

УДК 351.77

**ЛЕГАЛИЗАЦИЯ ПЛАТНЫХ УСЛУГ – ИСТОЧНИК ПОВЫШЕНИЯ  
ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**Д. Жапарова**, кандидат экономических наук,  
Кыргызско-Турецкий университет «Манас» <damirajaparova@mail.ru>

**LEGALIZATION OF PAID SERVICES –  
THE SOURCE OF INCREASING SALARIES OF MEDICAL WORKERS**

Assoc. Prof. Dr. **D. Japarova**, Kyrgyzstan-Turkey Manas University  
<damirajaparova@mail.ru>

**Abstract**

The main reason for the existence of informal payments in health care in Kyrgyzstan is low wages. On preferential treatment of patients is used 94% of funds allocated by the state. The financing of medical services largely transferred to the citizens themselves. Replacement free assistance paid services, in the absence of government regulation, acts as a natural addition to the market price, it is impossible to cancel or destroy. Promote the quality of work does not go beyond payroll. Kyrgyzstan should be legalized paid medical services. The source of the additional accrual of wages may become fund clinics, hospitals generated by paid services.

**Key words:** health care, wages, immigration, paid medical services, legalization.

**Аннотация**

Основной причиной существования неформальных платежей в системе здравоохранения в Кыргызстане является низкий уровень заработной платы. На льготное лечение больных используется 94% средств, выделяемых государством. Финансирование медицинских услуг в значительной степени предоставлено самим гражданам. Замена бесплатных услуг на платные носит стихийный и бессистемный характер, отсутствует механизм, с помощью которого этот процесс можно регулировать, поэтому данная плата выступает как прибавление к рыночной цене, что не поддается ни отмене, ни уничтожению. Реальный путь к повышению уровня заработной платы – это легализация неформальных платежей. Источником дополнительного начисления заработной платы может стать фонд клиник, больниц, предоставляющих платные услуги.

**Ключевые слова:** здравоохранение, заработная плата, миграция, платные медицинские услуги, легализация.

**Введение**

В Кыргызско-Турецком университете «Манас» в 2013-2014 гг. осуществлялся проект «Экономический анализ системы здравоохранения в Кыргызстане». Были определены проблемы, сдерживающие прогрессивные процессы в сфере здравоохранения. Одна из них – низкий уровень заработной платы. Вследствие именно этой причины в государственных учреждениях Кыргызстана широкое распространение получило такое явление, как неформальные платежи. Во время опроса, проведенного среди врачей государственных учреждений, 93% выразили свое неудовлетворение размерами заработной платы. Степень неудовлетворенности оказалась столь велика, что многие врачи и медсестры покидают республику в поисках более высокой платы за свой труд, и число эмигрирующих растет. Единственным источником оплаты труда в медицинских учреждениях Кыргызстана является

фонд оплаты труда, а его экономия позволяет накопить средства для стимулирования работников системы здравоохранения в виде премиальных выплат. Платные же услуги оказались вне сферы управляющего воздействия со стороны государства. И этот процесс, то есть замена бесплатных медицинских услуг на платные, носит стихийный и бессистемный характер. Отсутствует механизм, с помощью которого можно регулировать этот процесс, поэтому данная плата выступает как нерегулируемое государством прибавление к рыночной цене, что не поддается ни отмене, ни уничтожению. Реальный путь к повышению уровня заработной платы – это легализация неформальных платежей.

### **Проблемы миграции работников системы здравоохранения**

Правительство Кыргызской Республики предпринимает меры для повышения заработной платы медицинских работников. В 2013 г. она увеличилась в 3,9 раза, если сравнивать с 2007 г., и, по данным Министерства здравоохранения КР [5], со всеми надбавками она составила 11 915 сом. В целом же, в рамках социальной сферы, у медиков заработная плата самая низкая. Только 6 тыс. сом. получает молодой специалист, окончивший медицинский вуз, медицинская сестра после окончания медучилища и того меньше – 4 тыс. сом. Этим объясняется стремление молодых специалистов устроиться в частное медицинское учреждение, где и условия лучше, и заработная плата выше.

