

ПРОБЛЕМЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

На государственном уровне проблеме стимулирования медицинских работников уделяется большое внимание, поставлена задача повышения уровня оплаты труда в данной сфере. Однако реализация намеченных задач на практике приводит к возникновению новых проблем. Данная статья посвящена изучению опыта стимулирования среднего медицинского персонала в конкретном учреждении здравоохранения г. Иркутска.

Ключевые слова: средний медицинский персонал; стимулирование.

Повышение трудовой мотивации персонала является одной из приоритетных задач управления в любой области деятельности. Особую значимость приобретает решение данной проблемы в сфере здравоохранения в связи с задачами, поставленными в «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» [3]. В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения работает более 4,5 млн человек. Несмотря на это, ресурсы здравоохранения ограничены и зачастую недостаточны, что делает вопросы их эффективного использования и создания системы стимулирования особенно актуальными [2].

Сестринское дело – это составная часть системы здравоохранения, направленная на решение проблем индивидуального и общественного здоровья населения в меняющихся условиях окружающей среды. Сестринское дело включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и (или) психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп. По данным Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения в 2010 г. численность среднего медицинского персонала в РФ составляла 1 327,8 тыс. чел. [1].

Несмотря на задачи, поставленные перед здравоохранением, в настоящее время в развитии сестринского дела продолжают существовать некоторые тенденции, негативно влияющие на состояние трудовой мотивации медицинских сестер. Средний медицинский персонал несет значительную долю нагрузки при решении задач ухода, лечения и профилактики. В связи с этим для обеспечения необходимого качества оказания медицинских услуг в мировой практике на одного врача приходится в среднем четыре медицинские сестры. В отечественном здравоохранении существует тенденция к уменьшению соотношения врач – медсестра с 1 : 4 в 1960 г. до 1 : 2,3 в 2000 г. и 1 : 2,12 в 2010 г., что значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира. Это вызывает дисбаланс в си-

* Плотникова Ольга Вячеславовна – магистрант, кафедра менеджмента и сервиса, Байкальский государственный университет экономики и права, г. Иркутск, magistr@mail.ru.

стеме оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа и реабилитации. Постоянный дефицит среднего медицинского персонала, а также остающийся низким размер оплаты труда приводят к тому, что подавляющее число медицинских сестер и фельдшеров работают более, чем на ставку, или совмещают другие должности (коэффициент совместительства в целом по РФ составляет 1,3), чаще всего – не требующую квалификации должность санитарки (на 25 медицинских сестер приходится только одна младшая медицинская сестра по уходу). При этом возрастает физическая и психологическая нагрузка на медсестру, снижается престиж ее профессии, ухудшается качество оказания медицинских услуг [1; 7].

Одной из важнейших составляющих управления персоналом является стимулирование труда. Следует отметить, что для экономической ситуации неадекватности уровня оплаты труда материальным потребностям сотрудников, типичной для федеральных и муниципальных учреждений здравоохранения, меры материального стимулирования оказываются наиболее эффективными. Заработная плата остается основным источником доходов, а значит, заработная плата и в перспективе будет наиболее мощным стимулом повышения результатов труда и производства в целом [6]. Главный инструмент для обеспечения связи заработной платы и качества выполненных работ – стимулирующие выплаты, однако на необходимость соблюдать демократические процедуры при оценке эффективности работ, для того чтобы принимать решения о стимулирующих выплатах, указано лишь в документах, носящих рекомендательный характер.

После принятия Федерального закона от 08.05.2010 г. № 83-ФЗ и перехода от принципа сметного финансирования государственных и муниципальных учреждений к принципу оплаты оказанных услуг вся ответственность за формирование фонда оплаты труда лечебно-профилактического учреждения ложится на главного врача [8]. Приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2007 г. № 818 установлен перечень видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях. К ним относят выплаты:

- за интенсивность и высокие результаты работы;
- качество выполняемых работ;
- стаж непрерывной работы, выслугу лет;
- премиальные по итогам работы [4].

Согласно единым рекомендациям по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2011 г. (утв. Решением российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 10.10.2010 г.) на выплаты стимулирующего характера рекомендуется направлять не менее 30 % средств, предусмотренных фондом оплаты труда учреждения [8].

