

## ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемые читатели!

Представляем Вашему вниманию статью из нового сборника «Лекции по организации и экономике здравоохранения» (под общей редакцией А.Б. Блохина, Н.С. Брынза, Е.В. Ползика), изданного совместно Уралмедсоцэкономпроблем, Департаментом здравоохранения Тюменской области и ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2014 году.

Книга посвящена актуальным проблемам организации, управления и экономике в данной отрасли, адресована руководителям здравоохранения, преподавателям медицинских образовательных учреждений и факультетов усовершенствования врачей, студентам, аспирантам, научным работникам.

В данном номере представляем Вам лекцию ассистента кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Тюмень Сунгатуллиной Лены Ахтямовны, посвященную современным подходам к стимулированию производительности труда в медицинской организации.

По вопросам приобретения книжного издания обращаться в редакцию журнала.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СТИМУЛИРОВАНИЮ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

*Сунгатуллина Л.А.*

Основным способом мотивации медицинского персонала к качественной высококвалифицированной работе является оплата труда работников. Существовавшая ранее система формирования заработной платы в здравоохранении не могла обеспечить заинтересованность конкретного работника.

Создание рациональной системы оплаты труда – сложная задача, и проблема осложняется тем, что в здравоохранении не может быть единой универсальной системы оплаты труда. Это определяется несколькими моментами:

- разнообразием условий – не всегда целесообразно использовать одни и те же системы оплаты труда для работников амбулаторно-поликлинического сектора и стационара, для узких специалистов и работников участковых служб и т.п.;

- различием задач, стоящими перед медицинскими учреждениями. В определенные периоды, в определенных ситуациях первоочередными задачами могут быть стимулирование конкретных объемных показателей, профилактической работы, качества и т.д.;

- особенностями действующего хозяйственного механизма в целом, так, например, нецелесообразно пытаться создать стимулы к улучшению труда, если нет возможности получения дополнительного финансирования для лучшей оплаты достигнутых результатов.

В механизме совершенствования системы управления здравоохранением важное место принадлежит мотивации труда, поиску и внедрению новых форм материального стимулирования работников, то есть созданию таких условий, которые бы способствовали повышению эффективности и качества их труда, возможности его реальной и объективной оценки, а также отработке механизма дифференцированного подхода к оплате труда медицинских работников.

### *Термины и определения*

**Критерий** – это характеристики работы и рабочего поведения, которые, по мнению квалифицированных наблюдателей, составляют оптимальные «стандарты совершенства», которые необходимо достигнуть, чтобы как организация, так и

отдельный сотрудник могли реализовать свои цели. Критерии – это те показатели и характеристики (рабочие, поведенческие, личностные), основываясь на которых можно судить о том, насколько хорошо работник выполняет свою работу.

**Нормативные критерии**, как правило, определены нормативными правовыми актами, в том числе отраслевыми. Нормативные критерии направлены на обеспечение качества.

**Базовые критерии** формируются в соответствии с выбранным подходом к оценке с учетом их важности и репрезентативности на основе нормативных документов и методических рекомендаций.

**Эмпирические критерии** – это критерии, выбранные на основе статистических отчетных данных медицинских учреждений.

**Общие (универсальные) критерии** – это показатели, характеризующие эффективность деятельности медицинского персонала, структурного подразделения и учреждения в целом.

**Частные (специфические) критерии** – это показатели, характеризующие качество медицинской услуги, оказанной конкретному пациенту конкретным медицинским работником в конкретном медицинском учреждении. Частные критерии отражают специфику вида, профиля оказанной медицинской помощи при конкретной нозологической форме.

**Коэффициент качества** – отношение числа случаев полного соблюдения адекватных технологий к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи.

**Количественные показатели** – показатели, которые выражаются в виде некоторого действительного числа, имеющего определенный физический или экономический смысл.