Медсестры и врачи всех профилей мигрируют в Россию, Казахстан и даже в дальнее зарубежье. И чаще всего это специалисты со стажем, превышающим 10 лет. Таким образом, они способствуют росту сектора здравоохранения других стран, повышая его экономическую эффективность. Помогают им в этом хорошее знание русского языка и подготовка в КГМИ, который во времена Советского Союза украшал десятку самых сильных вузов страны. Усугубляет проблему и внутренняя миграция. Причина та же – низкая заработная плата и слабая, а то и отсутствующая инфраструктура. Конечно, это касается села и отдаленных регионов, куда с неохотой едут молодые специалисты. И там наблюдается острая нехватка медицинских кадров специальной и высшей квалификации. Это прежде всего Чон-Алайский, Сузакский, Аксуйский районы. Положение с медицинскими кадрами здесь катастрофическое – 8-9 медработников на 10 тыс. населения [8].

Труд медицинских работников должен быть мотивирован. Однако предпосылки для этого отсутствуют: не разработан механизм экономического стимулирования за наилучшие показатели оказываемой помощи, не установлены показатели результативности, не решается жилищная проблема, отсутствует социальная защищенность большинства медработников. Особенно это касается сельской местности. Поэтому следует говорить о поиске реальных источников мотивации в оказании качественной медицинской помощи как актуальной проблеме в Кыргызстане.

### **Формы и методы оплаты труда в здравоохранении Кыргызской Республики**

Единственным источником вознаграждения за труд в системе здравоохранения КР являются средства фонда оплаты труда. Фонд оплаты труда медицинских работников в Кыргызстане формируют четыре источника:

1) бюджетные начисления в соответствии со сметой расходов по статьям бюджетной классификации «Заработная плата» и «Отчисления в Социальный фонд»;

2) средства обязательного медицинского страхования – определяются ФОМС как процент от суммы, выделяемой в расчете на душу населения (35% для ПСМ), или за пролеченный случай (25% – для стационаров);

3) специальные средства – какой объем направлять на заработную плату решает руководитель лечебного учреждения;

4) средства сооплаты устанавливаются в Минздраве КР – 20% от поступлений общей суммы поступлений сооплаты.

Выплаты гарантированной и дополнительной заработной платы осуществляются из консолидированного бюджета Единого плательщика в соответствии с Положением об оплате

труда и законодательной системой КР. Для того чтобы определить размер фонда оплаты труда в стационарных условиях, берутся затраты прошлого года за пролеченный случай. Лечение регламентируется твердыми нормативами, из нескольких альтернатив выбираются минимальные затраты на лечение.

Из этого фонда оплаты труда начисляется заработная плата и осуществляются премиальные выплаты за счет экономии фонда. По мнению Гульгун Мурзалиевой [1], эта система оплаты труда в организациях здравоохранения не лишена недостатков: в ней нет ясности и самое главное – она не учитывает вклада конкретного сотрудника. Ссылаясь на Брайана Трейси [4], констатируем, что тарифная ставка – это фиксированная сумма, которую работник получает в виде заработной платы за тот объем работы разной сложности, который он выполняет в течение часа, дня или месяца. При этом учитываются профессионализм и квалификация сотрудника, степень сложности его работы, но не оцениваются очень важные особенности труда конкретного работника: напряженность (нагрузка на эмоциональную сферу), опыт работы, особые условия выполнения работы и др.).

Итак, в обмен на свой труд работник получает заработную плату, размер которой исчисляется по следующей формуле:

$$\text{ЗП} = \text{ГЗП} + \text{ИВ} + \text{ДЗП},$$

где ЗП – заработная плата;

ГЗП – гарантированная заработная плата;

ИВ – индивидуальные выплаты;

ДЗП – дополнительная заработная плата.

Составляющей гарантированной заработной платы являются должностной оклад, в соответствии с ЕТС (единая тарифная ставка), и надбавки к окладу, устанавливаемые в зависимости от наличия: ученой степени и звания, категории квалификации (это касается руководителей и замов); особых условий, связанных с угрозой здоровью и тяжестью труда; для должности руководителя какого-либо подразделения в структуре организации и для медицинских работников сельской местности.

