

УДК 656.071.61:347.961.71:331.102.24

Д. Р. Стайбеков, магистрантКазахский медицинский университет непрерывного образования
г. Алматы, Казахстан**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОПЛАТЫ ТРУДА
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
(обзор литературы)****АННОТАЦИЯ**

Мировая практика свидетельствует о том, что универсальной формы оплаты труда медицинских работников на данный момент не существует. Несмотря на широкую практику внедрения различных методик оплаты труда как в странах ближнего, так и дальнего зарубежья, применение компонента подушевого норматива позволит стимулировать медицинский персонал к оказанию наиболее качественной помощи при наименьших затратах.

Ключевые слова: ПМСП, оплата труда медицинских работников.

В послании Президента Республики Казахстан – лидера нации Н. А. Назарбаева народу Казахстана Стратегия «Казахстан – 2050» от 14 декабря 2012 г. указано, что главными в государственной политике в сфере здравоохранения должны стать мероприятия по предоставлению качественных и доступных медицинских услуг для улучшения состояния здоровья населения [1].

Во многих экономически развитых странах идет активный процесс реформ, так как ни одно государство не удовлетворено существующими медицинскими финансовыми структурами или стоимостью медицинских услуг. Все реформы в зарубежных странах направлены на эффективное использование ограниченных ресурсов.

В настоящее время проводимая реформа здравоохранения в Казахстане, направленная на повышение качества и эффективности медицинской помощи, основана на приоритетных проблемах охраны здоровья населения. Разработанная в республике Концепция оплаты труда в отрасли здравоохранения главным образом ориентирована на формирование коллективной и личной экономической ответственности за качество работы [2, 3]. Реформирование здравоохранения на современном этапе приведет к изменению положения медицинских работников, улучшению уровня заработной платы, повышению престижа профессии, применению новых меха-

низмов финансирования с усилением самостоятельности медицинских организаций.

В мировой практике одним из основополагающих стимулов качественных медицинских услуг определен высокий уровень заработной платы медицинского работника, которая выстраивается на основе различных форм финансирования системы здравоохранения. Существующие формы оплаты труда медицинского персонала не всегда способны обеспечить высокий размер заработной платы [4, 5]. Самостоятельность трудовых коллективов в определении уровня заработной платы на основе показателей объема и качества с применением коэффициента трудового участия позволяет повысить заработную плату [6].

В то время как в экономически развитых странах уровень материального благосостояния врачей превышает среднедушевую оплату во всех отраслях от 1,65 раза в Швеции; до 6,02 – в Германии и 7,21 – в США, существующие механизмы оплаты труда медицинских работников не соответствуют времени и средствам на подготовку специалистов, их ожиданиям и, как следствие, снижают престиж профессии и не являются стимулирующими [7, 8].

Проблема оплаты труда медицинских работников государственных МО, ее материальная заинтересованность, наиболее актуальна в реформировании здравоохранения как один из ос-

новых факторов, определяющих качество оказываемых медицинских услуг [9].

В странах Западной Европы наиболее часто применяется гонорарный метод оплаты труда медицинских работников или оплата за каждую услугу; метод подушевого финансирования, т. е. за одного жителя, приписанного к врачебной практике и по твердым ставкам заработной платы [7, 10].

В таких странах, как Германия, Бельгия, Люксембург, Голландия, Швейцария, Франция, где развита страховая система здравоохранения, применяется гонорарный метод оплаты труда медицинского персонала, в то время как при бюджетной модели здравоохранения этот метод не используется, либо используется как дополнение к другим методом оплаты амбулаторной помощи [11].

Метод подушевого принципа оплаты труда применяется в Великобритании, Испании, Ирландии и Италии. При использовании этого метода финансирования сдерживается рост расходов на медицинскую помощь: врачи не заинтересованы в увеличении числа посещений, обследований, консультаций, а также появляются стимулы к профилактике заболеваний [10].

Существуют две разновидности этого метода: оплата по общему нормативу и по нормативу, где учитываются половозрастной состав приписного населения. К первому можно отнести Данию и Нидерланды, ко второму – Италию и Великобританию [12, 13]. При данном методе оплаты повышается возможность рассчитать уровень расходов на оплату труда, создается определенный стимул к наращиванию объема медицинской помощи медицинским персоналом. Однако врачам, достигшим максимального уровня объема услуг, ничего не оплачивают, либо оплачивают по пониженным нормативам [13].

В Дании, Великобритании, Норвегии и Греции применяется смешанная система оплаты труда врачебно-амбулаторной помощи, несмотря на преобладание подушевого метода оплаты труда медицинских работников. Такой подход призван создать стимулы для наращивания объема врачебных услуг прежде всего в оказании наиболее приоритетных видов услуг. Так, в Финляндии доход врачей складывается на 60 % из заработной платы, 20 % – подушевой метод оплаты и 20 % – оплата за конкретную услугу. Особый интерес представляет смешанная система оплаты труда в Великобритании [14].