**Качественные показатели** – показатели, которые измеряют с помощью экспертных оценок, т.е. субъективно, путем наблюдения за процессом и результатами работы (например индекс удовлетворенности потребителей, индекс удовлетворенности персонала, сплоченность в работе, уровень трудовой и исполнительской дисциплины, качество и своевременность представления документов, соблюдение стандартов и регламентов, выполнение поручений руководителя и другие).

**Примечание:** Качественные показатели, как правило, являются опережающими, так как влияют на конечные результаты работы организации и «предупреждают» о возможных отклонениях количественных показателей. Например, снижение индекса удовлетворенности сотрудников приводит к уменьшению качества предоставляемой услуги и росту текучести персонала или же, используя порядковую шкалу, руководитель может оценить исполнительскую дисциплину или квалификацию своих сотрудников, выставляя им следующие баллы: 2 – низкая, 3 – средняя, 4 – высокая, 5 – очень высокая. Числа в этой шкале определяют только порядок следования объектов по их предпочтительности, но не позволяют утверждать, в какой степени один объект предпочтительнее, чем другой. В частности, оценки показателей в порядковой шкале могут иметь всего два значения: 0 (не выполнил) и 1 (выполнил). Такие показатели часто встречаются в управленческой практике. Они применяются для оценивания таких заданий или работ, для которых обязательно выполнение всех требований. Если хоть что-то не выполнено, то и все задание считается невыполненным.

Количественные показатели – следствие. Если мы хотим получить желаемое следствие, необходимо контролировать и изменять его причину. В этом смысл качественных показателей. Что измеряем, то и получаем. Если мы будем измерять качественные показатели, то с большей вероятностью получим и требуемый количественный результат.

Руководители организации не могут эффективно управлять своими подчиненными, отказываясь от контроля качественных показателей. Неизбежным следствием этого является управление по наитию, которое фактически управлением уже не является, а есть просто спонтанная реакция на ситуацию, вышедшую из-под контроля.

**Опережающие (причинные) показатели** - показатели, определяющие значения других показателей по прошествии определенного времени. Опережающие показатели являются двигателем результата, сигнализируют о том, что надо сделать сегодня, чтобы создать стоимость (ценность) завтра, **измеряют тенденцию деятельности, а не ее результат.**

**Отсроченные (следственные) показатели** - показатели, значение которых определяется поведением других показателей по прошествии определенного времени.

Отсроченные показатели сигнализируют о достижении стратегических целей (показателей), измеряют результат процесса или события, показывают, к каким ожидаемым результатам приведут усилия в ближайшей перспективе.

**Конечные показатели** оценивают степень выполнения утвержденных плановых объемов медицинской помощи, частоту осложнений, эффективность диспансерного наблюдения, соблюдение стандартов медицинской помощи и др.

**Промежуточные показатели**, не являясь мерой конечного результата, тем не менее, тесно связаны с ним и могут служить для промежуточной оценки ожидаемых конечных показателей результатов оказанной медицинской помощи.

**Результативность** – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

**Управление по целям** – систематический и организованный подход, позволяющий руководителям сконцентрироваться на целях и достигать наилучших результатов.

Показатели подразделяются:

- По временному характеру:
  - итоговые;
  - операционные.
- По степени детальности
  - агрегированные;
  - детальные.
- По направлению причинно-следственной связи
  - отсроченные (следственные);
  - опережающие (причинные).
- По степени важности:
  - приоритетные;
  - обычные.
- По уровню управления:
  - верхнего уровня (корпоративные);
  - нижнего уровня (подразделения, индивидуальные).

**Мотивационные стратегии и методы.** Оценка результативности и эффективности деятельности персонала медицинского учреждения и их

руководителей осуществляется в целях разработки и принятия управленческих решений (в том числе кадровых), которые позволяют:

- более эффективно развивать профилактическую направленность здравоохранения;
- достигнуть максимального уровня качества медицинской помощи и повысить уровень ее доступности;
- оптимизировать процесс организации здравоохранения и повысить его структурную эффективность;
- стимулировать работника к качественному результату труда, а также поощрять его за выполненную работу;
- внедрить в практику механизм мотивации работников здравоохранения к повышению общей эффективности работы учреждения и ответственности за результаты своего труда.

