



## **ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИЙ К ПОЛЕЗНОМУ ТРУДУ**

**В.Г. ДОНЦОВ**

*Воронежская  
государственная  
медицинская академия  
имени Н.Н. Бурденко*

*e-mail: Ledn89@mail.ru*

В данной статье приведена методика создания механизма дифференцированной оплаты труда, как действенного фактора в формировании положительных мотиваций к полезному труду у работников учреждений здравоохранения, как фактора, способствующего взаимной заинтересованности различных категорий сотрудников друг в друге и в получении медицинского продукта совместного труда. Найдены подходы к выражению в единой числовой системе принципиально различных показателей конечного результата медицинского производства: объема, качества, своевременности, исхода. Это позволило свести все четыре основные характеристики в один полимерный показатель конечного результата деятельности врача. В результате стало возможным устанавливать дифференцированный размер заработной платы, строго адекватный конечному результату работы врача, включающему объем работы, качество и своевременность медицинской помощи, исход заболевания. Установлены взаимосвязи различных категорий медицинских работников, что позволило в точных пропорциях определять размеры заработной платы по отношению к размеру зарплаты врача.

Ключевые слова: конечный результат, объем работы, качество, своевременность медицинской помощи, исход заболевания, механизм дифференцированной зарплаты, мотивации к полезному труду.

Среди трех групп факторов, принимающих участие в формировании мотиваций к полезному труду у медицинских работников, приоритетное место занимают экономико-математические методы. Среди них материальная компенсация полезного труда в размерах адекватных результату труда должна занимать ведущее место [1]. Адекватность оплаты полезного труда имеет два аспекта – это размер заработной платы и соразмерность индивидуальному результату конкретного сотрудника. В последнее время поставлена задача довести средний размер оплаты труда в здравоохранении до уровня средней зарплаты в регионе. Эта задача во многих регионах уже решена, в остальных решается. Что касается создания механизма дифференцированной оплаты труда, то здесь имеется трудность, связанная с объективизацией конечных результатов, с измерением их в единой числовой системе, так как до настоящего времени объем работы выражается количеством пациентов, своевременность – днями, качество – сложным расчетом с применением целого набора признаков. При таком подходе невозможно свести к одному показателю многообразие показателей конечных результатов и, следовательно, невозможно установить строгую объективную и понятную зависимость между размером зарплаты и результатами труда конкретного сотрудника. Может быть, поэтому в последних разработках «Отраслевой системы оплаты труда» рекомендуется пользоваться коэффициентами, которые должен устанавливать главный врач. К сожалению, это не исключает субъективных, а иногда и предвзятых оценок результатов работы сотрудников.

**Цель.** Исходя из изложенного, мы предприняли попытку создать механизм дифференцированной зарплаты работников медицинских учреждений, позволяющий начислять заработную плату в индивидуальных размерах, строго адекватных полезному труду, отраженному в объеме, качестве, своевременности работы врача и исходе заболевания, а также в обобщающем полимерном показателе.

**Методика.** При разработке механизма мы исходили из нескольких принципиальных условий:

1. Заработная плата каждого сотрудника учреждения должна быть строго соразмерна полезному, реализованному в конечном результате труду.
2. На основе экономических взаимоотношений должна быть устроена схема взаимозависимости всех категорий сотрудников друг от друга и от конечного результата. Этим условием должна быть достигнута их взаимозаинтересованность и, за счет этого, смягчены естественные антагонизмы между различными иерархическими группами.
3. Механизм дифференцированной оплаты труда должен быть неуязвим к субъективному влиянию общественного мнения или воле отдельных руководителей.

Прежде всего, для унификации конечных результатов мы дали их определения, которые позволили бы опосредованно, через технологические алгоритмы привести их к измерению в единой числовой системе.

В этой связи под объемом работы мы понимаем совокупность врачебных действий на этапах диагностики, лечения и реабилитации больного.



Качеством работы врача при этом является степень строгости выполнения заранее предопределенного технологического процесса.

Обоснованные сроки определяются из суммарного времени на выполнение всех технологических элементов при условии непрерывности медицинского производства.