В Финляндии, Швеции, Греции и Португалии труд медицинских работников амбулаторного звена финансируются по твердым ставкам заработной платы, где медицинские работники являются наемными и работают в государственных учреждениях, хотя в некоторых странах заработная плата сочетается с другими методами оплаты.

Опыт западных стран показал, что если амбулаторная помощь оплачивается за каждую услугу, объем этих услуг заметно выше, чем в странах, использующих подушевой норматив финансирования, и тем более в тех странах, где врачи работают в государственных учреждениях (метод финансирования по твердым ставкам заработной платы) [15, 16].

Наиболее удовлетворены своей системой здравоохранения в Нидерландах – 47 % жителей (гонорарный метод оплаты), во Франции и Германии – 41 % (гонорарный метод оплаты) и менее удовлетворены в Испании – 21 % жителей (метод оплаты – заработная плата и подушевой норматив) [14-16].

В Венгрии, Эстонии, Хорватии медицинские работники первичного звена оплачиваются на основе подушевого метода. Этот метод на экспериментальной основе используется в Румынии, Польше, Болгарии и Литве. Другая группа стран – Чехия, Словакия и Словения – в качестве основного избрала гонорарный метод оплаты труда медицинских работников [17].

Мировая практика свидетельствует о том, что универсальной формы оплаты труда медицинских работников на данный момент не существует. Так, фиксированная оплата труда, являясь основополагающей в большинстве стран с экономикой переходного периода, не предполагает никакой мотивации для медицинского персонала в оказании качественной работы, так как не имеет никаких индикативных критериев ее оценки. Тогда как метод гонорарной оплаты, доминирующий при развитии семейной медицины, способствует привлечению дополнительных финансовых средств, основанных на количественной характеристике результативности медицинского работника. С другой стороны, при данной системе у медицинского персонала есть интерес в оказании как можно большего количества услуг, выполнении дорогостоящих процедур и выписке дорогостоящих лекарственных препаратов [18]. При подушевой системе финансирования заработная плата меди-

цинского персонала осуществляется по количеству зарегистрированных у них пациентов, независимо от количества и качества предоставляемых медицинских услуг. Данный вид оплаты характерен для ПМСП, при котором стимулы неоднозначны.

Несмотря на тот факт, что наиболее стимулирующей формой финансирования определена гонорарная, ее внедрение возможно не всегда по ряду причин. Например, в странах постсоветского пространства, по мнению международных экспертов, внедрение затруднительно в связи с небольшими финансовыми ресурсами (в отличие от стран Европейского союза) и неэластичностью снабжения системы ресурсами [4, 7].

Существовавшая форма оплаты не стимулировала медицинский персонал к достижению качественных показателей. Данное обстоятельство определило необходимость установления такой системы оплаты труда, которая должна создавать заинтересованность медицинских работников в конечных и качественных результатах деятельности, обеспечивая баланс между уровнем их экономической мотивации и результатами деятельности [15].

Ориентируясь на зарубежный опыт, страны постсоветского пространства определили институционально подушевое финансирование как наиболее рациональный метод финансирования медицинской помощи, и выстроили наиболее эффективные системы оплаты труда медицинских работников с учетом экономического потенциала своей страны, существующей модели медицинской помощи и т. д.

В России амбулаторно-поликлиническое звено обладает значительным потенциалом повышения эффективности использования финансовых ресурсов на уровне медицинской организации. Совершенствование методов оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования реализуется как определенный порядок АПП на основе подушевого норматива финансирования с применением методов стимулирования поликлиник за эффективную деятельность. Порядок финансирования амбулаторно-поликлинической помощи определяется путем расчета базового тарифа и дополнительного финансирования поликлиник. В настоящее время в России сложилось принципиальное противоречие между традиционным бюджетным планированием расходов на

здравоохранение по принципу «чем больше мощность, тем больше расходы» и современными способами оплаты медицинской помощи в системе ОМС, основанными на учете объема и качества оказываемой помощи вне зависимости от мощности учреждения [18].

В Республике Казахстан на государственном уровне с 2000 г. на смену бюджетно-сметному финансированию организаций ПМСП пришло подушевое финансирование по нормативу. Внедрение данного механизма финансирования способствовало достижению административной и финансовой самостоятельности организациями ПМСП, совершенствованию уровня менеджмента и управления ресурсами, расширению объема и качества услуг, оказываемых населению на уровне ПМСП.

Учитывая низкую плотность населения в Казахстане, а также сложившуюся на основе административного деления сеть организаций здравоохранения, достичь конкурентоспособности поставщикам услуг ПМСП сложно. Самостоятельно подушевое финансирование в данных условиях не способно стимулировать поставщиков услуг к непрерывному росту качества оказываемых услуг и повышению профилактической работы.