Критерии, позволяющие оценивать результативность и качество работы медицинского персонала, должны соответствовать следующим требованиям:

- отражать специфику вида и профиля деятельности медицинского персонала;
- быть систематизированы по качественным и количественным характеристикам;
- наиболее полно отражать медицинскую деятельность персонала;
- максимально отражать личный вклад медицинского работника в достижение;
- планируемого конечного результата;
- быть объективными для осуществления оперативной оценки;
- быть конкретными, не допускающими двояких интерпретаций;
- быть информативными.

Достоверная оценка деятельности медицинского персонала в процессе управления качеством медицинской помощи возможна лишь при анализе целого ряда критериев, включающих в себя качественные и количественные показатели, в том числе объемно-нормативные показатели рационального и эффективного использования ресурсов, показатели экспертной оценки работы персонала. Такая оценка деятельности персонала создает дополнительную мотивацию у медицинских работников к качественному выполнению своих профессиональных обязанностей, является экономическим рычагом воздействия на качество медицинской помощи.

**Технология оценки результативности деятельности.** Оценка деятельности медицинского персонала и их руководителей осуществляется на основе ежемесячного,

ежеквартально, годового мониторинга показателей деятельности и позволяет определять показатель результативности.

Показатели результативности представляют собой объективную оценку деятельности медицинского персонала и их руководителей за определенный период времени. По итогам оценки при необходимости определяется рейтинг ЛПУ и его руководителя.

Каждый критерий имеет наименование, формулу расчета (если показатель количественный), нормативные значения, удельный вес и оценку нормативного значения. Критерии представляют собой обоснованные показатели качества, на основе которых возможно осуществить сравнительный анализ и оценить эффективность деятельности медицинского персонала и его руководителя.

В зависимости от направленности оцениваемого критерия ("чем больше, тем лучше" или "чем меньше, тем лучше") оценка производится в различных диапазонах.

Для определения результативности деятельности определяются целевые показатели, которые в данный период времени имеют важное значение для качественного осуществления деятельности. Далее выделенные показатели ранжируются по важности и степени приоритетности и фиксируем весовой коэффициент для каждого показателя (**К вес**).

Сумма всех коэффициентов должна равняться 1,0.

Все показатели и весовые коэффициенты заносятся в таблицу.

Показатели( критерии)	Весовой коэфф. <b>Квес<sub>i</sub></b>	Нормативное значение показателя	Фактическое значение показателя	% выполнения <b>В<sub>i</sub></b>	Результат,% <b>P<sub>i</sub></b>
1	2	3	4	5	6
ОБЩАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ <i>P</i>	1,0				

Расчет результативности деятельности:

1. Для каждого показателя определяется результат по формуле

$$P_i = K_{вес_i} \cdot B_i \quad (1)$$

2. Результативность в целом определяется как сумма результатов по всем показателям

$$P = P_1 + P_2 + \dots + P_i \quad (2)$$

**Пример.**

Оценить результативность действий (мероприятий) по готовности учреждения к эксплуатации медицинского оборудования, приобретенного по государственным контрактам.

1. Заносим показатели в таблицу в колонку 1.
2. Устанавливаем весовые коэффициенты и заносим в колонку 2.
3. В колонку 3 заносим нормативные значения показателей.
4. В колонку 4 заносим фактически достигнутые показатели.

