Work motivation of health workers in Kyrgyzstan as a way to improve the quality of health services.

Japarova D. (Republic of Kyrgyzstan)

Мотивация труда медицинских работников в Кыргызстане – путь повышения качества медицинских услуг

Джапарова Д. (Кыргызская Республика)

Джапарова Дамира – доцент, кандидат экономических наук,
кафедра экономики,
Кыргызско-турецкий университет Манас, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: *заработная плата медицинских работников в Кыргызстане остается низкой. Это вынуждает врачей покидать Кыргызстан. Заработная плата осуществляется за счет единственного источника – фонда оплаты труда, который состоит из гарантированной и дополнительной части. Основой мотивации труда в медицине может стать отказ от повременной системы оплаты труда и внедрение ее сдельной формы в различных модификациях. Критерием оценки труда медицинского работника должно стать здоровье пациента после лечения. Источником начисления дополнительной заработной плат, может стать фонд, создаваемый за счет легальных платных услуг (пример Турции).*
Abstract: *wages for medical workers in Kyrgyzstan remains low. This is forcing doctors to leave Kyrgyzstan. Wages are paid for by a single source-labour compensation fund which consists of guaranteed and additional parts. The basis of labor motivation in medicine may become a waiver of time-based pay system and the introduction of its piece-molds in various modifications. Criterion of labor health evaluation care worker should be the health of the patient after treatment. Source of additional payroll wages, can become a foundation is created at the expense of legitimate paid services (example).*

Ключевые слова: *заработная плата врачей, качества труда, оборотные средства.*
Keywords: *salaries of doctors, quality of labour, revolving funds.*

Причина низкого качества лечения - отсутствие мотивации.

Анализ качества оказания стационарной помощи, проводимого Фондом обязательного медицинского страхования в 2014 г., выявил 1375 дефектных случаев. Из них «дефекты лечения» составляют 44,2% [1]. И главная причина низкого качества лечения, как отметили сами врачи в ходе анкетирования (61,8% из опрошенных врачей), состоит в отсутствии мотивации, т.е. материального стимула к работе к повышению качества труда. Также 93% из числа опрошенных врачей не устраивает их заработная плата [2]. В сфере медицинских услуг в государственных лечебных учреждениях нет полноценных экономических отношений.

Рис. 1. Диаграмма 1. Составлена по данным ФОМС КР за 2010-2015 годы [3]

Несмотря на положительные сдвиги в динамике и высокий удельный вес в расходах здравоохранения (74%), заработная плата медицинских работников в Кыргызстане, остается низкой.

Система заработной платы врачей в Кыргызстане.

Заработная плата врачей в Кыргызстане состоит из гарантированной и дополнительной заработной платы. Ее выплата осуществляется за счет единственного источника – фонда оплаты труда. И премирование работников здравоохранения производится за счет экономии фонда оплаты труда. Существующая система начисления заработной платы в организациях здравоохранения недостаточно понятна и не всегда отражает вклад конкретного работника, отмечается в документе исследования политики [4]. Размер заработной платы конкретного работника определяется как сумма гарантированной заработной платы и различных индивидуальных выплат в пользу работника и дополнительной заработной платы:

ЗП = ГЗП + ИВ + ДЗП

При этом гарантированная заработная плата включает:

- ✓ должностной оклад по Единой тарифной сетке;
- ✓ надбавки к должностному окладу за продолжительность непрерывной работы;
- ✓ повышение должностных окладов в связи:

- с наличием ученой степени;
- с наличием почетного звания;
- с наличием квалификационной категории для руководителей организаций здравоохранения и их заместителей;
- с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда;
- за руководство структурным подразделением;
- для работников организаций здравоохранения, занятых в сельской местности.

В понятие «индивидуальные выплаты» входят начисления за:

работу в ночное время и праздничные дни; совмещение профессий (должностей), расширение зон обслуживания или увеличение объема выполняемых работ; отпускной период; больничные листы; единовременные пособия (сокращение, увольнение).

Третьей составляющей при формировании заработной платы является дополнительная заработная плата. Размер дополнительной заработной платы определяется путем умножения размера гарантированной заработной платы (ГЗП) работников на коэффициент дополнительной заработной платы (КДЗ) и коэффициент трудового участия

(КТУ): **ДЗП = ГЗП х КДЗ х КТУ**

Коэффициенты трудового участия (КТУ) подразделений организаций здравоохранения и работников определяются ежемесячно экспертной комиссией организации здравоохранения и комиссией структурных подразделений на основании трудовых паспортов, которые заполняются как для подразделения, так и на каждого отдельного работника.

Повышение оплаты труда стало возможным за счет появления в ходе реформирования системы здравоохранения новых источников финансирования – средств ОМС и сооплаты, а также некоторого увеличения доли специальных средств в бюджете организаций здравоохранения.

