, объема и комбинации услуг, связанных с обеспечением лечебного процесса. Они также учитывают развитие кадрового потенциала и справедливую оплату труда [3].

- В большинстве стран система оплаты труда медицинских работников тесно связана с системой оплаты медицинской помощи, системой возмещения учреждению финансовых затрат за оказанные медицинские услуги. В наше время национальные системы здравоохранения решают сходные приоритетные задачи:

- через перераспределение объемов медицинской помощи из госпитального сектора в первичное звено здравоохранения стремятся эффективнее использовать финансовые ресурсы;

- внедряют ресурсо- и энергосберегающие технологии;

- пытаются обеспечить баланс между планируемыми объемами медицинской помощи и финансовыми затратами.

К схожим проблемам многих стран можно отнести и оптимизацию систем оплаты труда с возможностью предоставления дополнительных выплат персоналу ПМСП [4]. Разработку систем стимулирования на основе оценки эффективности деятельности медицинского персонала в зависимости от категории работников, уровня оказания медицинской помощи.

В ходе реформирования экономики эта система была полностью разрушена. Взаимоотношения работника и работодателя, представляющего интерес нового собственника, стали строиться исключительно на основе отдельных систем заработной платы, нередко случайных, далеко не всегда работающих на общий результат, негарантированных должным образом финансовым обеспечением, в котором довольно сильно проявляется субъективное начало руководителя первичного звена в иерархии управления [5].

В условиях децентрализованной экономики должна быть создана система оплаты труда организации, в рамках которой только и могут существовать индивидуальные системы заработной платы [6].

Должности работников, задействованных в предоставлении платных услуг, отражаются в штатном расписании по платным услугам, которое утверждается директором [7].

Фонд оплаты труда формируется в процентном отношении от полученного дохода, но не превышает предельно допустимый уровень 60% от полученного дохода.

Распределение денежных средств на оплату труда работников, занятых оказанием платных медицинских услуг, производится на основании "Положения об оплате труда работников", утверждаемого руководителем

медицинского учреждения, с учетом индивидуального вклада сотрудников, участвующих в процессе оказания платных медицинских услуг, в том числе административному персоналу медицинского учреждения[8]. Прочим сотрудникам, принимающее непосредственное участие в увеличении объема платных медицинских услуг, ежемесячные денежные доплаты к должностным окладам, утверждает первый руководитель организации[9]. В случае экономии средств, в пределах фонда оплаты труда, производится премирование работников на основании коллективного решения. Предусматривается по итогам работы за квартал, год выплата квартальных, годовых материальных поощрений при имеющейся экономии ФЗП и отсутствии кредиторской задолженности [8].

Распределение заработной платы от объема платных услуг.

В многопрофильном стационаре распределение заработной платы по платным услугам обычно распределяется следующим образом:

- 1) Административные расходы-8%,
- 2) 1% за направление с вида услуги, кроме сервиса, зав.КДЛ
- 3) Заработная плата отделений
- 4) Кассирам
- 5) Прочие расходы

