

## **Предложения по механизму системного повышения заработной платы в условиях ОСМС**

На сегодняшний день мотивация субъектов здравоохранения проводится на уровне ПМСЦ, в виде выплаты стимулирующего компонента к подушевому нормативу. В медицинских организациях, оказывающих круглосуточный стационар, внедрена дифференцированная оплата труда по результатам работы. Дифференцированная оплата труда, как предмет мотивации, формируется из экономии бюджетных средств внутри организации и дохода от оказания платных медицинских услуг.

В системе ОСМС стимулирующие выплаты должны быть предусмотрены как на уровне амбулаторно-поликлинических организаций, так и на стационарном уровне.

Источниками для мотивации являются:

- на амбулаторно-поликлиническом уровне: стимулирующий подушевой норматив финансового обеспечения за достигнутые показатели деятельности;
- на стационарном уровне: нормированный страховой запас фонда обязательного социального медицинского страхования.

В 2015 году Центром экономических исследований была проведена Оценка экономической эффективности поставщиков за 10 месяцев 2015 года по 292 круглосуточным стационарам, участвующих в оказании услуг ГОБМП в 2014-2015 гг. на основании данных ИС «СУКМУ». Для этого, данные по динамике средней длительности больничного пребывания, доли услуг дневного стационара в совокупном объеме, среднего весового коэффициента по пролеченным случаям и доли сумм снятий по дефектам качества сравнивались с соответствующими данными аналогичного периода прошлого года. Наряду с этим проводился анализ структуры затрат. Далее выбранные поставщики были разбиты по 4 группам:

Группа I. Поставщики-лидеры по показателям, ориентированные на высокое качество лечения сложных случаев – 53 МО. В целях поддержания положительной динамики производственных показателей в долгосрочном периоде, было рекомендовано принять меры по мотивации с помощью дифференцированной оплаты труда и развитию персонала.

Группа II. Поставщики, ориентированные на высокое качество лечения простых случаев – 99 МО. Ввиду наличия тенденции к снижению сложности случая, для решения проблемы было рекомендовано принять меры по мотивации и развитию персонала с помощью дифференцированной оплаты

труда, что обеспечит повышение сложности случая и переход в категорию поставщиков-лидеров;

Группа III. Поставщики, имеющие проблемы в части качества услуг – 71 МО. Этим поставщикам, для решения проблем с качеством услуг, было рекомендовано принять меры по мотивации и развитию персонала и улучшить управление финансовыми средствами.

Группа IV. Аутсайдеры – 69 МО Для этих поставщиков, вне зависимости от уровня оплаты труда и подходов к оплате труда, наличия отклонений от матрицы расходов и размера/динамики кредиторской задолженности, рекомендован детальный анализ финансово-хозяйственной деятельности в связи с крайне отрицательными производственными показателями.

Дифференцированная оплата труда в зависимости от результата работы внедрена в 256 из 593 МО (43%), оказывающих услуги в рамках 011 бюджетной программы. В том числе в 155 круглосуточных стационарах, что составляет 50% (всего стационаров 308), в 101 АПП с ДС и КДЦ, что составляет 35% (всего АПП с ДС и КДЦ 285).

Всего частных МО – 194, из них внедрили ДОТ – 22 (41%); акционерных обществ – 30 из них внедрили 11 (37%), государственных МО – 369, из них внедрили ДОТ – 223 (60%), в том числе ГП на ПХВ – 312, из которых 210 внедрили ДОТ (67%).

По Республике были выявлены 33 поставщиков, у которых суммы выплат ДОТ прочему персоналу превосходят суммы выплат ДОТ врачам. Помимо этого, 112 поставщиков, в которых заработная плата врачей меньше, чем у среднего медицинского персонала, в 24 МО – заработная плата врачей меньше, чем у младшего медицинского персонала, в 38 МО – заработная плата врачей меньше, чем у прочего персонала, что может свидетельствовать о неэффективном менеджменте организаций.

В среднем за 10 месяцев 2015 года количество сотрудников в ГП на ПХВ составило 62 573 работников, из них получили ДОТ 25 769 работников или 41% (по итогам I полугодия – 21 241). В сравнении с предприятиями других форм собственности: из 12 272 работников казенных предприятий получили ДОТ 1 120 работника или 9%, из 5 727 работника частных предприятий получили ДОТ 347 человек или 6%, из 8 392 работников акционерных обществ получили ДОТ 1 214 человек или 14%.

### **Системное повышение заработной платы в условиях ОСМС**

Нормированный страховой запас фонда ОСМС в части системы мотивации к достижению индикаторов будет складываться из следующих источников:

- неосвоенные денежные средства по запланированным объемам;

- экономия за счет реструктуризации больничного сектора (слияние, объединение, перепрофилирование);
- дополнительный целевой фонд, поддержанный РБК;
- сумма снятия с дефектных случаев.

Мотивация субъектов здравоохранения в системе ОСМС будет проводиться в случае:

1. Достижения утвержденных целевых индикаторов оценки деятельности медицинских организаций:

2. Снижения количества дефектов (уменьшение значения на 5% аналогично прошлого периода).

При решении о мотивации субъектов здравоохранения также будут учитываться:

1. Укомплектованность штатов (значение стремится к 100%) либосохранения коэффициента совместительства.