Согласно утвержденным нормативным документам часть финансовых средств из указанных выше трех источников направляется на дополнительные выплаты медицинским работникам. При этом сформировавшийся фонд дополнительный заработной платы начисляется в соответствии с коэффициентом трудового участия каждого подразделения и отдельного работника организации здравоохранения. Данный механизм был внедрен с 2002 года и был призван оказывать стимулирующее влияние на работающий персонал. Таким образом, общий (консолидированный) бюджет и, соответственно фонд оплаты труда, организаций здравоохранения формируется из четырех источников:

- средств государственного бюджета, начисляемого согласно утвержденной смете расходов по статьям расходов бюджетной классификации «Заработная плата» и «Отчисления в Социальный фонд»;
- средств обязательного медицинского страхования – определяются ФОМС как процент от средств, выделяемых по подушевому нормативу (35% - на уровне ПМСП) или за пролеченные случаи (25% - на уровне стационаров);
- специальных средств – объем средств на заработную плату определяется решением руководителя организации здравоохранения;
- средств сооплаты – в размере, определяемом МЗ КР (20% от общей суммы поступлений).

Из консолидированного фонда оплаты труда производятся выплаты гарантированной и дополнительной заработной платы работникам и другие выплаты, установленные законодательством Кыргызской Республики и в соответствии с «Условиями оплаты труда работников организаций здравоохранения Кыргызской Республики», утвержденными постановлением Правительства Кыргызской Республики № 411 от 6 июня 2006 года. При этом не менее 85 % от общего фонда оплаты труда направляется на содержание медицинского персонала и не более 15% - на содержание административно-управленческого и хозяйственно-обслуживающего персонала.

Стимулирование качества труда не выходит за рамки фонда оплаты труда, и дополнительная заработная плата зависит от гарантированной, так как их сумма соответствует фонду оплаты труда.

С повышением заработной платы медицинских работников в Кыргызстане, их доходы увеличились. Однако желание получать дополнительные доходы от пациентов не исчезло. Как показывает практика, оплата медицинской помощи, производимая неформально, в руки медицинским работникам, получила широкое распространение в здравоохранении Кыргызстана. Это не только роняет имидж врачей, но и наносит серьезный урон семейному бюджету пациентов, оказавшихся на больничной койке или на приеме у врача. Главной причиной существования неформальных платежей в здравоохранении рассматривается относительно низкий уровень заработной платы.

В сфере медицинских услуг в государственных лечебных учреждениях нет полноценных экономических отношений. Это привело к тому, что управление отечественным здравоохранением строилось и продолжает осуществляться преимущественно на административных методах.

96% врачей отметили, что любят свою работу. 91,3% опрошенных врачей отметили, что взаимоотношения, сложившиеся с товарищами по работе, хорошие. Высокая роль хороших отношений с коллегами, указывает на то, что профессиональная деятельность абсолютного большинства врачей осуществляется в коллективе и придается высокая значимость оценкам коллег по работе результатов индивидуального труда. Однако 89,9% врачей хотят получить больше самостоятельности в работе.

Финансирование отрасли и работа лечебно-профилактических учреждений осуществляются на основе нормативов, устанавливаемых и спускаемых до каждого медицинского учреждения органами государственного управления. В таких условиях нет оценки результатов труда, мотивации и экономических стимулов. Подавляющее большинство врачей (75%) убеждены, что размер их заработной платы вовсе не зависит или зависит незначительно от таких факторов, как квалификация, личный трудовой вклад, конечные результаты работы. По оценкам большинства опрошенных(78%), оплата их

труда не зависит также от отношений с руководством. Таким образом, несмотря на фактическое наличие премий и надбавок, можно сделать вывод, что распределяются они, скорее всего механически и уравнительно, и потому не играют ощутимой стимулирующей роли.

Заработная плата устанавливается по Единой тарифной сетке с учетом всех доплат. Она является фиксированной, не зависит ни от объема, ни от качества выполненных работ. Оплата труда в здравоохранении Кыргызстана осуществляется согласно повременной системе, имеющей ряд существенных недостатков.

Заработная плата врачей в Кыргызстане не мотивирует также выпускников вузов идти работать по профессии, так как врач получает 6 тысяч сомов, а медсестра – 4 тысячи сомов. Вышеуказанные, суммы - это средняя заработная плата врача, включающая доплаты за выслугу лет, коэффициенты, и т.д. Если соотнести эту сумму с учетом ежемесячных расходов на квартплату, школу, детский сад и так далее, то, понятно, что ее не хватает. Поэтому вполне естественно, что каждый врач будет стремиться туда, где его оценят и обеспечат достойную плату за труд. Многие врачи работают на полторы ставки. Если добавить дополнительную заработную плату согласно КТУ, заработная плата составит 7-9 тысяч сомов, в связи с чем молодые специалисты не идут.