Таблица 1 - Распределение зарплаты

| № | Наименование услуги | | % на з/плату | % врачам | % СМП | % ММП |
|----|--------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------|--------------------------|-------|
| 1 | Консультативный прием | | 40% | 60% | 30% | 10% |
| 2 | Консультативный прием эндокр.хр | до 100 тыс | | 40% | 5% | |
| | | 100-150 тыс. | | 45% | 5% | |
| | | св.150 тыс. | | 50% | 5% | |
| 3 | Консультативный прием офтал.хр | | | 50% | 5% | |
| 4 | Консультативный прием кардиолога | | 40% | 95% | 5% | |
| 5 | Манипуляции, процедуры, инъекции | | 30% | | 100% | |
| 6 | Хирург.процедуры | | 30% | 60% | 40% | |
| 7 | УЗИ | | 25% | 75% | 23% | 2% |
| 8 | Физлечение | | 40% | 40% | 60% | |
| 9 | Массаж | | 45% | | 100% | |
| 10 | Мануальная терапия | | 50% | 100% | | |
| 11 | Выписка из истории болезни | | 40% | | 52% | 48% |
| 12 | Функциональная диагностика | | 32% | 65% | 35% | |
| 13 | Прием стоматолога | .-20%(мед.) | 40% | 75% | 20% | 5% |
| 14 | ФГС | | 30% | 60% | 30% | 10% |
| 15 | Эндовидеохирургия (операции) | | 32% | 70% | 30% | |
| 16 | Эндовидеохирургия (операции)урология | | 32% | 75% | 20% | 5% |
| 17 | Тур-операция,уретеролитоэкстракция | | 26% | 75% | 20% | 5% |
| 18 | Рентген | .-20%(мед.) | 40% | 50% | 40% | 10% |
| 19 | Лаборатория | | 20% | | 100% | |
| 20 | Лаборатория | | 20% | 100% | | |
| 21 | Типография | | 10% | Оператору | | 100% |
| 22 | УФО | | 20% | 60% | 30% | 10% |
| 23 | Плазмаферез, гемодиализ | | 20% | 60% | 30% | 10% |
| 24 | Баросеанс | | 30% | 60% | 30% | 10% |
| 25 | Платное лечение | | 32% | 60% | 30% | 10% |
| 26 | Стирка белья | | 20% | | | 100% |
| 27 | Обработка матрасов,муфельная печь | | 20% | | | 100% |
| 28 | Автоуслуги | | 30% | | | 100% |
| 29 | ЦСО | | 32% | | | 100% |
| 30 | Столовая | | 26% | ст. повар37% повар-27% | кассир-20% | 16% |
| 31 | Аптека бюджетная | | 32% | | | |
| 32 | Кабинет МРТ | | 20% | 80%-зав.70%,орд.30% | 17%-ответ.5%,рядовой-45% | 3% |

| | | | | | | |
|----|--------------------|------------------------------------|-------|-----|-----|------|
| 33 | Наркоз | | 32% | 70% | 30% | |
| 34 | Шинномонтажный цех | без стоимости расходного материала | 27,5% | | | 100% |

В соответствии с Инструкцией по стоимости медицинских услуг, утвержденной МЗ РК в ценах бюджетного финансирования, в соответствии с которой:

$$C_{н.м.у.} = \frac{\sum P_p + \sum H_p}{\Phi_{p.вр.} * K_{эф.вр.} + \Phi_{p.ср.} * K_{эф.ср.}} * (t_{вр.} + t_{ср.})$$

где **Pr** - прямые расходы ЛПУ за анализируемый период времени;

Hp - накладные расходы ЛПУ за тот же период времени;

Фр.вр. и **Фр.ср.** – фонд рабочего времени врачей и ср. медперсонала

Кэф. – нормативный коэффициент использования рабочего времени

tвр. и **tср.** – время, затрачиваемое врачами и ср.медперсоналом

Расчет затрат на койко-день производился с учетом начислений на заработную плату, расходов на оплату труда, медикаменты, питание, износ оборудования и мягкого инвентаря, а также косвенных расходов.

$$C_{кд} = \frac{З + Нз + (М + П) + А + \Sigma Ск}{N_{кд}}$$

З – расходы на оплату труда

Нз - начисления на заработную плату

(М + П) – расходы на медикаменты, питание

А – амортизационные расходы

Ск – косвенные расходы

Nкд - количество койко-дней

Внедрение программы в практическую деятельность повышает прозрачность деятельности всех структур многопрофильного стационара, является инструментом расчета стоимости диагностических и лечебных технологий в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и фактической стоимости законченного случая лечения в зависимости от нозологии, стадии и осложненности процесса, возраста пациента [10].

По результатам анализа медицинских услуг (врачебных и медсестринских, простых, сложных и комплексных), оказанных больным различными формами хирургической патологии (в выборку вошли пациенты с острым аппендицитом, калькулезным холециститом, перитонитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, острым панкреатитом, Число больных в выборке составило 272.

Средний возраст пациентов в выборке – 46,2±0,4 лет. У 99,4 % больных в процессе лечения было достигнуто клиническое улучшение (достоверное снижение выраженности клинической симптоматики и нормализация (улучшение) показателей лабораторного обследования), поэтому данные случаи госпитализации расценены как законченные случаи лечения [11].

