

М.В. Шевченко

ДОСВІД ЗАПРОВАДЖЕННЯ НОВОЇ СИСТЕМИ ОПЛАТИ ПРАЦІ ЗАЛЕЖНО ВІД ЇЇ ОБСЯГУ ТА ЯКОСТІ

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, м. Київ, Україна

Мета – представити узагальнені результати запровадження нової системи оплати праці, яка передбачала перехід до оплати залежно від обсягу та якості наданої медичної допомоги і була реалізована у пілотних регіонах упродовж 2012–2014 рр. на рівні закладів охорони здоров'я, що надавали первинну медичну допомогу.

Методи: інформаційно-аналітичний, порівняльного аналізу.

Результати. У статті проведено аналіз запровадження нової системи оплати праці, яка була апробована на рівні пілотних регіонів у 2012–2014 роках. Детально представлено етапи її розробки і запровадження, зміни відповідної нормативно-правової бази.

Висновки. Нова система оплати праці залежно від її обсягу та якості у цілому забезпечила збільшення середнього розміру зарплати медичного персоналу, що надавав первинну допомогу у пілотних регіонах, майже вдвічі і сприяла певному підвищенню мотивації персоналу, зростанню його відповідальності за результати роботи, хоча і мала певні недоліки.

Ключові слова: оплата праці, надбавки за обсяг і якість, мотивація.

ВСТУП

Одним із важливих компонентів успішності запровадження нової системи фінансування стала зміна умов оплати праці медичних працівників, орієнтована на обсяг і якість виконаної роботи, адже сьогодні в охороні здоров'я України використовується оплата праці на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів, що залежить, перш за все, від розмірів базових соціальних стандартів в оплаті праці.

При цьому слід зазначити, що оплата праці медичних працівників у Європейському регіоні здійснюється з урахуванням її результативності. За даними міжнародних досліджень [9–12, 15–17], директивні органи в країнах Європейського регіону вимагають запровадження систем оплати, які дозволяють стимулювати доступ пацієнтів до ефективної і високоякісної медичної допомоги та стримувати зростання затрат. Також наголошується, що системи стимулювання повинні бути відкритими, прозорими, справедливими і послідовними.

Мета роботи – представити узагальнені результати запровадження нової системи оплати праці, яка передбачала перехід до оплати залежно від обсягу та якості наданої медичної допомоги і була реалізована у пілотних регіонах упродовж 2012–2014 рр. на рівні закладів охорони здоров'я, що надавали первинну медичну допомогу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Вивчалися результати впровадження проекту з реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах. У дослідженні застосовано інформаційно-аналітичний та метод порівняльного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Запровадження нової системи оплати праці здійснювалося у декілька етапів: підготовчий, безпосереднє впровадження, науковий супровід. На кожному з етапів проводився щомісячний моніторинг, за результатами якого приймалися відповідні управлінські рішення.

Підготовчий етап було розпочато після прийняття у липні 2011 р. Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [8], окремими положеннями якого передбачалося запровадження порядку встановлення заохочувальних виплат медичним працівникам, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи, який закінчився розробкою відповідного порядку, затвердженого Урядом у березні 2012 р. [1]. Цим нормативно-правовим актом запровадження нового механізму передбачалося на рівні закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що надавали первинну медичну допомогу (ПМД) та були учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я. Дія постанови поширювалася тільки на лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗПСЛ), лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-терапевтів дільничних, сестер медичних загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ), сестер медичних дільничних, фельдшерів.

На цьому етапі було розроблено методологію обчислення і нарахування надбавки за обсяг виконаної роботи лікарям і сестрам медичним, що враховувала:

– фактичну чисельність населення, прикріпленого за місцем проживання;

– нормативи навантаження, при цьому були введені обмеження щодо перевищення норм навантаження на відповідний медичний персонал, що

коригувалося відповідними коефіцієнтами, оскільки існують докази, що надмірне навантаження впливає на якість наданої допомоги [13–14]. Зокрема, якщо різниця між фактичною чисельністю прикріпленого населення перевищувала подвійну норму навантаження, але не більше ніж у 2,5 разу, вводився коефіцієнт 0,5, якщо перевищувала у 2,5 разу – то коефіцієнт становив 0,25.