Ожидаемым исходом является исход заболевания, который может быть достигнут при качественном выполнении всех элементов технологической цепи.

Полимерным показателем, является цифра объединяющая все четыре показателя, выраженные в единой числовой системе измерения.

Универсальным инструментом для измерения всех показателей конечного результата могут явиться технологические алгоритмы по направлениям медицинской врачебной деятельности: эндокринологический, дерматологический, венерологический и т.д. При создании технологических алгоритмов составляются технологические цепи для каждого направления. Основным условием является полнота содержания алгоритмов и универсальность их применения при любой патологии данного направления. Для реализации указанного условия мы исходили из того, что условный пациент якобы имеет полный набор заболеваний данного направления и, соответственно этому, требует применения всех врачебных диагностических и лечебных действий.

Вторым неперемным условием должно быть разделение технологической цепи на мельчайшие неделимые элементы действий, понимаемые однозначно.

При создании алгоритмов каждому элементу разрабатываемой технологической цепи на основе экспертных оценок ставится в соответствие определенное количество баллов. В основу таких экспертных оценок положены диагностическая и лечебная значимость результата элементарного врачебного действия, трудозатраты на его производство и уровень технологичности.

После окончания лечения больного и составления карты больного, в которой описаны все действия врача, с помощью алгоритма подсчитывается сумма баллов, которая в количественной мере выражает объем работы и, одновременно, ее качество, являясь их формализованным показателем (Пок).

Для количественной оценки своевременности лечения проводится хронометраж всех врачебных действий на этапах диагностики и лечения, оформления документов, за счет чего вычисляется оптимальный срок. При ускорении или задержке от объемной и качественной стоимости вычисляется сумма баллов в заранее определенном процентном исчислении, в зависимости от конкретной даты окончания лечения (табл. 1).

Таблица 1

### Определение показателя своевременности (Пс)

Дни	-3	-2	-1	Опт. срок	+1	+2	+3	+4
% от Пок	+25	+10	+5	0	-5	-10	-25	-50
Пс								

Это количество баллов является показателем своевременности (Пс). Суммируя показатели объема, качества и своевременности, получаем Покс, отражающий три основных параметра лечебно-диагностического процесса и трудозатрат врача на его производство.

$$\text{Покс} = \text{Пок} + \text{Пс} \quad (1)$$

Для определения показателя исхода (Пи) разделяем все нозологические единицы на четыре группы, в соответствии с естественностью исходов, зависящей от тяжести самого заболевания, современных возможностей его диагностики и лечения. (Табл. 2). Сопоставляем ожидаемый и фактический исходы. При их совпадении показатель исхода (Пи) остается равным нулю. При фактическом исходе превосходящем ожидаемый, исчисляем в процентном отношении сумму баллов от суммы исходов объема, качества и своевременности. При фактическом исходе уступающем ожидаемому, также в процентном отношении вычисляется сумма баллов.

Таблица 2

### Определение показателя исхода (Пи)

Исход прогноз.	Выздоровление	Вр. утр. труд.	Инвалидность	Смерть
Исход фактич.	*	*	*	*
% от Покс	0	-10	-50	-100
% от Покс	+10	0	-10	-50
% от Покс	+50	+10	0	-10
% от Покс	+100	+50	+10	0
Пи				



В зависимости от положительного или отрицательного исхода эти баллы прибавляются, или вычитаются от Покс, образуя полимерный показатель (ПП).

$$\text{ПП} = \text{Покс} + \text{Пи} \tag{2}$$

ПП одной цифрой выражает и объем и качество и своевременность работы врача и исход заболевания с возможностью развернуть этот полимерный показатель на составляющие.

Полимерный показатель одновременно объективно выражает и количество полезного труда врача. Соответственно этому должна быть и оплата труда врача. Месячный фонд врачебной зарплаты подразделения должен быть пропорционален сумме показателей за всех больных, прошедших лечение за месяц. Поэтому надо, во-первых, вычислить отделенческие фонды F (отд).