Численность работников в отрасли «Здравоохранение» за период 1990–2009 гг. выросла на 26 % (тогда как численность населения снизилась на 4 %).

На долю врачей приходится около 17 %, на средний медицинский персонал – 43 %, на младший медицинский персонал – 19 %, на прочих – 20 %. Таким образом, важнейшую часть кадровых ресурсов здравоохранения составля-

ют специалисты со средним образованием, которые в значительной мере влияют на эффективность и результативность работы всей системы в целом [2].

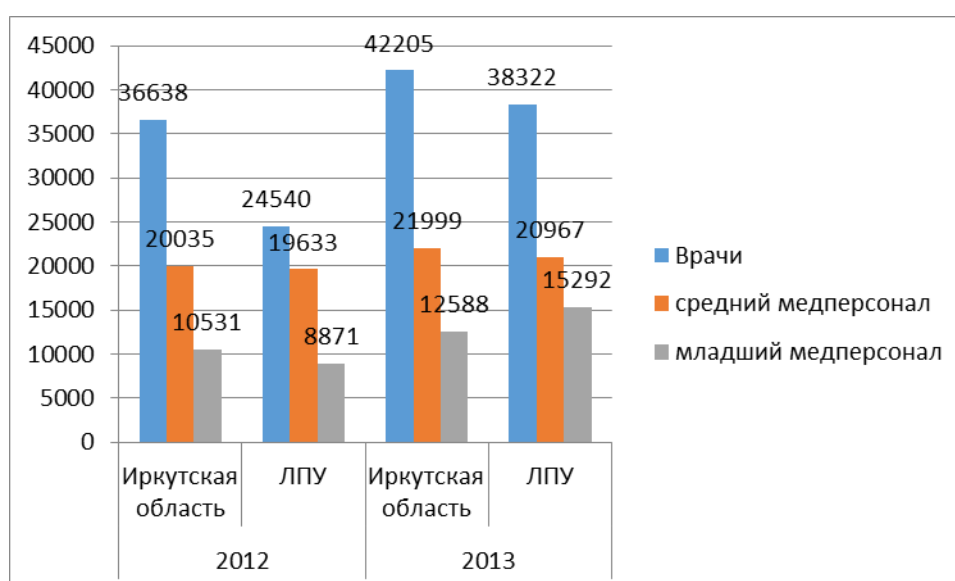
Предметом данного исследования является система стимулирования одного из лечебных учреждений г. Иркутска, в котором ежегодно получают лечение около 6 000 чел. В данном учреждении оказывается помощь пациентам с неврологической, терапевтической патологией, проходят реабилитационное лечение пациенты, перенесшие инсульт, которые переводятся из первичных сосудистых отделений, хирургическую (экстренную и плановую) помощь получают больные офтальмологического отделения, на базе которого развернут городской офтальмологический центр, постоянно функционируют 200 коек.

По состоянию на 1 января 2014 г. больница укомплектована:

– врачебным персоналом на 64 %, что составляет 28 чел. Их возрастной состав: до 30 лет – 4 чел.; от 31 до 40 лет – 9 чел.; от 41 до 50 лет – 6 чел.; от 51 до 60 лет – 5 чел.; от 61 и старше – 4 чел. Высшую квалификационную категорию имеют 8 чел.; первую – 9 чел.; вторую – 3 чел.;

– сестринским персоналом на 69,7 %, что составляет 62 чел. Их возрастной состав: до 30 лет – 17 чел.; от 31 до 40 лет – 18 чел.; от 41 до 50 лет – 14 чел.; от 51 до 60 лет – 10 чел.; от 61 и старше – 3 чел. Высшую квалификационную категорию имеют 12 чел.; первую – 11 чел.; вторую – 5 чел.

Средняя заработная плата врачей в данной больнице в 2013 г. по сравнению с 2012 г. увеличилась в 1,5 раза, заработная плата среднего медицинского персонала практически не изменилась, а у младшего медицинского персонала – увеличилась в 1,7 раз, но это с учетом совмещения в должности. Динамика этого показателя обусловлена необходимостью доведения средней зарплаты до уровня целевых значений, установленных Указом Президента РФ [5]. Разница средней заработной платы среднего медицинского персонала и младшего медицинского персонала в 2012 г. составила – 55 %, а в 2013 г. – 27 % (рис.).