Показатели (критерии)	Весовой коэфф. <b>Квес. <math>i</math></b>	Нормативное значение показателя	Фактическое значение показателя	%выполнения <b><math>V_i</math></b>	Результат, % <b><math>P_i</math></b>
	2	3	4	5	6
1. Наличие плана этапов работ по вводу в эксплуатацию медицинского оборудования (план должен быть разработан в установленный срок)	0,15	100% Да-100% Нет – 0%	Есть 100%	100%	15,0
2. Соответствие помещения нормативным параметрам (согласно паспорта на оборудование)	0,2	100% по всем критериям	80 %	80%	16,0
3. Обучение персонала навыкам работы на оборудовании (по количеству сотрудников и по срокам)	0,15	5 чел.	4 чел	80%	12,0
4. Соблюдение сроков выполнения плана этапов работ по вводу в эксплуатацию медицинского оборудования	0,25	100% соблюдение сроков по каждому этапу	Нарушение сроков по 2-м этапам из шести этапов.	67%	16.75
5. Соблюдение сроков исполнения государственного контракта (оценивается по окончании планируемого срока исполнения контракта)	0,25	100% в срок	Сроки не нарушены	100%	25,0
<b>ОБЩАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ <math>P</math></b>	1,0				84,75

**Примечание 1:** В период реализации до срока исполнения контракта результативность может оцениваться по четырем показателям ( № 1 – 4).

**Примечание 2:** В случае перевыполнения планового показателя процент выполнения всегда ставится 100%.

Процент выполнения считается либо от верхней допустимой границы (ВДГ), либо от нижней (НДГ) в зависимости от того, в какую сторону идет улучшение показателя.

5. Рассчитываем процент выполнения каждого показателя и заносим в колонку 5.



6. Далее по формуле (1) рассчитываем результат для каждого показателя.

Например, для показателя № 4

$$0,25 \cdot 67 = 16,75.$$

7. Далее по формуле 2 суммируем все результаты в колонке 5:

$$15,0 + 16,0 + 12,0 + 16,75 + 25,0 = 84,75 \%$$

### **Методика оценки эффективности использования медицинского оборудования**

**Коэффициенты использования медицинского оборудования** (вновь приобретенное дорогостоящее, высокотехнологичное оборудование):

**Коэффициент использования оборудования** – коэффициент, характеризующий степень использования установленного и работающего оборудования по времени и по мощности.

Разделяют коэффициенты **экстенсивного и интенсивного использования оборудования, а также интегральный коэффициент.**

а) **Коэффициент экстенсивного использования оборудования** показывает использование его во времени. Различают коэффициенты использования календарного и режимного фонда времени.

Календарный фонд составляет  $365 \cdot 24 = 8760$  ч. Режимное время зависит от характера производимых медицинских исследований, медицинских процедур на данном оборудовании. Для непрерывных процессов оно равно календарному, для прерывных – календарному за минусом выходных, праздничных дней и ночного времени.

Коэффициенты использования календарного и режимного времени определяются по следующим формулам:

$$K_{ЭК} = \frac{T_{\phi}}{T_k}$$

где:

$K_{ЭК}$  – коэффициент использования календарного времени;

$T_{\phi}$  – фактическое время работы оборудования;

$T_k$  – календарный фонд.

Расчет фактического времени работы оборудования ( $T_{\phi}$ ) производится путем умножения трудоемкости поведения одного медицинского исследования или

медицинской процедуры на количество проведенных исследований или процедур в месяц.

$$K_{эр} = \frac{T_{ф}}{T_{реж}}$$

где:

$K_{эр}$  – коэффициент использования режимного времени;

$T_{реж}$  – режимный фонд.

Для оценки того, насколько эффективно используется то или иное оборудование по времени, устанавливается норматив  $K_{эр} - N$ .

б) **Коэффициент интенсивного использования оборудования**, который отражает уровень использования его по производительности:

$$K_{и} = \frac{П_{ф}}{П_{т}}$$

где:

$K_{и}$  – коэффициент интенсивного использования медицинского оборудования;

$П_{ф}$  – производительность фактическая;

$П_{т}$  – производительность по технической норме.

$П_{ф}$  – рассчитывается как произведение объема работ на единицу медицинского исследования или процедуры в натуральном выражении, выполненных на данном оборудовании (например, время или количество) на количество фактически проведенных исследований или процедур за месяц на данном оборудовании согласно журнала учета.