Далі проводили коригування з використанням коефіцієнтів віково-статевої структури прикріпленого населення для врахування рівня споживання медичної допомоги населенням різного віку при визначенні величини надбавки за обсяг виконаної роботи. Адекватність застосування такого методологічного підходу підтверджено і даними міжнародних досліджень та результатами окремих міжнародних проектів на пострадянському просторі (Казахстан, Узбекистан) [4–6].

Для визначення розміру надбавок за якість виконаної роботи на даному етапі було встановлено два види коефіцієнтів (понижувальні і підвищувальні), рівні і вага яких встановлювалися експертним шляхом спеціалістами провідних департаментів МОЗ України та пілотних регіонів за участю широкого кола інших зацікавлених осіб, включаючи представників АПУ, Міністерства фінансів та Міністерства праці України, профспілок.

Слід зазначити, що умови оплати праці продовжували визначатися відповідно до постанови КМУ «Про оплату праці працівників на основі ЄТС розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» [2], а самі надбавки виплачувалися в межах фонду заробітної плати, затвердженого у кошторисах.

На етапі запровадження положень вищевказаної постанови виникли проблеми, які стосувалися їх обчислення і нарахування. Передусім це стосувалося надбавок за якість виконаної роботи, що було пов'язано як з низьким рівнем інформатизації ЗОЗ, так і зі складністю в обліку виконаної роботи. У кінцевому підсумку це вплинуло на структуру витрат, спрямованих на нарахування та виплату надбавок за обсяг і якість. Аналіз структури фінансових ресурсів, які були спрямовані на виплату надбавок, показав, що у всіх пілотах переважно виплати здійснювалися лише у вигляді надбавок за обсяг виконаної роботи (від 73,1% у структурі загальних витрат на надбавки для лікарів у Вінницькій області до 52,4% у Донецькій; для молодших спеціалістів з медичною освітою – від 87,9% і 64,0% відповідно). Найнижчий обсяг коштів, які були витрачені на оплату надбавок за якість виконаної роботи, зафіксовано у Вінницькій і Донецькій областях (рис. 1).

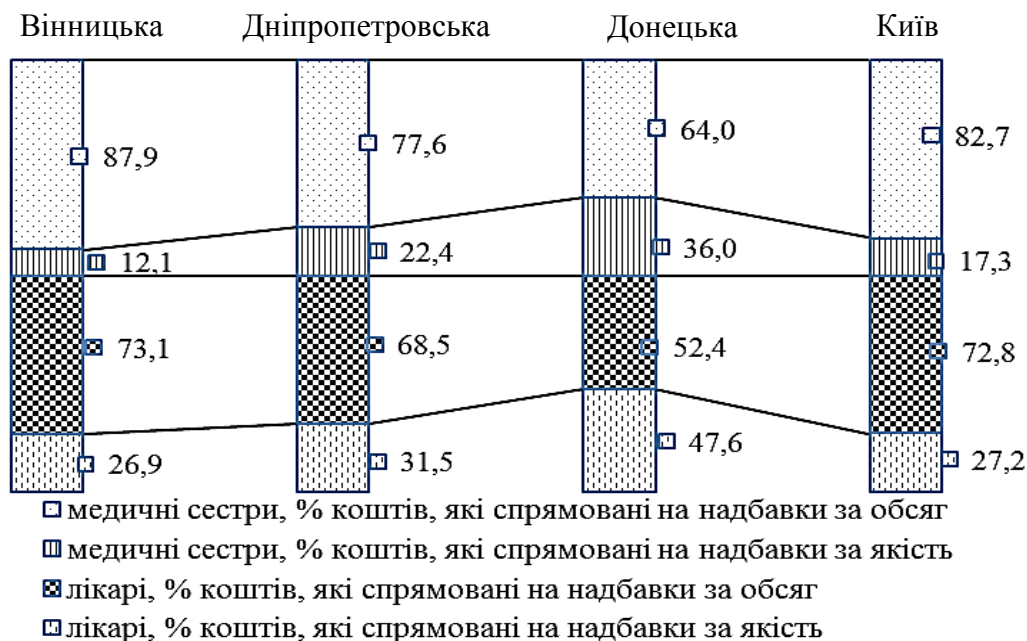


Рис. 1. Структура витрат, спрямованих на нарахування та виплату надбавок за обсяг і якість роботи медичним працівникам пілотних регіонів у 2012 році

На основі даних моніторингу щодо виплати надбавок було прийнято рішення щодо внесення змін до порядку нарахування надбавок за обсяг і якість, який було змінено з прийняттям відповідного нормативно-правового акту [7]. Зокрема було доопрацьовано і деталізовано порядок формування фонду оплати праці з метою мінімізації прив'язки до кошторисних призначень і запровадження механізму, який враховував чисельність прикріпленого населення та нормативи навантаження на

медичних працівників, при цьому методологія нарахування надбавок за обсяг залишилася без змін.