Система финансирования ПМСП Казахстана за последние годы претерпела значительные изменения и на современном этапе нацелена на максимальное стимулирование и поддержку системы контроля качества медицинских услуг [19]. На сегодняшний день в Казахстане внедрена система подушевого финансирования путем предоставления дополнительных стимулов для оказания эффективной и качественной помощи поставщикам ПМСП.

С 2011 г. организации ПМСП в РК получают стимулирующие выплаты к основному компоненту подушевого норматива в соответствии с достигнутыми результатами работы. Внедрение стимулирующего компонента подушевого норматива как конечный результат деятельности организации через оценку системы индикаторов является одним из решений проблемы обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи населению.

Таким образом, наиболее важными при решении вопросов непрерывного улучшения качества медицинской помощи являются полнота ресурсного обеспечения, использование адекват-

ных способов оплаты медицинских услуг и дифференциация заработной платы медицинских работников по конечным результатам деятельности. Несмотря на широкую практику внедрения различных методик оплаты труда как в стра-

нах ближнего, так и дальнего зарубежья, применение компонента подушевого норматива призвано стимулировать медицинский персонал к оказанию наиболее качественной помощи при наименьших затратах.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Послание Президента Республики Казахстан – лидера нации Н. А. Назарбаева народу Казахстана Стратегия «Казахстан – 2050» от 14 декабря 2012 г.
- 2 *Аканов А. А., Куракбаев К. К., Чен А. Н., Ахметов У. И.* Организация здравоохранения Казахстана: учебник. – Астана; Алматы, 2006. – 231 с.
- 3 *Куракбаев К. К., Чен А. Н., Аманжолова З. Д.* К методике оценки финансового обеспечения организаций ПМСП г. Алматы // Центрально-Азиатский науч.-практ. журн. по общественному здравоохранению. – 2006. – № 2, 3. – С. 61-64.
- 4 *Духанина И. В., Духанина М. В.* Методические подходы к оценке затрат труда и количества работы врачей // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 4. – С. 10-14.
- 5 *Пчела Л. П.* Организационная технология внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников в учреждениях здравоохранения федерального подчинения. – Иркутск, 2010. – 176 с.
- 6 *Чен А. Н., Куракбаев К. К., Жаппаров З. Ж.* К методике мониторинга ресурсного обеспечения организаций ПМСП // Денсаулык сактау дыдамыту журналы. – 2007. – № 2 (43) – С. 47-50.
- 7 *Антропов В. В.* Медицинское страхование в Германии // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – № 4. – С. 16-21.
- 8 *Heath I.* A general practitioner for every person in the world // BM. – 2008. – P. 336:861J.
- 9 *Waldman R.* Health programming for rebuilding states: a briefing paper. Arlington VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), 2007. – P. 346-388.
- 10 *Macq J. et al.* Quality attributes and organisational options for technical support to health services system strengthening // Background paper commissioned for the GAVI-HSS Task Team, Nairobi, August 2007. – P. 8-14.
- 11 *Baser H., Morgan P.* Capacity, change and performance // Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008. – 56 p.
- 12 OECD. Stat Extracts [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008. – 369 p.
- 13 The World Health Report 2007 – A safer future: global public health security in the 21 st century. Geneva, World Health Organization, 2007. – 131 p.
- 14 *Suhrcke M., Rocco L., McKee M.* Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, May 2008. – P. 84-92.
- 15 *Mocero D.* Delivering cost-efficient public services in healthcare, education and housing in Chile. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (Economics Department Working Papers No. 606).
- 16 *Waldman R.* Health programming for rebuilding states: a briefing paper. Arlington VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS). – 2007. – P. 346-388.
- 17 The World Health Report 2010 – Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2010. – P. 177-183.
- 18 *Шилов В. В., Черноморец В. В.* Материальное благополучие медицинских работников как фактор повышения качества оказания амбулаторной медицинской помощи населению // Главврач. – 2006. – № 3. – С. 52-56.
- 19 *Аманжолова З. Д., Абеуова Ж. С., Лаврентьева И. К., Тайлакова Н. А.* Состояние и перспективы совершенствования ПМСП // Денсаулык сактау дыдамыту журналы. – 2007. – № 2 (43). – С. 25-30.

ТҮЙІН

Әлемдік тәжірибе қазіргі таңда медициналық қызметкерлердің еңбек ақысын төлеудің әмбебап түрі жоқ екендігін растап отыр. Жақын және алыс шетелдерде еңбек ақыны төлеудің әртүрлі әдістерін енгізудің кең тәжірибесіне қарамастан, бір адамға шаққандағы норматив компоненттерін қолдану аз шығын мөлшерінде де медициналық қызметкерлердің сапалы көмек көрсетуге ынталандырады.

Түйінді сөздер: АМСК, медициналық қызметкерлердің еңбек ақысы.

SUMMARY

Current world practice evidences that there is no uniform form of payment for work of medical workers. In spite of widespread implementation of various work remuneration systems in neighboring and other countries, the use of capitation standard rate is intended to encourage medical workers to provide the best care at the least cost.

Key words: primary care, remuneration of medical workers.