Средняя заработная плата медицинского персонала в 2012–2013 гг.

Уровень образования, специфика работы, ответственность у младшего и среднего персонала значительно отличается, в то время как заработная плата медицинских сестер и младшего медицинского персонала находится на одинаковом уровне, что демотивирует медицинских сестер.

Согласно коллективному договору в больнице разрешается совмещение в должности врача до 1,5 ставок, в должности медицинской сестры до 2-х ставок, в должности санитарки до 3-х ставок. Коллектив сотрудников больницы в основном представлен женщинами. Это не всегда полные семьи, поэтому медицинский персонал вынужден работать с совмещением в должности.

Не всем работникам в больнице выплачивают стабильную стимулирующую надбавку. Также хотелось бы отметить, что выплата ежемесячно стимулирующей надбавки одинакова для каждой категории сотрудников, не учитывается нагрузка каждого сотрудника. Одна из главных проблем в данном учреждении здравоохранения – это отсутствие связи между результатами работы отдельного работника, заработной платы и вознаграждением.

Нагрузка на медицинскую сестру в терапевтическом отделении выше, чем в других отделениях (табл.).

Показатели средней заработной платы медицинских сестер терапевтического и неврологического отделений за 2013 г.: терапевтическое отделение – 12 088 р.; неврологическое отделение – 17 667 р.

Нагрузка на одного среднего медицинского работника, 2013 г.

Показатель	Отделение			
	Терапевтическое	Неврологическое №1	Офтальмологическое	Неврологическое № 2
Количество пролеченных больных	935	1 275	1 355	939
Ставки среднего медицинского персонала	9	17,25	16	11
Фактически физических лиц	6	14	12	10
Нагрузка при полной укомплектованности (количество пациентов на одну медсестру)	9	6	7	7
Нагрузка фактически (количество пациентов на одну медсестру)	13	8	9	8

Медицинская сестра в терапевтическом отделении получает заработную плату значительно меньше, чем медицинская сестра в других отделениях, потому что терапевтическое отделение периодически не выполняет план. В этой связи медицинский персонал (за исключением младшего медицинского персонала) лишается определенного процента стимулирующей надбавки, нет выплат за дополнительную нагрузку. Кроме того, определение размеров стимулирующих выплат передано на усмотрение руководителя учреждения. Работники не информированы о критериях и показателях оценки их труда. Кроме того, пока-

затели и критерии эффективности деятельности работников учреждений недостаточно проработаны, а их применение носит формальный характер. В системах оплаты труда работников учреждений во многих случаях сохранились ранее применявшиеся выплаты стимулирующего характера, имеющие низкую эффективность в современных условиях (например, добросовестное выполнение обязанностей, интенсивность труда, качество труда и др. без указания конкретных измеримых параметров). Для решения данной проблемы необходимо предложить новые критерии оценки эффективности работы, а также учитывать нагрузку на каждого работника.

Список использованной литературы

1. Гажева А.В. Состояние сестринского дела в Российской Федерации [Электронный ресурс] // Всероссийская конференция «Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации» 19–20 мая 2010 г. – Режим доступа: <http://www.mednet.ru>.
2. Какорина Е.П. Обеспеченность ЛПУ медицинским персоналом: поиск решения / Е.П. Какорина // Здравоохранение. – 2011. – № 8. – С. 36–41.
3. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года [Электронный ресурс] / Минздравсоцразвития России. – Режим доступа: <http://www.zdravo2020.ru>.
4. Об утверждении Перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных учреждениях [Электронный ресурс] : приказ Минздравсоцразвития России от 29.12.2007 г. № 818. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/192714>.
5. Особенности финансирования здравоохранения в современных условиях [Электронный ресурс] : презентация зам. министра Иркут. обл. А.Б. Каневского – 2014 г. – Режим доступа: <http://www.minzdrav-irkutsk.ru>.
6. Стимулирующие выплаты работникам учреждений здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.hr-portal.ru/article/stimuliruyushchie-vyplaty-rabotnikam-uchrezhdeniy-zdravoohraneniya>.
7. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>.
8. Шамшурина Н.Г. Формирование фонда выплат стимулирующего характера / Н.Г. Шамшурина // Здравоохранение. – 2011. – № 8. – С. 14–19.