Нынешние официальные нормативы врачебной работы, являются мономерными, учитывающими только количество больных, вне зависимости от качества, сроков лечения, исходов заболевания. Для выхода из этой ситуации мы избрали следующий подход. Для каждого k-го отделения больницы составляется структура заболеваний, с пересчетом их общего количества на одну ставку. Затем определяется балльная стоимость каждого лечения больного в оптимальном технологическом исполнении. Общая сумма баллов для официального нормативного количества больных становится балльным полимерным нормативом ПН (точнее балльным эквивалентом официального мономерного норматива), но уже отражающим в едином числовом выражении и объем, и качество, и своевременность лечения, и исход заболевания.

Имея балльный сопоставимый норматив для каждого отделения, легко определить отделенческие фонды заработной платы. Сумма баллов S<sub>k</sub> в каждом k-том отделении за всех пролеченных больных равна

$$S_k = \sum_{i=1}^N S_i^k \tag{3}$$

где: N – количество больных, пролеченных в отделении, S – балльная оценка больного i полимерным показателем. Соотнося (3) с балльным нормативом для этого отделения

$$R_k = S_k / \text{ПН}_k \tag{4}$$

получим оценку результата работы k-го отделения, учитывающую все составляющие введенного нами полимерного показателя и официальные мономерные нормативы. Деля затем общий фонд больницы Fб в пропорции соответственно результатам работы каждого отделения, получим фонд зарплаты каждого отделения:

$$F_k(\text{отд}) = R_k \times Fб / \sum_{i=1}^k R_j \tag{5}$$

где k – количество отделений, на которые распределяется врачебный фонд зарплаты больницы.

Получив фонд заработной платы врачей конкретного отделения, вычисляем стоимость одного балла (СБ<sub>k</sub>) в денежном выражении для этого отделения.

$$\text{СБ}_k = F_k / S_k \tag{6}$$

Умножая (6) на количество баллов конкретного j-го врача за месяц S<sub>k</sub>, получаем его месячную зарплату Z<sub>k</sub>:

$$Z_k = \text{СБ}_k \times S_k^j \tag{7}$$

Описанным образом вычисляем заработную плату врача – непосредственного производителя медицинской продукции. Размер месячной зарплаты точно соответствует конечному результату, выраженный в объеме, качестве, своевременности медицинской помощи и исходе заболевания.

В лечебно-диагностическом процессе, кроме непосредственного производителя, принимают участие и другие категории сотрудников – медицинские сестры, старшие сестры отделений, главная сестра больницы, руководители структурных подразделений и больницы в целом, вспомогательный технический персонал. У каждой из категорий сотрудников есть свои специальные функции, но все они направлены на производство конечного продукта, и поэтому, зарплата любого сотрудника должна, с одной стороны, соответствовать доле его участия в создании конечного результата, с другой стороны – размер зарплаты каждого сотрудника должен зависеть от добротности конечного продукта (объема, качества, своевременности, исхода) и, в-третьих, за счет справедливой адекватной компенсации труда должна быть установлена взаимозависимость всех категорий сотрудников с тем, чтобы создать атмосферу заинтересованности друг в друге, реализуемой в ходе совместного производства конечного продукта.

Исходя из этих сформулированных принципов, мы определяем следующий порядок начисления зарплаты для сотрудников остальных категорий.



С целью объективизации оценки труда медицинских сестер врачи и сестры организуются в жесткие группы. Для этого врачи условно выстраиваются в рейтинговый ряд (по убывающей от наиболее трудоспособного) по результатам предыдущей работы. Врачи в этом порядке по очереди выбирают себе сестер, в зависимости от деловых и человеческих качеств, причем, конкретная медсестра может отказаться от предложенного ей выбора, на что могут влиять человеческие качества врача. По истечении каждого полугодия процедура организации групп повторяется. Таким образом, врачи и сестры побуждаются проявлять не только деловые способности, но и свои личностные качества.

Оценка труда медицинских сестер при вышеописанной системе организации не вызывает затруднений. Количество баллов врача, измеренное объективно, начисляется и соответствующей медицинской сестре. По итогам месяца сестринский фонд каждого подразделения делится на сумму баллов всех сестер отделения, т.е. вычисляется денежная стоимость одного балла сестры в отделении, затем стоимость балла умножается на количество баллов конкретной сестры и, в результате, определяется ее месячная зарплата, которая соответствует доле полезного труда в конечном продукте.