Общее количество койко-дней, проведенных больными различными формами псориаза в стационаре, достигало 8 684, при этом средняя длительность пребывания больного в клинике составляла 24,3±0,12 койкодней. Суммарное количество медицинских услуг, оказанных больным данной выборки составило 40 050, а общее количество учловых единиц, затраченных на оплату труда (УЕТ) - 583. Анализ суммарных затрат на лечение язвенной болезней желудка (кровотечение, пенетрация язвы) и перитонитом (тяжелое течение процесса) выявил увеличение ресурсоемкости законченного случая лечения в 1,3 раза не только за счет увеличения длительности госпитального этапа лечения, но и за счет количества фактически оказанных медицинских услуг (549,4 ± 0,01 и 714,7 ± 0,03 соответственно) (таблица 2).

Таблица 2 - Средние затраты на лечение и обследование больных

| Нозологии | Среднее количество койко/дней | Стоимость койко/дня (тенге) | Среднее количество УЕТ | Стоимость оказанных услуг (тенге) | Средняя стоимость законченного случая лечения (тенге) |
|------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------------|---|
| Язвенная болезнь | 15,6 ± 0,02 | 6682,1 | 549 ± 0,01 | 20211,1 | 171061,76 |
| Перитонит | 32,1 ± 0,05 | 7049,1 | 714,7 ± 0,03 | 30054,7 | 226279,3 |

Для возможности автоматического расчета стоимости всего затрат на расходные материалы с учетом нормативов и использования при оказании всего спектра лабораторных и физиотерапевтических простых и сложных услуг, создан электронный справочник нормативов прямых удельных материальных затрат по результатам сплошного калькулирования оказанных медицинских услуг (на лабораторные и физиотерапевтические услуги). Программа

персонифицированного сплошного учета медицинских услуг и лекарственных средств, электронная версия Номенклатуры, электронный модуль по стоимости финансово затрат на выполнение в полном объеме стандартов оказания специализированной медицинской помощи больным дерматозами, электронный справочник нормативов прямою удельных материальных затрат на лабораторные и физиотерапевтические услуги, электронный справочник лекарственных средств, тест-систем и расходных материалов, внедрены в деятельность стационаров. При планировании обеспеченности ресурсостационарного этапа в объеме полного выполнения стандартов необходимо учитывать трудозатраты врачей дерматологов, врачей-лаборантов, среднего медицинского персонала (в дерматологическом отделении и лаборатория) в УЕТ, суммарную стоимость лекарственного обеспечения, необходимого на курс лечения больного, суммарную стоимость расходных материалов, используемых лаборатория и физиотерапевтическом отделении, а также стоимость затрат на койкодень, износа оборудования, косвенных расходов за расчетный период [12,13]. В связи с этим было разработано приложение к программе персонифицированного учета медицинских услуг и лекарственных средств, учитывающее все составляющие стандарта оказания медицинской помощи по различным моделям пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Вялков А.И., Кучеренко В.З. Оплата труда медицинских работников // Клинический менеджмент. - М.: 2006. - С. 214-235.
- 2 Пчела Л.П. Организационная технология внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников в учреждениях здравоохранения федерального подчинения: дисс. ... канд.мед.наук -М., 2010. - 95 с.
- 3 Денисов И.Н. Основные направления совершенствования подготовки врачей кадров // Экономика здравоохранения. - 2007. - №11. - С. 12-17.
- 4 Духанина И.В., Духанина М.В. Проблемы оценки результативности медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2006. - №3. - С. 36-40.
- 5 Кадыров Ф.Н. Изменения в оплате труда работников бюджетной сферы: отказ от Единой тарифной сетки // Менеджер здравоохранения. - 2007. - №11. - С. 53-57.
- 6 Комаров Р.Н., Комаров Н.В., Терентьев В.А. Экономические методики стимулирования дежурных врачей лечебно-профилактических учреждений // Здравоохранение. - 2006. - №2. - С. 47-52.
- 7 Кудрин В.С. Научное обоснование комплексной оценки труда врачей диагностических подразделений медицинских учреждений: Автореф. дис. ... канд. мед. наук - Оренбург, 1997. - 22 с.
- 8 Сыстеров А.А. К вопросу об изменении системы оплаты труда в лечебно-профилактическом учреждении // Менеджер здравоохранения. - 2007. - №3. - С. 59-63.
- 9 Щепин В.О., Купеева И.А. Анализ состояния и динамики кадровых ресурсов здравоохранения субъектов Российской Федерации в 1990-2004 гг. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2007. - №1. - С. 3-6.
- 10 Curran R., Fleet L., Kirby F. Factors influencing rural health care professionals access to continuing professional education // Austral. J. Rural Health. - 2006. - Vol.14., №2. - P. 51-55.
- 11 Яковлев Е.П., Кудрявцев Ю.Н., Трофимов А.С. Современные тенденции в развитии форм оплаты труда медицинского персонала // Экономика здравоохранения. - 2003. - №7. - С. 22-24.
- 12 Шипова В.М., Плутницкая Г.Н. Планирование численности персонала учреждений здравоохранения при составлении штатного расписания (методические материалы). - М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2007. - 54 с.
- 13 Wim V.L., Wim C., Cao C., Wim V.D., Paulo F. When staff is underpaid: Dealing with the individual coping strategies of health personnel // Bull. World Health Organ. - 2002. - Vol. 80., №7. - P. 581-584.