Индивидуальные выплаты включают вознаграждение за занятость в ночные часы и в дни праздников; за дополнительную работу по другой профессии; за превышение объема работы и увеличение зоны обслуживания; выплаты за отпускной период, в случае болезни (при оформленном больничном листе); единовременное пособие в связи с сокращением и увольнением.

Дополнительная заработная плата определяется по формуле:

$$\text{ДЗП} = \text{ГЗП} \times \text{КДЗ} \times \text{КТУ},$$

где ДЗП – дополнительная заработная плата;

ГЗП – гарантированная заработная плата;

КДЗ – коэффициент дополнительной заработной платы;

КТУ – коэффициент трудового участия.

Есть расчетная формула и для коэффициента дополнительной заработной платы (КДЗ):

$$\text{КДЗ} = \text{ФДЗП} + \text{КПОПР},$$

где ФДЗП – фонд дополнительной заработной платы;

КПОПР – поправочный коэффициент (зависит от фонда оплаты труда, его определяет сама медицинская организация) [1].

Трудовое участие всей структуры медицинской организации определяется специальным коэффициентом КТУ ежемесячно экспертной комиссией, в которую входят сотрудники организации и ее структурных подразделений. Основанием при этом служат трудовые паспорта, заполняемые от имени подразделения и каждого работника [6].

В процессе реформирования системы здравоохранения были выявлены новые источники финансирования, что определило повышение заработной платы медицинских работников. Это средства ОМС, сооплаты и специальные средства бюджетных организаций. Согласно утвержденным нормативным документам, часть финансовых средств из указанных выше трех источников направляется на дополнительные выплаты медицинским работникам.

Формирование ФДЗП осуществляется согласно КТУ как показатель работы отдельного подразделения, так и медицинской организации. Данный механизм внедрен с 2002 г. и призван оказывать стимулирующее влияние на работающий персонал. Однако, несмотря на фактическое наличие премий и надбавок, распределяются они, скорее всего, механически и уравнилельно и потому не играют стимулирующей роли. Это связано с тем, что источник стимулирования качества работы находится в пределах фонда оплаты труда, и размер дополнительной заработной платы зависит от суммы гарантированной заработной платы, размер которой остается неизменным. Увеличение дополнительной заработной платы для какого-либо работника требует экономии суммы дополнительной заработной платы за счет других работников. Иной альтернативы нет.

При анкетировании из 514 врачей на вопрос «Влияет ли администрация на размер заработной платы?» 18,9% ответили, что оказывает большое влияние, 29% – среднее влияние и 52% – отсутствует влияние. И на вопрос «Есть ли мотивация хорошей работы?» 61,8% отметили, что мотивация отсутствует. Все это свидетельствует о необходимости пересмотра источников стимулирования и принципов установления коэффициента трудового участия. Дополнительная выплата врачам в размере 1 тыс. сом. от мэрии Бишкека должна была доукомплектовать первичное звено медицинским персоналом и послужить стимулирующим фактором доступности и улучшения качества медицинских услуг. В реальной ситуации руководство ЛПУ не имеет никакого влияния на размер данной выплаты, то есть она оказывается фиксированной, что лишает эту выплату ее главной функции – стимулирования.

На производстве формирование фонда материального поощрения осуществляется за счет прибыли. Таким образом, задаемся вопросом: где найти истинный источник материального стимулирования качественной работы медицинского работника? Отсутствие прибыли в медицине вынуждает в качестве мотивации использовать средства, поступившие от предоставления платных услуг. В связи с этим рассмотрим состояние платных услуг в медицине Кыргызстана.

### **Платные услуги и неформальные платежи в системе здравоохранения КР**

В Кыргызской Республике повышение заработной платы медицинским работникам не решило проблемы формальных платежей. Они в этой сфере услуг по-прежнему широко распространены, что создает материальные трудности для пациентов, нуждающихся в стационарной и амбулаторной помощи. Больной человек испытывает многократные материальные затраты. Несмотря на оплату налогов, медицинского страхования, он вынужден еще и покупать дорогие лекарства, оплачивать услуги по прейскуранту и осуществлять неформальные платежи. И снова на первый план как главная причина незаконных выплат выступает относительно низкий уровень заработной платы. Мы уже отмечали, что по результатам опроса не удовлетворены размером получаемого вознаграждения за свою работу 93% врачей. При этом степень удовлетворенности работой у многих медицинских работников обусловлена не столько материальными, сколько моральными факторами. Это прежде всего осознание правильности выбора профессии и чувство удовлетворения от своей полезности обществу.