Функции заведующего подразделением больницы направлены на оптимизацию технологического процесса, обучение сотрудников, организационно-методическую, консультативную помощь сотрудникам, планирование, учет работы, контроль, оценку конечного результата. От уровня этих действий зависит возможность коллектива и каждого сотрудника в отделении работать с наибольшей производительностью и, следовательно, в условиях состязательности между подразделениями, зарабатывать больший фонд заработной платы, что непосредственно влияет на заработок каждого. Разнохарактерность действий заведующего подразделением не позволяет объективно, в количественном выражении, определять долю трудового вклада в конечном продукте, поэтому применяется при исчислении заработной платы следующий подход. Зарплата заведующего  $Z_3$  определяем путем умножения средней заработной платы врача отделения на отношение окладов заведующего и врача отделения

$$Z_3 = \frac{O_3}{O_B} \times \frac{1}{M_B} \times \sum_{j=1}^{M_B} Z_B \quad (8)$$

где  $M_B$  – количество врачей в данном отделении.

При таком исчислении заработной платы заведующий объективно заинтересован в плодотворности действий всех и каждого врачей с тем, чтобы отделение, в целом, в условиях состязательности с другими подразделениями за счет эффективности работы, смогло получить наибольшую долю из общего фонда заработной платы больницы.

При начислении заработной платы главному врачу больницы исходим из тех же принципов, что и при определении заработной платы заведующего отделением. Вычисляем среднеарифметическое значение месячной заработной платы заведующих подразделениями и, от этой цифры в пропорции должностных окладов, устанавливаем зарплату главного врача.

Заработная плата заместителей главного врача, главной медицинской сестры и секретаря определяется из фактической заработной платы главного врача и рассчитывается, исходя из пропорции их должностных окладов.

Стимулирующий эффект механизма дифференцированной оплаты труда определяется соотношением ( $K \max / \min$ ) между максимальным и минимальным размерами заработной платы сотрудников и выражается коэффициентом:

$$K \max / \min = Z (\max) / Z (\min) \quad (9)$$

В свою очередь на величину коэффициента влияет состояние кадров и объем финансирования. Значение коэффициента дифференцированной заработной платы тем выше, чем меньше число сотрудников и больше объем финансирования.

**Выводы.** Таким образом, нами создан механизм дифференцированной оплаты труда, который в современных социально-экономических условиях, в системном комплексе с другими факторами, может активизировать деятельность каждого сотрудника, обладающего разными функциями: эффективная работа на этапах диагностики и лечения больных, увеличение производительности труда, укрепление материально-технической базы, создание и совершенствование новых технологий, подбор, обучение и расстановку кадров, совершенствование технологий лечебно-диагностического процесса, анализ, прогнозирование, планирование, учет, контроль и оценку результатов работы, как отдельных врачей, так и подразделений и всего учреждения в целом.

### Литература

1. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова.- 3-е издание. – 2009. – 664 с.



## **DIFFERENTIATION OF THE SALARY OF MEDICAL WORKERS FOR FORMATIONS OF MOTIVATIONS TO USEFUL WORK**

In this article the technique of creation of the mechanism of the differentiated compensation, as effective factor is given in formation of positive motivations to useful work at employees of healthcare institutions, as the factor promoting mutual interest of various categories of employees in each other and in receiving a medical product of joint work. Approaches to expression are found in uniform numerical system of essentially various indicators of the end result of medical production: volume, qualities, timeliness, outcome. It allowed to consolidate all four main characteristics in one polymeric indicator of the end result of activity of the doctor. As a result began possible to establish the differentiated size of a salary which is strictly adequate to the end result of work of the doctor, including the work volume, quality and timeliness of medical care, a disease outcome. Interrelations of various categories of medical workers that allowed to determine in exact proportions the salary sizes in relation to the size of a salary of the doctor are established.

Keywords: the end result, work volume, quality, timeliness of medical care, disease outcome, the mechanism of the differentiated salary, motivation to useful work.

**V.G. DONTSOV**

*Voronezh State  
medical Academy  
named N.N. Burdenko*

*e-mail: Ledn89@mail.ru*