Например, в Токмакской городской больнице в центре семейной медицины вместо 12 штатных, работают 5 врачей и все пенсионного возраста. Молодые врачи не приезжают.

Таким образом, отсутствие грамотной системы оплаты труда порождает проблемы кадрового характера. Возникает ситуация, когда молодой специалист, решая в какое учреждение идти, претендуя на достойную заработную плату, делает выбор в пользу негосударственных учреждений. При повременной оплате труда, при начислении заработной платы учитывается стаж работы, но не профессионализм и не желание использовать новые технологии в работе.

Принятое положение о депозите врача-педиатра не помогает исправить положение с нехваткой врачей [5]. К примеру, дополнительная выплата врачам в размере 1тыс. сомов от мэрии города Бишкек должна была помочь доукомплектовать первичное звено врачами и медсестрами и служить стимулом к повышению доступности и качества медицинской помощи и улучшению показателей здоровья населения.

В реальной ситуации руководство лечебно-профилактических учреждений не может оказать никакого влияния на размер данной выплаты, то есть она оказывается фиксированной, не отражает качество работы, что лишает эту выплату ее главной функции как стимула.

Отрицательное влияние на кадровую ситуацию в здравоохранении оказывают не только материальные и социальные факторы, но и условия труда. В медицинских учреждениях, прежде всего в сельской местности, где годами не было ремонта, имеется нехватка лекарств, необходимой медицинской аппаратуры, нередко присутствует атмосфера бесперспективности и даже безнадежности.

Возросло число врачей, эмигрирующих в зарубежье.

В последнее время резко возросло число врачей и медсестер, эмигрирующих в ближнее и дальнее зарубежье. В основном уезжают в Россию и Казахстан. Наибольший отток специалистов за пределы республики отмечался по Иссык-Кульской и Баткенской областям. Часть врачей уходит в частные медучреждения, другая – работать в сферы, не связанные с медициной. Одной из главных причин аналитики называют низкую заработную плату. Выезжают медицинские работники со стажем более 10–15 лет, так как там наиболее востребованы специалисты с дипломом советского образца до 1992 года.

По данным Минздрава, на 1 апреля 2016 года в Джалал-Абадской области не хватает 189 медицинских специалистов, в Баткенской области – 123, в Ошской – 181, в Нарынской – 120, в Таласской – 120, в Иссык-Кульской области – 137, в Чуйской области – 151 [6].

Следует отметить, что во времена Союза Кыргызский государственный медицинский институт ценился очень высоко и входил в десятку сильнейших вузов. Врачи-гинекологи в Таласской области получили приглашение в Ямало-Ненецкий округ России в город Салехард. Обещают зарплату 120 тысяч рублей, квартиру и гарантию поступления детей на бюджетные отделения в Российские вузы Москвы и Санкт-Петербурга. Приглашают в Казахстан, на работу с зарплатой 190 тысяч тенге и соцгарантиями. Социальная и бытовая неустроенность вынуждает молодых врачей, да и врачей с опытом работы, покидать Кыргызстан. На сегодня из обученных работает 1432 сертифицированных семейных врача, более половины выехали за пределы страны или сменили работу. 89% из работающих врачей общей практики/семейных врачей - люди предпенсионного и пенсионного возраста со стажем работы более 40 лет [7].

Большое значение в работе врачей имеет повышение их квалификации. В медицине недостаточно иметь высшее образование, знания необходимо всегда обновлять. Эффективность учреждения зависит и от профессионального роста сотрудников, приобретения ими обновленных знаний и навыков. Необходимо непрерывно развивать персонал. Повышение квалификации делает сотрудников учреждения конкурентоспособными на рынке труда. Отсутствие системы регулярного повышения квалификации и обучения сотрудников приводит к моральному устареванию и износу рабочей силы.

Повышение квалификации – это обучение сотрудника с целью углубления и усовершенствования уже имеющихся у него профессиональных знаний, необходимых для определенного вида деятельности [8].

Это представляет определенные трудности, так как сейчас средств на повышение квалификации не выделяются, и за любое обучение врач должен платить из собственного кармана. Особенно обременительно это для врачей из регионов. Все это означает, что требуются дальнейшие улучшения действующей системы оценки и оплаты труда медицинских работников, обеспечение четкой и непосредственной зависимости получаемой ими заработной платы и механизма поощрения от степени сложности выполняемой работы и качества оказываемой медицинской помощи.

Основой мотивации труда в медицине является отказ от повременной системы оплаты труда и внедрение ее сдельной формы.

Итак, основой мотивации труда в медицине является отказ от повременной системы оплаты труда и внедрение ее сдельной формы в различных модификациях. Критерием оценки труда медицинского работника является здоровье пациента после лечения. Источником начисления дополнительной заработной платы, может стать фонд создаваемый за счет платных услуг (пример - Турции) [9].