Из числа опрошенных врачей 96% отметили, что любят свою профессию и 91,3% признали взаимоотношения, сложившиеся с товарищами по работе, хорошими и доброжелательными. Профессиональная деятельность абсолютного большинства врачей осуществляется в коллективе и придается большое значение оценкам коллег по работе и оценкам результатов индивидуального труда. Однако 89,9% врачей хотят получить больше самостоятельности в своей профессиональной деятельности.

В сфере оказания медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях отсутствуют цивилизованные рыночные экономические отношения. В здравоохранении республики по-прежнему доминируют преимущественно административные методы управления. Органы госуправления регламентируют деятельность каждого лечебно-профилактического учреждения различного рода нормативами. В условиях волевых рычагов

воздействия невозможно оценить объективные результаты труда, обеспечить и создать экономические стимулы.

По результатам опроса 75% врачей убеждены, что оплата медицинского труда не зависит или зависит в малой степени от объема и качества их работы. По оценкам большинства опрошенных (78%), незначительны и такие факторы, как премии и надбавки. Выплаты из фонда дополнительной оплаты труда производятся скорее механически, с элементом уравниловки, поэтому не имеют стимулирующего значения.

В основе оплаты труда в здравоохранении КР лежит Единая сетка с учетом соответствующей доплаты. Однако повременная система имеет существенные недостатки: считается как фиксированная и независимая от качественных показателей работы. Она предусматривает выплаты вознаграждения даже при условии невыполнения необходимого объема работы. Медицинские работники, согласно этой системе, несмотря на отличие показателей качества работы и результатов труда, имеют одинаковую заработную плату. Ни длинная очередь в кабинет врача, ни отсутствие таковой, не влияют на размер заработной платы, она у них одинаковая. Поэтому здесь не приходится говорить о стимулирующей функции и присутствии фактора мотивации к труду. Наоборот, снижается показатель качества медицинских услуг, у работника не возникает желания затрачивать большие усилия.

Средства, затрачиваемые на лечение льготных пациентов, составляют 94%. Остальные граждане вынуждены самостоятельно финансировать оказываемую им медицинскую помощь. Таким образом, возник разрыв между декларациями и реальным положением в области оказания медицинских услуг. Сумма расходов населения на препараты и услуги здравоохранения неуклонно повышается. Растет доля платных услуг. Государственные расходы замещаются частными, и процесс этот не регулируется. Снижается качество в государственных медучреждениях. Эти негативные последствия в большей степени испытывают наиболее уязвимые слои населения. Различные социальные группы имеют неравные возможности доступа к медицинским услугам.

Источником расходов здравоохранения являются также спецсредства, которые поступают от платных медицинских услуг. Это и услуги стоматологии, и плата, вносимая за аренду помещения и повышенную комфортность в стационарах. Кроме того, это и прямая покупка лекарственных препаратов, и неформальные платежи за оказанные медицинские услуги. Минуя государственное перераспределение, эти средства напрямую попадают в медицинские учреждения как прямая оплата медицинских услуг.

Есть определенный экономический эффект от использования платных медицинских услуг. Во-первых, внедряются новые медицинские технологии; во-вторых, идет интенсивное освоение материально-технической базы; в-третьих, шире привлекаются кадровые ресурсы. Эти положительные моменты при переходе к рыночным отношениям позволяют смягчить проблему дефицита бюджета. Однако платные услуги оказались за пределами сферы управления государством. Замечен и такой фактор, как оказание платных медицинских услуг тем же медперсоналом и с помощью того же оборудования, что при условии бесплатной помощи. Увеличиваются нагрузки на ресурсы больниц, их приходится делить на большее количество госпитализаций, отсюда ниже стоимость одного пролеченного случая и, как следствие, снижение качества медицинских услуг. Это прямой путь к злоупотреблениям. Растет теневая экономика. И этот процесс носит стихийный характер.