Положення попередньої методики були доповнені окремим розрахунком обсягів Фонду для виплати надбавки за якість виконаної роботи. Крім того, було додано норму щодо нарахування відповідних надбавок для керівних працівників (головного лікаря, заступника головного лікаря, завідувача амбулаторії ЗПСМ) з урахуванням відповідних середніх показників

серед ЗОЗ, що надавали ПМД на адміністративній території.

Кардинально змінено перелік підвищувальних коефіцієнтів та методологічні підходи до їх урахування при визначенні надбавки за якість шляхом порівняння величини підвищувальних коефіцієнтів показників роботи лікаря/молодшого спеціаліста з медичною освітою з відповідними середніми показниками у цілому в ЗОЗ. Таким чином, надбавку за якість виконаної роботи виплачували у розмірі 50%, 25%, 0% посадового окладу лікаря/молодшого спеціаліста з медичною освітою залежно від величини показників і їх співвідношення до середнього показника по ЗОЗ.

Як видно з рис. 2, у всіх пілотних регіонах зафіксовано зменшення виплат надбавок за якість виконаних робіт, що було пов'язано зі зміною методологічних підходів до порядку їх встановлення. Зокрема у структурі обсягів цільових коштів, спрямованих

на нарахування та виплату надбавок за обсяг і якість, у всіх пілотах переважну частину займали кошти на надбавки за обсяг виконаної роботи (від 81,2% у структурі загальних витрат на надбавки для лікарів у Донецькій області до 74,6% у Вінницькій); для молодших спеціалістів з медичною освітою цей показник коливався в межах від 80,1% і 91,1% відповідно. Коливання між пілотними регіонами були незначними, що свідчить про факт нарахування і виплати переважно надбавок за обсяг виконаної роботи, що викликало масу невдоволень і нарікань як серед управлінців, так і безпосередньо медичних працівників.

У подальшому, наприкінці 2013 р., положення попередньої методики нарахування і виплати надбавок за обсяг та якість виконаної роботи були кардинально змінені в частині знову ж надбавок за якість, що знайшло відображення у відповідній постанові КМУ [3].



Рис. 2. Структура витрат, спрямованих на нарахування та виплату надбавок за обсяг і якість роботи медичним працівникам пілотних регіонів у 2013 році

У результаті цього:

– затверджено новий механізм визначення та оплати надбавок за якість, який передбачав визначення її розміру на підставі показників якості попереднього кварталу, нарахування – щомісячно протягом поточного кварталу за фактично відпрацьований час;

– змінено перелік показників для нарахування надбавок за якість виконаної роботи, які дозволили враховувати відповідні надбавки не лише ЛЗПСЛ, але й дільничним терапевтам та педіатрам, а також фахівцям із базовою та неповною вищою медичною освітою, що працюють з такими лікарями;

– запропоновано нові підходи до оцінювання кожного показника якості окремо для лікаря та фахівця з базовою та неповною вищою медичною освітою в балах (0 або 0,05), що забезпечило рівень надбавки за якість до 50% посадового окладу;

– змінено порядок нарахування надбавок для керівників ЗОЗ, що надавали ПМД, та їхніх заступників;

– вперше запроваджено механізм нарахування надбавок для медичних працівників ЗОЗ, що надавали ПМД, які забезпечували збір та обробку інформації, необхідної для визначення показників якості;

– уточнено цільові значення показників, які ґрунтуються на доказах, контингенти для проведення відповідних скринінгових досліджень.