2. Исполнение договора с Фондом ОСМС по пролеченным случаям(100%).

3. Рейтинг медицинских организаций (по балльной шкале).

Внедрение механизмов вознаграждения медицинских организаций направлено на повышение качества и доступности медицинской помощи путем решения следующих задач:

- создания системы постоянного контроля качества и доступности медицинской помощи;
- стимулирования заинтересованности медицинских организаций в повышении эффективности своей деятельности;
- обеспечения объективной оценки деятельности медицинских организаций и распространения лучших практик;
- создания условий для осуществления гражданами информированного выбора наиболее эффективных медицинских организаций.

Для выполнения данных задач система оценки и вознаграждения медицинских организаций должна основываться на следующих принципах:

1. объективность – размер вознаграждения организации должен определяться на основе беспристрастной оценки результатов ее деятельности;

2. прозрачность – методы оценки и определения вознаграждения должны быть понятны всем участникам процесса, включая руководителей и работников медицинских организаций;

3. ориентация на пациента – система оценки должна включать учет мнения потребителей, а результаты оценки должны быть доступны и понятны населению;

4. простота – система оценки должна использовать относительно небольшой набор целевых показателей, легко вычисляемых на базе традиционных отчетных форм;

5. справедливость – набор целевых показателей должен учитывать особенности региона и отдельных типов медицинских организаций и предоставлять равные возможности для получения вознаграждения медицинскими организациями различных типов, не создавая преимуществ или ограничений отдельным участникам.

Стимулирующие выплаты могут быть предусмотрены:

- на амбулаторно-поликлиническом уровне: стимулирующий подушевой норматив финансового обеспечения за достигнутые показатели деятельности;
- на стационарном уровне: нормированный страховой запас фонда обязательного социального медицинского страхования.

Допустимо использование отдельных наборов целевых показателей для медицинских организаций различных профилей. В то же время, чрезмерно большое количество отдельных сегментов увеличивает нагрузку на органы управления в сфере здравоохранения при определении целевых показателей и медицинские организации при сборе данных, что следует считать нежелательным.

К минимально необходимым наборам показателей относятся:

- показатели для оценки деятельности амбулаторно-поликлинического звена, в т.ч. специализированных учреждений;
- показатели для оценки деятельности стационара.

Каждый из наборов должен включать показатели, оценивающие организацию медицинской помощи, организацию профилактики и ранней диагностики заболеваний, доступность медицинской помощи, а также дефекты, исключаящие либо существенно уменьшающие возможное вознаграждение.

«Дефектные» показатели (итоговые оценки для рассмотрения стимулирования организации) следует рассматривать отдельно как основание для сокращения итоговой оценки. Допущение значимых дефектов в оказании медицинской помощи должно приводить к существенному сокращению (вплоть до обнуления) вознаграждения медицинских организаций за счет средств нормированного страхового запаса фонда обязательного социального медицинского страхования даже при достижении благоприятных результатов по другим показателям оценки.

Критерии мотивации также могут быть основаны на относительном рейтинге медицинских организаций, который в Республике Казахстан проводится с 2012 года, согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 29 декабря 2012 года № 912 «Об утверждении

рейтинговой системы оценки деятельности медицинских организаций». С 2016 года в рейтинговую оценку включены диспансеры и научно-исследовательские институты, научные центры согласно утвержденной методике от 15.04.2016 года.

Рейтинговая оценка проводится в следующих группах: регионы, медицинские организации, НИИ/НЦ.

Рейтинговая оценка медицинских организаций республиканского, областного и городского уровней, оказывающих медицинскую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, вне зависимости от формы собственности, проводится в каждой из следующих групп:

- областные взрослые многопрофильные стационары;
- областные детские многопрофильные стационары;
- городские взрослые многопрофильные стационары;
- городские детские многопрофильные стационары;
- организации родовспоможения 2-го уровня регионализации;
- организации родовспоможения 3-го уровня регионализации;
- самостоятельные городские поликлиники со смешанным населением;
- центры семейного здоровья;
- консультативно-диагностические центры;
- онкологические диспансеры;
- психиатрические диспансеры;
- дерматовенерологические диспансеры;
- противотуберкулезные диспансеры;
- наркологические диспансеры.
- научно-исследовательские институты, научные центры.

Рейтинговая оценка деятельности медицинских организаций рассматривается в качестве одной из составляющих процесса управления качеством медицинской помощи. С одной стороны такая оценка позволяет проводить мониторинг деятельности поставщиков, а с другой стороны, через информирование потребителей о деятельности поставщиков, она мотивирует поставщиков непрерывно улучшать показатели деятельности. Кроме того, это дает пациентам возможность осуществлять свое право выбора лечащего врача и/или медицинской организации для лечения.

Кроме того, сообщаем, что к концу второго квартала 2017 года РГП на ПХВ «РЦРЗ» будут разработаны методические рекомендации по внедрению бонусной системы оплаты труда руководителей медицинских организаций(МО), согласно которой первые руководители МО будут нести ответственность за эффективность деятельности МО по нескольким

направлениям, одним из которых будет удовлетворенность сотрудников с показателем соотношения средней заработной платы на 1 ставку врача к средней заработной плате в экономике выше 1,0.