



УДК 614.2+26.89

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НОВЫХ ФОРМ ОПЛАТЫ ТРУДА НА КАЧЕСТВО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

М.А. СТЕПЧУК
Т.М. ПИНКУС
Е.М. ГОСПОДЫНЬКО

*Медицинский информационно-аналитический центр,
г. Белгород*

e-mail: m.stepchuk@km.ru

В статье авторы осветили положительное влияние отраслевой системы оплаты труда медицинских работников на качество медицинской помощи, деятельность стационара и амбулаторной помощи, увеличение удовлетворённости населения медицинскими услугами. Отметили, что при переходе здравоохранения области на финансирование первичной медико-санитарной помощи (ПСМП) по подушевому принципу в условиях фондодержания расширились полномочия участковых врачей в распределении финансовых средств и стимулировании их работы.

Ключевые слова: новые формы оплаты труда медработников первичного звена, качество медицинской помощи

В повышении качества медицинской помощи одно из приоритетных значений имеет мотивация медицинских работников (размер доплат за качество). Начиная с 2005 года, региональным органам власти разрешено самим определять размер заработной платы работникам бюджетной сферы. Однако в области воспользовались данной возможностью лишь частично, сохранив единую тарифную сетку (ЕТС) и внося изменения лишь в надтарифную часть региональных систем оплаты труда. При введении отраслевой системы оплаты труда (ОСОТ) она мало, чем отличалась от формы оплаты труда по ЕТС. Также жёстко регламентированы низкие базовые оклады медицинских работников, а у рабочих, санитаров, средних медицинских работников и начинающих работу врачей они были ниже прожиточного уровня. Надтарифные надбавки 1:1 соответствовали ЕТС, только проценты поменяли на название «коэффициенты». Размер заработной платы всем категориям медработников установлен на уровне 2006 года в пределах финансирования 2007 года. Мизерные надбавки в последующие годы не покрывали инфляцию. Такая зарплата явно не мотивировала медработников в повышении качества труда. Изменение ситуации произошло в связи с реализацией национального и пилотного проектов, когда за счёт федеральных средств значительно увеличена заработная плата врачам и среднему медперсоналу первичного звена, скорой медицинской помощи (СМП), фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) и стационара. За счёт дополнительной диспансеризации проводятся дополнительные выплаты узким специалистам поликлиники.

Таблица

**Динамика основных показателей работы стационаров
и амбулаторной помощи населению в 2006-2010 годах**

Показатель	2006	2007	2008	2009	2010	2010 к 2006, %
Обеспеченность койками (на 10 000 населения)	93,7	84,9	81,9	81,6	80,6	-14,0
Работа койки (дней)	330	336	347	335	338	2,4
Ср. длительность лечения (дней)	13,2	12,5	12,1	12,8	12,7	-3,8
Посещения на 1 жит. в год (раз)	9,0	9,1	9,2	9,3	9,2	2,2
Койко-дни в дневных стационарах, на 1000 населения	797,0	885,2	858,6	810,3	768,0	-3,6
Состоят под «Д» наблюдением, на 100 000 населения	27 933	28 478	29 207	30 591	32 198	15,3
Оздоровлены, в %	86,3	89,1	90,5	92,8	95,3	10,4
Удовлетворённость качеством медицинской помощи (КМП), %			74,6%	81,1%	84,8%	10,2
Штрафные санкции за ненадлежащее КМП (% от стоимости услуг)	39,0	63	17,2	19,5	19,0	-20,0

В 2011 г. повысили зарплату рабочих, санитаров, операторов в среднем на 80% и практически сравняли её с зарплатой средних медицинских работников, остальным группам – повысили не более чем на 3%. Тем не менее, повышение заработной платы медицинским работникам и доплаты за достижение утверждённых качественных показателей работы в соответствии с ОСОТ, положительно сказались на большинстве показателей работы учреждений здравоохранения и состоянии здоровья населения области (см. таблицу).