И хотя фактор замещения бесплатной медицинской помощи на платную ни в каких стратегических документах и нормативных актах не формулируется, это не мешает ему существовать в реальности. Причина кроется в установленных прейскурантах. Они существуют с 2008 г. и не способствуют окупаемости затрат на такие, например, процедуры, как рентген, общий анализ крови и др. Так, в городе Таласе рентген работает только для стационара и стоит 50 сом. Цены на анализы не покрывают затраты. Технология старая, томографии нет. Ультразвук стоит 25 сом., обследование желчного пузыря и печени – 38

сом., прокол гайморовой пазухи – 64 сом. и вскрытие паратонзиллярного абсцесса – 47 сом. А в частной клинике только общий анализ крови стоит 160-300 сом.

Во время анкетирования пациенты (26,9%) отметили, что помимо сооплаты вносили плату за хирургическое вмешательство. Видимо, этим объясняется, что 70,2% пациентов больниц выступают за легализацию оплаты оказанных им врачебных услуг. Чуть больше половины опрошенных больных (58%) убеждены, что качественное лечение может быть только платным. В процессе опроса 28,6% пациентов признались, что платят за медицинские услуги непосредственно в руки врача. При этом удельный вес поступлений от частных выплат в виде сооплаты и официальной платы за лечение в распоряжение Единого плательщика составляет лишь 6,3%. Получается, что реальная плата за услуги имеет неофициальную форму. Отсутствие механизма регулирования приводит к тому, что неформальный платеж является не-регулируемым государством дополнением к рыночной цене. И его необходимо легализовать, учитывая, что наблюдается тенденция выхода платных услуг из тени. Специальные средства, или поступления от платных услуг, должны стать источником собственного дохода поликлиники и больницы, используемого в первую очередь для повышения заработной платы медицинских работников (см. таблицу).

По данным таблицы, наблюдается увеличение спецсредств медучреждений более чем в 3,1 раза. При этом финансирование медико-санитарной помощи – в 3,3 раза, стационаров – в 3,0 раза. Преимущественно эти средства используются на повышение заработной платы медицинских работников, оплату услуг коммунальных служб и др. Тем не менее, как было отмечено выше, платные услуги в общем объеме финансирования государственного здравоохранения не превышают 6,3%. Это говорит о том, что платные услуги в медицине КР приобрели форму «неформальных платежей». Поэтому предлагаем легализовать платные медицинские услуги и использовать их для повышения заработной платы.

Специальные средства в разрезе статей расходов по видам медицинских услуг за 2009-2013 гг., млн. сом.

	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Темпы роста к 2009 г., %
<b>Стационары</b>						
Зарплата + социальный фонд	16,6	16,2	19,0	23,1	49,6	298,8
Коммунальные услуги	3,6	4,1	4,1	5,8	10,8	300,0
Медикаменты	2,0	1,3	3,6	35,5	6,1	305,0
Питание	0,4	0,9	0,6	18,8	1,3	325,0
Другие статьи	25,4	40,2	56,5	38,9	76,1	299,6
<b>Итого</b>	<b>48,0</b>	<b>62,7</b>	<b>83,8</b>	<b>121,9</b>	<b>143,9</b>	<b>299,8</b>
<b>ПМСП</b>						
Заработная плата с отчислениями	11,4	15,1	17,1	19,8	37,4	328,0
Коммунальные услуги	1,0	0,7	1,0	1,2	3,3	330,0
Медикаменты	2,5	3,7	4,2	7,4	8,2	328,0
Питание	0,3	0,3	0,5	1,1	0,9	300,0
Другие статьи	9,7	12,5	16,8	16,5	31,7	326,8
<b>Итого</b>	<b>24,9</b>	<b>32,3</b>	<b>39,5</b>	<b>46,1</b>	<b>81,5</b>	<b>327,3</b>
<b>Всего ЕП</b>						
Заработная плата с отчислениями	28,0	31,3	36,1	42,9	87,0	310,7

Коммунальные услуги	4,6	4,8	5,0	7,0	14,1	306,5
Медикаменты	4,5	5,0	7,8	42,9	14,3	317,8
Питание	0,7	1,2	1,1	19,9	2,2	314,3
Другие статьи	35,5	52,7	73,4	55,4	107,8	303,7
<b>Итого</b>	<b>73,3</b>	<b>95,0</b>	<b>123,3</b>	<b>168,0</b>	<b>225,4</b>	<b>307,5</b>

Источник: данные Министерства здравоохранения КР за 2009-2013 годы.