Таким чином, перелік показників для нарахування надбавок за якість виконаної роботи змінювався тричі, оскільки апробація, постійний моніторинг та оцінка результатів показали необхідність уточнення показників. У результаті окремі показники були уточнені, інші – вилучені у зв'язку із проблемами щодо їх обліку та отримання щомісячної інформації від закладів, які надавали екстрену і вторинну медичну допомогу. У цілому слід констатувати, що у 2012 р. було нараховано та виплачено в пілотних регіонах надбавок за обсяг і якість в обсязі 86,9 млн грн, у т.ч. у Вінницькій – 5,9 млн грн, Дніпропетровській – 21,03 млн грн, Донецькій областях – 40,2 млн грн, м. Києві – 19,8 млн гривень. У 2013 р. – відповідно надбавок за

обсяг і якість в обсязі 168,4 млн грн, у т.ч. у Вінницькій – 15,4 млн грн, Дніпропетровській – 42,2 млн грн, Донецькій – 81,0 млн грн, м. Києві – 29,8 млн гривень.

Дані щодо динаміки зростання середнього розміру заробітної плати медичних працівників ЗОЗ – учасників пілотного проекту наведені у таблиці.

Таблиця
Динаміка змін величини середнього розміру заробітної плати медичних працівників закладів охорони здоров'я – учасників пілотного проекту

Показник	Середній розмір заробітної плати, грн			Підвищення рівня заробітної плати порівняно з попередніми періодами, %		
	2011	2012	2013	2012/2011	2013/2012	2013/2011
Вінницька						
Лікарі	2750	3587,3	4 917	30,4	37,1	78,8
Фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою	1832	2522,2	3 310	37,7	31,2	80,7
Дніпропетровська						
Лікарі	2880	3691,4	4 456	28,2	20,7	54,7
Фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою	1973	2571,5	3 439	30,3	33,7	74,3
Донецька						
Лікарі	2861	3777,6	4 991	32,0	32,1	74,4
Фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою	1948	3068,1	4 316	57,5	40,7	121,6
м. Київ						
Лікарі	2923	4556,2	5 363	55,9	17,7	83,5
Фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою	2223	4024,0	4 876	81,0	21,2	119,35

Зауважимо, що дію запропонованого механізму передбачалося поширити з 1 жовтня 2014 року на медичних працівників, що надавали ПМД у всіх областях України. Однак, у зв'язку зі складною соціально-економічною ситуацією в країні, урядом було прийнято рішення, що надбавки, встановлені працівникам відповідно до цієї постанови, здійснюються лише за умови забезпечення у повному обсязі бюджетними коштами обов'язкових виплат із заробітної плати.

На сьогодні даний механізм збережено в окремих районах Дніпропетровської і Донецької областей, де продовжуються нарахування і виплата відповідних надбавок медичному персоналу Центрів ПМСД.

ВИСНОВКИ

Використання даного механізму дозволило в рамках реалізації пілотного проекту вперше в Україні

запровадити стимулювання медичних працівників відповідно до обсягу та якості виконаної роботи та підвищити рівень оплати праці медичного персоналу, що надавав ПМД, майже вдвічі (діапазон середнього рівня заробітної плати лікарів у 2013 р. становив 4456÷5363; фахівців із базовою та неповною вищою медичною освітою – 3 310÷4 876 відповідно).

Мотиваційні механізми оплати праці, які були відпрацьовані на рівні пілотних регіонів, можуть слугувати відправною точкою для аналогічних змін в оплаті праці медичних працівників інших рівнів надання медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою і запровадженням мотиваційних механізмів в оплаті праці і медперсоналу, який надає інші види медичної допомоги, зокрема вторинну та третинну.