На 14,0% снизилась обеспеченность круглосуточными койками (часть объёмов перемещена в амбулаторное звено), на 2,4% увеличилась работа койки, на 3,8% снизилась длительность лечения в стационаре. Число посещений к врачам в поликлинику увеличилось на 2,2%, на 15,3% увеличилось количество хронических больных, состоящих на «Д» учёте, на 10,4% увеличилось число оздоровленных. Из 46 774 респондентов отметили увеличение на 10,4% удовлетворенностью КМП, которая в 2010 г. достигла 84,8%. На 20,0% уменьшился размер штрафных санкций за ненадлежащее КМП. Число койко-дней в дневных стационарах снизилось на 3,6% из-за уменьшения числаоек, однако показатель по области на 33,1% выше среднего по РФ. Это свидетельствует о широком использовании этого вида помощи врачами первичного звена.

Из протоколов наблюдательных Советов видно, что в конце месяца на одних участках, где участковые врачи активно работали, имеется остаток средств в размере от 5 до 30 тыс. рублей, в других – отрицательный баланс. Наряду с этим, углублённый анализ показал, что в отдельных случаях наличие средств (или их отсутствие) ещё не показатель хорошей или плохой работы участкового врача и зависит от доступности жителей в услугах узких специалистов, параклиники, дорогостоящих методов обследования и лечения.

Из-за отсутствия средств в отдельных лечебно-профилактических учреждениях стимулирующие выплаты медицинским работникам первичного звена не всегда выплачивались. Из-за этого недостаточно эффективно реализуется влияние ОСОТ на качество медицинской помощи и использование эффективного метода реального фондодержания – конкуренции медиков (боязнь потерять пациента является сильным средством борьбы с искажённой экономической мотивацией, наносящей вред больным).

Считаем целесообразным совершенствовать принятый на территории области способ оплаты стационарной, амбулаторно-поликлинической помощи и оплаты труда медицинских работников, что позволит ориентировать систему здравоохранения на заинтересованность в оказании оптимального объема первичной медико-санитарной помощи; в уменьшении уровня госпитализации и формировании экономического интереса медицинских работников, связанного с прямой зависимостью дохода от состояния здоровья населения.

Новые формы оплаты медицинской помощи и труда медицинских работников должны предусматривать расширение полномочий участковых врачей в распределении финансовых средств и стимулировании их работы. Эта возможность появилась при переходе здравоохранения области на финансирование ПСМП по подушевому принципу в условиях фондодержания. Этот метод финансирования предусматривает стимулирование расширения объема деятельности поликлиники, участковой службы с одной стороны и стимулирование координирующей деятельности участковых врачей – с другой. Участковые врачи могут теперь проследить оказание медицинской помощи прикрепленному населению на всех этапах её оказания, определить, наиболее эффективные с клинической и экономической точки зрения, маршруты движения своих пациентов, участвовать, совместно с поликлиникой, в планировании оказания медицинской помощи на других этапах, обеспечивать преемственность в лечении и реабилитации больных своего участка. От того, как правильно планируются маршруты движения больных, оказание медицинской помощи на других этапах в зависимости от половозрастного состава населения участка, структуры заболеваемости, своих возможностей и возможностей своей поликлиники, зависит экономия выделенных средств и соответственно размер доплат участковых врачей за достижение установленных показателей.

Планируя и выполняя объём профилактической работы, добиваясь снижения уровня заболеваемости прикрепленного населения и соответственно потребности в



стационарной и скорой помощи, участковый врач этой деятельностью также влияет на распределение финансовых средств, сохранив часть средств, которые пойдут, в том числе на повышение его заработной платы.

Услуги скорой медицинской помощи (СМП) пока оплачиваются за счёт средств муниципального бюджета. В связи с этим, было рекомендовано включить в основные критерии оценки работы участковых врачей показатель числа вызовов СМП. Участковые врачи стали заинтересованы в их сокращении, повышая качество медицинской помощи прикреплённому населению и предупреждая случаи обострения хронических заболеваний и течение острых, требующих привлечение услуг СМП. Следовательно, этим они участвуют в уменьшении потребности населения в скорой помощи и распределении средств.