### **Оборотный капитал в медучреждениях**

Для мотивации труда работников здравоохранения, помимо повременной оплаты труда по тарифной сетке, следует активно использовать различные формы сдельной оплаты труда, то есть вводить дифференцированную оплату труда. В качестве источника стимулирования необходимо использовать средства лечебного учреждения, образованные за счет платных услуг (Опыт Турции [2]).

Цель создания «оборотного капитала» в медицинских учреждениях Турции – получение дополнительного дохода, что позволяет уменьшить давление на государственный бюджет, использовать простаивающие мощности государственных медицинских учреждений, обеспечить общественную пользу от медицинских учреждений.

Оборотные средства или возобновляемые фонды в государственных лечебных учреждениях Турции создаются за счет платных услуг. Это плата за диагностику, лечение, хирургические операции и другие виды. В поликлиниках, согласно специальным тарифам, осуществляются платные услуги застрахованным туристам и иностранным пациентам. Полученные доходы распределяются между работниками медицинского учреждения в виде дополнительной заработной платы. Она может намного превышать размер основной заработной платы. Кроме расходов на заработную плату, средства фонда используются для покупки медицинского оборудования и идут на обучение медицинского персонала.

Такой опыт можно использовать в Кыргызской Республике. Легализация платных услуг может стать источником роста заработной платы в медицинских учреждениях. Однако для реальной мотивации труда следует пересмотреть принципы материальной заинтересованности в качественном выполнении трудовых обязанностей медработников. Необходимо разработать новые принципы премирования врачей и медицинских сестер, а также мотивировать непрерывное повышение квалификации медперсонала.

### **Выводы**

- Неформальные платежи в системе здравоохранения КР обусловлены низким уровнем оплаты труда.
- Увеличилось количество медицинских работников, уезжающих в страны ближнего и дальнего зарубежья.
- Единственным источником начисления заработной платы в системе здравоохранения КР является фонд оплаты труда.
- Работники системы КР премируются за счет экономии фонда оплаты труда, однако это не является стимулирующим фактором.
- Замена бесплатной помощи платными услугами происходит стихийно и бессистемно.
- Неформальные платежи в медицине не следует считать «взяткой», они выступают как нерегулируемое государством дополнение к рыночной цене.
- В качестве источника мотивации труда необходимо использовать фонд лечебного учреждения, образуемого за счет платных услуг.
- Следует мотивировать непрерывное повышение квалификации медицинских работников.

## Использованные источники

1. Мурзалиева, Г. [и др.]. Оценка существующего механизма распределения дополнительной заработной платы в организациях здравоохранения КР [Текст] / Г. Мурзалиева. – Бишкек, 2010.
2. DÖNER SERMAYE BÜTÇE BİRİMİ AFYON 2014 [www.tkhk.gov.tr/.../b6388c566cc4491ea2dc56](http://www.tkhk.gov.tr/.../b6388c566cc4491ea2dc56)
3. Материальное вознаграждение медицинского персонала [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medicinarf.ru/public/12488/2014>
4. Трейси, Б. Искусственный отбор. 21 способ решения кадрового вопроса [Электронный ресурс] 2008, Альпина Бизнес Букс. – Режим доступа: <http://www.ippnou.ru/book.php?idbook=000405>
5. Данные Министерства здравоохранения КР за 2009-2013 гг.
6. Положение об оплате труда работников здравоохранения Кыргызской Республики. Утверждено постановлением Правительства Кыргызской Республики от 26 мая 2011 г.
7. Чернышев В.М. [и др.]. Дифференцированная оплата труда в здравоохранении [Электронный ресурс] / В.М. Чернышов, О.В. Стрельченко. – Новосибирск, 2011. – Режим доступа: <http://www.somc-nsk.ru/Documents/books/7.pdf>
8. Эту страну уже не вылечить? Из Киргизии уезжают врачи и медсестры [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://news.tj/ru/news/etu-stranu-uzhe-ne-vylechit-iz-kirgizii-uezzhayut-vrachi-i-medsestry>