Оборотные средства или возобновляемые фонды формируются путем сбора средств в государственных учреждениях. Государственные медицинские учреждения устанавливают финансовые связи с государственными и частными организациями, а также с отдельными гражданами, от которых получают плату за оказанные медицинские услуги. Полученные таким образом доходы распределяются между работниками медицинского учреждения. Вторая часть заработной платы абсолютно независима от государственного участия. Иногда этот дополнительный доход может намного превышать размер основной заработной платы [9].

В положении о премировании учреждения здравоохранения должны быть предусмотрены показатели премирования как по структурным подразделениям, так и по отдельным должностям, исходя из утвержденных показателей деятельности работников этих должностей.

Премирование работников здравоохранения, прежде всего, должно быть направлено на повышение материальной заинтересованности работников в оказании качественной медицинской помощи населению, в достижении наилучших результатов труда. Премия не всегда носит регулярный характер, а выплачивается по мере достижения каких-либо конкретных результатов труда. Премии должны выплачиваться за счет премиального фонда, входящего в состав фонда заработной платы, который создается в учреждении за счет средств различных источников финансирования (платная медицинская деятельность, средства ОМС, бюджетные средства и др.) [10]. В Кыргызстане необходимо легализировать платные медицинские услуги и средства, поступившие за счет платных услуг, использовать в качестве источника дифференциации оплаты труда медицинских работников.

Эффективность учреждения зависит и от профессионального роста сотрудников, приобретения ими обновленных знаний и навыков.

Выводы:

- В сфере медицинских услуг в государственных лечебных учреждениях нет полноценных экономических отношений и управление здравоохранением осуществляется на административных методах.
- Здравоохранение работает по повременной системе, где оплата труда не зависит от объема и качества выполненных работ.
- 93% врачей не устраивает их низкая заработная плата.
- Современная система оплаты труда порождает проблемы кадрового характера: специалисты делают выбор в пользу негосударственных учреждений.
- Возросло число врачей и медсестер, эмигрирующих в ближнее и дальнее зарубежье.
- В Кыргызстане заработная плата врачей состоит из гарантированной и дополнительной заработной платы. Ее выплата осуществляется за счет единственного источника – фонда оплаты труда.
- Стимулирование качества труда не выходит за рамки фонда оплаты труда. Премирование работников здравоохранения производится за счет экономии фонда оплаты труда.
- В качестве источников мотивации предлагается использовать легализированные платные услуги, выручка из которых должна остаться в больнице или поликлинике как дополнительный источник оплаты труда.
- В системе оплаты труда необходимо создать материальные стимулы, для повышения профессионального уровня.
- Основой мотивации труда в медицине должно быть сочетание повременной системы оплаты труда с ее сдельной формой в различных модификациях.
- Сдельная оплата рассчитывается на основе количества оказанных медицинских услуг и затрат времени на их выполнение.
- Сдельная форма оплаты труда предусматривает награждение отличившихся работников вне системы оплаты труда.

- В лечебном учреждении должно быть разработано положение о премировании, содержащее в себе условия и показатели премирования медицинских работников.

Литература

1. Данные ФОМС КР за 2014 год. [Электронный ресурс]. URL:ffoms.ru
2. Результаты анкетирования врачей и пациентов в рамках проекта «Экономический анализ системы здравоохранения Кыргызстана», проводимого в КТУ Манас в 2014 году.
3. Данные ФОМС КР за 2010 - 2015 годы. [Электронный ресурс]. URL:ffoms.ru
4. Гульгун Мурзалиева и др. «Оценка существующего механизма распределения дополнительной заработной платы в организациях здравоохранения КР». [Электронный ресурс]. URL: www.hpac.kg/nasha.../dokumenty-po-issledovaniyam.
5. Самоукина Н. В. Эффективная мотивация персонала при минимальных затратах. / В сборнике практических инструментов. / М.: Эксмо, 2011.
6. Данные МЗ КР за 2016год. [Электронный ресурс].
7. Необходимо безотлагательно остановить отток семейных врачей - специалистов. [Электронный ресурс]. URL: http://zdorovie.akipress.org/news:21995.
8. Зайцева Т. В. Управление персоналом. Учебник Т. В. Зайцева, А. Т. Зуб. М.: ИД «ФОРУМ»: ИНФРА-М, 2008.
9. Çetin A. C., Sağlam H, 2007. Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Hizmet Sunumuna, Sağlık Çalışanlarına ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri: Isparta Sağlık Ocaklarında Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Yıl: 3, Sayı: 5, 56-78, Isparta.
10. Условия оплаты труда работников организаций здравоохранения Кыргызской Республики. Постановление Правительства Кыргызской Республики № 411 от 6 июня 2006 года.