Расширились функции участковых врачей, направленные на их участие в контроле КМП на других этапах оказания медицинской помощи населению участка. Они сегодня имеют возможность познакомиться с первичной документацией и результатами внутри и межведомственного контроля КМП, принять участие в обсуждении и разработке мероприятий по повышению КМП, что также ведёт к рациональному использованию средств и росту мотивации работы врачей первичного звена.

Участковые врачи также участвуют в планировании расширения функций поликлиники, позволяющих переместить часть стационарной помощи на внебольничный этап и сохранить большую часть финансовых средств. С этой целью участковыми врачами стали интенсивнее использоваться стационарозамещающие виды медицинской помощи. Они усвоили что, чем шире объем услуг, оказываемый собственными силами и силами своей поликлиники, тем больше средств остается в распоряжении поликлиники и они будут использованы на стимуляцию их качественной работы.

Вместе с тем, создание стимулов к расширению объема работ первичного звена не должно стать в прямую связь между числом посещений, количеством оказанных медицинских услуг и размером заработной платы участковых врачей. Результаты наших исследований показали, что сегодня у отдельных врачей это уже привело к возникновению у них желания механического наращивания объема услуг и снижению заинтересованности в проведении профилактических мероприятий. Такая тенденция может привести к утрате координирующей функции участковых врачей и ответственности за состояние здоровья населения.

Литература

1. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Женева: ВОЗ, 2008.
2. Духанина, И.В. Персонализированная оценка труда медицинского персонала как метод повышения результативности медицинской помощи /И.В. Духанина, М.В. Духанина// Здравоохранение Рос. Федерации. 2006. – № 3. - С. 35-39.
3. Степчук, М.А. Оценка доступности медицинской помощи на разных уровнях её оказания / Т.М. Пинкус, С.В. Абрамова, Д.П. Боженко // Нучные ведомости белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – Белгород, – 2011. – № 16 (111), Выпуск 16. – С.182-189.
4. Калининская, А.А. Первичная медицинская помощь механизмы совершенствования / А.А. Калининская, С.И. Кузнецов, А.И. Стукалов // Ремедиум. - 2008. - № 1. - С. 13-17.
5. Степчук, М.А. Повышение структурной эффективности системы здравоохранения в области / Т.М.Пинкус, С.В.Абрамова// Коллективная монография. Ижевск : Изд-во «Митра», 2011. – С.459-461.
6. Шамшурина, Н.Г. Стимулирующие системы оплаты труда медицинских работников /Н.Г. Шамшурина// Здравоохранение. 2005. – № 12. – С. 147-159.
7. Альтман, Н.Н. Дифференцированная система оплаты труда персонала учреждений здравоохранения /Н.Н. Альтман// Рос.мед. журн. – 2000. – № 5. – 8-12.
8. Андреева, О.Б. Экономическое стимулирование как фактор повышения эффективности медицинской помощи / О.Б. Андреева, А. Л. Линденбратен, Н. К. Дубоделова, Н.Б. Соловьева // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и ист. медицины. – 2002. – № 4. – 25-29.



ASSESSMENT OF NEW FORMS OF PAYMENT OF WORK ON THE QUALITY OF HEALTH SERVICES

M.A. STEPCHUK
T.M. PINKUS
E.M. GOSPODYNKO

The medical information-analytical centre, Belgorod

e-mail: m.stepchuk@km.ru

In the article, the authors highlighted the positive impact of the sectorial system of remuneration of health workers on quality of care, activities of the hospital and outpatient care, increase public satisfaction with health services. Noted that the transition of health care financing in PHC on a per capita basis in fundholding increased the powers of district doctors in the allocation of financial resources and promoting their work.

Key words: new forms of payment medical workers' primary care, the commission.