ЛІТЕРАТУРА

1. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України № 209 від 05.03.2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/209-2012>. – Назва з екрана.
2. Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України № 395 від 20.05.2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/395-2013-%D0%BF>. – Назва з екрана.
3. Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу : постанова Кабінету Міністрів України № 977 від 30.12.2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/977-2013-%D0%BF>. – Назва з екрана.
4. Евсеева А. Р. Реформирование системы финансирования здравоохранения как способ повышения качества медицинских услуг [Электронный ресурс] / А. Р. Евсеева, А. А. Тюякпаева // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2009. – № 4. – Режим доступа : http://www.rppe.ru/?page_id=437. – Название с экрана.
5. Правила оказания платных услуг в организациях здравоохранения и порядок использования средств от платных услуг, осуществляемых государственными организациями здравоохранения : Постановление Правительства Республики Казахстан № 965 от 6 октября 2006 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://ru.government.kz/documents/premlaw/102006>. – Название с экрана.
6. Практическое пособие для руководителей учреждений ПМСП / Хакимова М., Салихова Ф., Нурмухамедова Б. [и др.]. – перераб. изд. – Ташкент : ЮСАИД ЦБРП "Здоровье" МЗ РУз, 2004. – 161 с.
7. Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери : постанова Кабінету Міністрів України № 1298 від 30.08.2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1298-2002-p/ed20120405>. – Назва з екрана.
8. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України № 3612-VI від 07.07.2011 // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 12–13. – С. 552.
9. Саакян Ж. Ф. Оценка динамики изменения показателей деятельности больничных учреждений системы здравоохранения Республики Армения в рамках проведения реформ (на примере "Института хирургии им. Микееяна") / Ж. Ф. Саакян // Экономика здравоохранения. – 2009. – № 3 (136). – С. 26–30.
10. Kutzin Joseph Implementing Health Financing Reform Lessons from countries in transition / Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakob; World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. – 2010. – 425 p.
11. Luoma Marc Increasing the Motivation of Health Care Workers. Technical brief / Marc Luoma // The Capacity Project Intra Health International, Inc., USAID., 2006. – 4 p.
12. Miller Franco Lynne Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework / Franco Lynne Miller, Sara Bennett, Ruth Kanfer // Social science & medicine. – 2002. – № 8. – P. 1255–1266.
13. Neena L. Chappell Population Aging and the Evolving Care Needs of Older Canadians. An Overview of the Policy Challenges / Chappell Neena L. – Toronto : IRPP Study, 2011. – 36 p.
14. Roos Marco Motivation for career choice and job satisfaction of GP trainees and newly qualified GPs across Europe: a seven countries cross-sectional survey / Marco Roos, Michel Wensing, Frank Peters-Klimm // Education for Primary Care Volume. – 2014. – № 25, Issue 4. – P. 202–210.
15. The world health report: 2006: working together for health / World Health Organization. – Geneva, 2006. – 209 p.
16. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. – Geneva : WHO, 2010. – 128 p.
17. Thomson S. Финансирование здравоохранения в Европейском Союзе. Проблемы и стратегические решения / S. Thomson, Th. Foubister, E. Mossialos / WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2010. – 240 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 23.03.2016 р.

Опыт внедрения новой системы оплаты труда в зависимости от его объема и качества

М.В. Шевченко

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Цель – представить обобщенные результаты внедрения новой системы оплаты труда, которая предусматривала переход к оплате в зависимости от объема и качества оказанной медицинской помощи и была реализована в пилотных регионах в течение 2012–2014 гг. на уровне учреждений здравоохранения, оказывавших первичную медицинскую помощь.

Методы: информационно-аналитический, сравнительный анализ.

Результаты. В статье представлен анализ введения новой системы оплаты труда с описанием результатов ее внедрения, недостатков и путей их преодоления. Подробно показаны этапы ее разработки и внедрения, изменения, которые вносились в соответствующую нормативно-правовую базу в процессе апробации на уровне пилотных проектов.

Выводы. Новая система оплаты труда, зависящая от его объема и качества, в целом обеспечила увеличение среднего размера заработной платы медперсонала, оказывавшего первичную помощь в пилотных регионах, почти вдвое и способствовала повышению его мотивации, увеличению степени ответственности за результаты работы, хотя и имела определенные недостатки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: оплата труда, надбавки за объем и качество, мотивация.

Experience of the new system remuneration depending on its volume and quality

M.V. Shevchenko

SIS «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

Purpose – provide a synthesis of the implementation of the new salary system, which provided for the transition to the payment, depending on the volume and quality of medical care. This system has been implemented in pilot regions for 2012-2014 years at the level of health facilities providing primary medical care.

Methods: the information-analytical, comparative analysis.

Results. The article presents an analysis of the introduction of a new salary system with a description of the results of its implementation, shortcomings and ways to overcome them. Are presented in detail the stages of its development and implementation, the changes that were made to the relevant regulatory framework in the process of testing at the level of pilot projects.

Conclusions. In general, the new salary system, which is dependent on its volume and quality provided the increase in the average salary of medical staff of PHC pilot regions almost doubled and helped to increase his motivation, increase the degree of responsibility for the results of the work.

KEY WORDS: new salary system, surcharges for the volume and quality, motivation.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Шевченко Марина Вікторівна – к.мед.н., с.н.с. наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами; вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014, Україна.