**Р.Т. Есегенева¹, Е.К. Есеев¹, К.С. Байгонова¹, С.Б. Калмаханов¹,
А.А. Жангиреев², М.Ж. Молтабаров¹, Д.Б. Кадралиев¹**

*¹ ал-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті
Медицина және денсаулық сақтау факультеті,*

Денсаулық сақтау саясаты және ұйымдастыру кафедрасы,

² М. Оспанов атындағы батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТИҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ НЕГІЗІНДЕ КӨПСАЛАЛЫ АУРУХАНАДА АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ ЕСЕБІНЕН ЕҢБЕКАҚЫ ТӨЛЕУ

Түйін: Денсаулық сақтау жүйесі өзінің қолындағы адами, қаржылық, материалдық және ақпараттық ресурстарды тиімді пайдалануға ұмтылуға шақырылады. Қоғамда болып жатқан әлеуметтік-экономикалық қайта құрулар кезеңінде персоналды басқаруды оңтайландыру ерекше маңызға ие. Дәрігерлік көмек көрсетудің сапасы мен жағдайына қойылатын талаптар күшейіп келе жатқан нарықтық жағдайда денсаулық сақтау жүйесінің жұмыс істеуі қолданыстағы еңбекақы төлеу жүйесін қайта қарауды және оны нәтижелерімен байланыстыруды талап етеді. жұмысшы.

Түйінді сөздер: еңбекақы, сараланған жалақы, медицина қызметкерлерінің құзыреті, медициналық қызмет сапасы, медицина қызметкерлерінің құзыреті

**R.T. Esergeneva¹, E.K. Eseev¹, K.S. Baigonova¹, S.B. Kalmakhanov¹,
A.A. Zhangireyev², M.Zh. Moltabarov¹, D.B. Kadraliyev¹**

¹Al-Farabi Kazakh National University

*Department of Health Policy and Organization of the
Faculty of Medicine and Health,*

²West Kazakhstan State Medical University. M.Ospanova

**REMUNERATION FOR MEDICAL WORKERS FOR PAID SERVICES IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL BASED ON AN
ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL CARE**

Resume: *The health care system is called upon to strive for the most efficient use of the human, financial, material and information resources at its disposal. In the period of socio-economic transformations taking place in society, the optimization of personnel management acquires particular importance. The functioning of the health care system in market conditions, when the requirements for the quality and conditions of the provision of medical care are increasing, requires a revision of the existing system of remuneration of labor and its linking with the results worker.*

Keywords: *wages, differentiated wages, competencies of medical workers, quality of medical services, competencies of medical workers*