в) **Интегральный коэффициент** характеризует использование медицинского оборудования как по времени, так и по производительности:

$$K_{инт} = K_{эк} \cdot K_{и}$$

где:

$K_{эк}$  – коэффициент экстенсивного использования оборудования;

$K_{и}$  – коэффициент интенсивного использования оборудования.

Если  $K_{и} < 1$ , то медицинское оборудование используется неэффективно и принимается решение разработать мероприятия по улучшению результатов;

если  $K_{и} > 1$ , то принимается решение о дополнительном приобретении нового оборудования.

Расчеты коэффициентов использования **вновь приобретенного оборудования** проводятся по истечении месяца с момента ввода в эксплуатацию.

**Оценка соблюдения технологии лечебно-диагностических процессов, выполнения требований стандартов оказания медицинской помощи.** Для оценки соблюдения технологии лечебно-диагностических процессов, выполнения требований стандартов оказания медицинской помощи устанавливаем следующие критерии:

Показатели( критерии)	Весовой коэфф. <b>Квес<sub>i</sub></b>	Нормативное значение показателя	Фактическое значение показателя	% выполнения <b>В<sub>i</sub></b>	Результат, % <b>Р<sub>i</sub></b>
1	2		4	5	6
1.Обнаруженные несоответствия выполнения требований стандартов оказания медицинской помощи при внутренних и внешних проверках	0,2	да-0% нет -100%			
2.Обнаруженные несоответствия выполнения требований стандартов технологии лечебно-диагностических процессов (внутренних стандартов) при внутренних и внешних проверках	0,2	да-0% нет -100%			
3.Случаи непроизводительных затрат из-за несоблюдения стандартов оказания медицинской помощи/ <b>тыс. руб.</b>	0,25	Не более 2-х замечаний в месяц /не более 50000,00 руб в месяц			
4.Случаи непроизводительных затрат из-за несоблюдения внутренних стандартов технологических процессов / <b>тыс. руб.</b>	0,25	Не более 2-х замечаний в месяц / не более 50000,00 руб. в месяц			
5. Отсутствие замечаний и жалоб со стороны медицинского персонала на возникающие проблемы на стыках технологических операций.	0,1	Не более 2-х замечаний в месяц			
Уровень соблюдения технологии лечебно-диагностических процессов и выполнения стандартов оказания медицинской помощи $U_{cc}$	1,0				

$U_{cc}$  – уровень соблюдения стандартов.

Расчет уровня соблюдения технологии лечебно-диагностических процессов и выполнения стандартов оказания медицинской помощи:

1. Для каждого показателя определяем результат  $P_i$  по формуле (1).

2. Уровень соблюдения технологии лечебно-диагностических процессов и выполнения стандартов оказания медицинской помощи в целом определяется как сумма результатов по всем показателям

$$Y_{cc} = P_1 + P_2 + \dots + P_i.$$

#### Список литературы

1. Дмитриенко Г.А., Шарапова Е.А., Максименко Т.М. Мотивация и оценка персонала: Учеб. Пособие. – К.: МАУП, 2002. – 248 с.
2. Житников Ю.М., Власенко Т.Я. Оплата труда в здравоохранении. – М.: МЦФЭР, 2003. – 560 с.
3. Мотивация врачей и общественная доступность: Сборник аналитических докладов / Отв. ред. С.В. Шишкин: – М.: Независимый институт социальной политики. – 2008. – 288 с.
4. Формы стимулирования труда персонала медицинского учреждения. «Здравоохранение» №2, 2007.
5. Брынза Н.С., Сунгатуллина Л.А., Фролова О.И. Критерии оценки эффективности деятельности медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений для внедрения дифференцированной оплаты труда через выплаты стимулирующего характера. Методические рекомендации. ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Росздрава. г. Тюмень, 2009, 70с.
6. Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2014 год.